



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 10

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SUL TRASPORTO DEGLI INFERMI  
E SULLE RETI DI EMERGENZA ED URGENZA**

77<sup>a</sup> seduta: mercoledì 18 marzo 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI,  
indi del vice presidente GRAMAZIO

## I N D I C E

**Audizione di rappresentanti della Croce Rossa Italiana, dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza 118,  
nonché di esperti in materia**

PRESIDENTE:		
* – TOMASSINI . . . . .	Pag. 3, 6, 9 e <i>passim</i>	
* ASTORE ( <i>IdV</i> ) . . . . .	9, 17	
BIANCHI ( <i>PD</i> ) . . . . .	10	
* D'AMBROSIO LETTIERI ( <i>PdL</i> ) . . . . .	11	
DE LILLO ( <i>PdL</i> ) . . . . .	10	
* GRAMAZIO ( <i>PdL</i> ) . . . . .	12, 17	
RIZZI ( <i>LNP</i> ) . . . . .	11	
		<i>BRUNINI</i> . . . . . Pag. 3, 6, 12 e <i>passim</i>
		* <i>ROCCA</i> . . . . . 5, 14, 16 e <i>passim</i>
		<i>ZOLI</i> . . . . . 6, 10, 14 e <i>passim</i>

---

***N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.***

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.*

*Intervengono il dottor Gabriele Brunini, presidente della Confederazione nazionale delle Misericordie, il dottor Francesco Rocca, commissario straordinario della Croce rossa italiana e il dottor Alberto Zoli, direttore generale dell'Azienda regionale emergenza urgenza 118 (AREU) – Regione Lombardia.*

### **Presidenza del presidente TOMASSINI**

*I lavori hanno inizio alle ore 15.*

#### **PROCEDURE INFORMATIVE**

#### **Audizione di rappresentanti della Croce Rossa Italiana, dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza 118, nonché di esperti in materia**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza ed urgenza, sospesa nella seduta del 17 dicembre 2008.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti della Croce rossa italiana, dell'Azienda regionale emergenza urgenza 118, nonché di esperti in materia, che ringrazio per la loro presenza.

Credo che i nostri illustri ospiti siano informati dei tempi entro cui contenere la loro relazione, fermo restando che potranno consegnare agli atti della Commissione tutti i materiali che ritengono utili ai nostri lavori. Successivamente i senatori, se avranno necessità, porranno i loro quesiti. Ove tutto questo non ci consentisse di finire in tempo utile per le risposte o si ravvisasse l'opportunità di eventuali ulteriori approfondimenti, gli auditi potranno successivamente produrre dei testi scritti.

Lascio quindi la parola ai nostri ospiti.

**BRUNINI.** Signor Presidente, ringrazio lei e la Commissione per averci invitato a partecipare a questa audizione che costituisce per noi un'importante opportunità.

La Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia è una realtà di associazioni che operano nel settore del soccorso e dell'assistenza a livello nazionale ed è presente soprattutto in Toscana – dove le nostre associazioni vantano circa sette secoli di storia e gestiscono il 60-65 per cento del sistema del trasporto sanitario di urgenza ed emergenza, sanitario e sociale in genere – ma anche in Campania, Sicilia, Calabria e Puglia, nonché, sia pur in misura minore, nelle altre regioni italiane comprese quelle del Nord.

Riguardo all'oggetto della presente indagine conoscitiva va innanzitutto rilevato che le Regioni hanno in materia legiferato talvolta in maniera assai diversificata, il che rende a nostro avviso opportuno un intervento di carattere nazionale da parte del Governo e del Parlamento. In particolare, occorre sottolineare la mancanza di linee guida nazionali per la formazione degli operatori del trasporto e del servizio sanitario di emergenza e urgenza, ma anche *standard* nazionali per i mezzi di soccorso.

Inoltre, si registra la necessità di una patente di guida di servizio per i volontari autisti dei nostri mezzi di soccorso, in analogia a quanto riconosciuto ai cittadini che guidano i mezzi della Croce rossa, che opera anch'essa nel settore del volontariato, anche se in veste pubblica.

Altra questione che richiede di essere affrontata è quella dell'uniformità di prestazioni del servizio del 118 a livello nazionale.

Queste sono in sostanza le principali segnalazioni che vengono dal nostro mondo.

Aggiungo che una recente sentenza della Corte di giustizia europea ha messo in dubbio la possibilità di rinnovare le convenzioni tra le nostre associazioni e le istituzioni pubbliche, affermando che per l'affidamento di certi servizi non ci si possa sottrarre dalla gara. Ciò mette in seria difficoltà sia l'azione portata avanti dalle nostre organizzazioni, sia quella delle pubbliche istituzioni che fino ad oggi avevano creduto nel valore aggiunto e nella grande valenza sociale del volontariato e di quegli autentici presidi sociali per l'appunto rappresentati dalle nostre sedi o da quelle di pubblica assistenza e della Croce rossa, quando opera in regime di volontariato. Peraltro, il modello della convenzione aveva portato indubbi vantaggi ai territori anche in termini di finanza pubblica, laddove il sistema della gara mette in serio rischio la prosecuzione di questa attività.

D'altra parte, le nostre associazioni di volontariato hanno cominciato a svolgere attività di soccorso ed assistenza molto prima che le pubbliche istituzioni si rendessero conto di questa necessità. Oggi, dovendo diventare impresa, il mondo del volontariato rischia di scomparire, anche dove ha una tradizione profondamente radicata.

In questi giorni è in corso una forte discussione con la Regione Toscana che, sulla base di un accordo quadro, affidava unicamente al volontariato la gestione del sistema del trasporto e dell'emergenza, proprio per cercare di trovare una soluzione.

Per un lungo periodo si è lasciato che fossero unicamente le Regioni ad occuparsi di questi comparti della sanità. Sarebbe opportuno invece un intervento legislativo di modifica della legge sul volontariato (legge n. 266

del 1991) grazie al quale sarebbe possibile risolvere tanti problemi che affliggono il nostro settore.

*ROCCA.* Signor Presidente, signori senatori, desidero in primo luogo segnalare di aver assunto il mio mandato circa tre mesi fa. La Croce rossa italiana vive l'ennesimo periodo di commissariamento, a seguito di alcune relazioni ispettive del Ministero dell'economia e di una situazione organizzativa generale e, in particolar modo, delle risorse umane che è direttamente collegata all'oggetto dell'audizione odierna. Mi spiego meglio. Come Croce rossa fino a pochi anni or sono curavamo e gestivamo, insieme ad altre realtà storiche del volontariato, quello che oggi è il 118, il sistema dell'emergenza sanitaria, in quasi tutto il territorio nazionale. A seguito delle riforme e del processo di regionalizzazione, Croce rossa ha subito una trasformazione nel suo quotidiano operare e quindi lavora in convenzione. Questo ha generato un impatto sull'organizzazione del lavoro che è all'attenzione anche del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, perché in questo momento, come ente pubblico, abbiamo una situazione di precariato diffuso legata al servizio di trasporto infermi e di emergenza-urgenza pari a 1872 unità. Alcune di queste figure lavorano nella Croce rossa con contratti che vengono rinnovati di anno in anno (essendo legati alla copertura finanziaria assicurata dalle convenzioni), ormai anche da 15-16 anni. È pertanto una situazione anche eticamente assai complessa da sostenere, rispetto alla quale, in assenza di una direttiva centrale, riesce difficile individuare risposte a livello regionale, dal momento che le amministrazioni regionali tendono sempre più a considerare il servizio di emergenza-urgenza e di trasporti degli infermi in convenzione, come un servizio da acquistare.

A seguito della già ricordata recente sentenza della Corte di giustizia europea ci troviamo per di più ad operare in un sistema di mercato nel quale l'ente pubblico è svantaggiato per tutta una serie di motivi, a cominciare dal fatto che applichiamo il contratto collettivo degli enti pubblici non economici, che è obiettivamente meno concorrenziale rispetto a quello dei soggetti privati. Ciò, nei prossimi mesi, causerà gravi difficoltà per il sistema occupazionale della Croce rossa, con pesanti conseguenze a livello sociale e sulla cosiddetta sanità di prossimità. Mi riferisco a quelle strutture che, insieme ad altre belle realtà (come quella della Confederazione nazionale delle Misericordie) lavorano sul territorio, dimostrando come in questi casi la comunità sappia prendersi cura di se stessa. Si tratta di realtà particolarmente presenti nelle Regioni del Centro-Nord. La Croce rossa ha infatti una struttura che marcia a due velocità: nel Centro-Sud svolge un'azione storica, sebbene non molto consolidata, mentre in alcune Regioni come la Lombardia, la Liguria, l'Emilia-Romagna, il Piemonte, ha una presenza culturale molto forte, tanto che vi sono interi paesi tradizionalmente iscritti alla Croce rossa italiana e che organizzano il loro servizio di emergenza-urgenza in convenzione con il sistema sanitario regionale.

Al momento abbiamo 872 convenzioni in essere. A tale riguardo ho chiesto proprio di recente un incontro al presidente Formigoni, perché

questo sistema impatta in maniera importante su alcune realtà (solo in Lombardia abbiamo 700 precari) e anche sulla riorganizzazione del nostro sistema di volontariato. Infatti, nella Croce rossa non vi sono solo precari, ma anche dipendenti che ausiliano i volontari. Il numero dei volontari coinvolti nei servizi in ambulanza è pari a circa 100.000 unità. È un numero importante di cittadini, uomini e donne, che si prendono cura della loro comunità nazionale offrendo questo servizio. In assenza di una direttiva, questo patrimonio, che è proprio della nostra Nazione, rischia di andare disperso.

Le Regioni, avendo problemi di bilancio e di gestione di un'entrata che determina ogni anno difficoltà nella redistribuzione sul territorio, affrontano con difficoltà via via crescenti il problema dell'acquisto di servizi. In assenza di una direttiva, c'è quindi il rischio di compromettere la natura e l'essenza stessa del nostro volontariato, che opera innanzitutto nel servizio del trasporto infermi e di emergenza-urgenza, e che – come tutti sanno – ha una ricaduta fortissima anche sulla risposta alle emergenze che si verificano a livello nazionale. Ciò detto, l'elemento coagulante è comunque quello centrato sul servizio in ambulanza.

Riteniamo che l'audizione odierna rappresenti un'occasione molto importante per sottolineare che i 150.000 volontari della Croce rossa (di cui 100.000 impegnati nel servizio in ambulanza) sono in attesa di una risposta; ad oggi, infatti, non c'è stata un'interlocuzione tra i vertici della Croce rossa e i Governi che si sono susseguiti, ai fini della definizione di una direttiva precisa che affronti i problemi determinati dal processo di regionalizzazione del servizio.

Attualmente, generiamo entrate a livello nazionale per circa 115 milioni di euro, ma stiamo perdendo convenzioni e quindi, purtroppo, non stiamo neanche rinnovando i contratti ai nostri dipendenti, proprio perché questi erano legati alle convenzioni. I numeri sono esplicativi: per il 2009, prevediamo un introito dalle convenzioni pari a 102 milioni di euro, il che significa che quest'anno riceveremo circa 15 milioni di euro in meno, con una ricaduta estremamente negativa sui livelli occupazionali e sul volontariato.

**PRESIDENTE.** Insieme ai relatori, abbiamo deciso di invitare a questa audizione il dottor Zoli, direttore generale dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) della Regione Lombardia perché quest'ultima costituisce l'unica esperienza in Italia – iniziata da meno di un anno – di agenzia regionale che comprende anche il 118, e quindi abbiamo ritenuto importante conoscere anche questo modello.

**BRUNINI.** C'è anche l'ARES Lazio.

**PRESIDENTE.** Si tratta però di un'esperienza diversa.

**ZOLI.** Sì, è una realtà diversa e sono qui per illustrarla.

Presidente, la ringrazio dell'invito. Non voglio usare effetti speciali, ma desidero mostrarvi uno *spot* illustrativo del nostro servizio che Mediaset ha prodotto e che ci ha donato. (*Viene proiettato lo spot trasmesso sulle reti televisive*).

Lo *spot* che avete appena visto, non ha inteso essere uno strumento pubblicitario di promozione dell'Azienda regionale della Lombardia, nata nell'aprile 2008, ma un'iniziativa utile per tutta la Nazione, tant'è che esso è stato trasmesso sulle tre reti pubbliche e in questo momento viene proiettato anche negli aeroporti.

A livello regionale, abbiamo tre grandi obiettivi (in realtà, sono 23 quelli che ci ha dato la Regione) nella nostra missione: garantire il soccorso sanitario in emergenza-urgenza, coordinare il trasporto di organi, tessuti ed *équipe* nelle attività di prelievo e trapianto, realizzare il piano sangue su tutta la Regione, svolgendo le attività di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti. Sono tutte attività che hanno una stessa filosofia di intervento, anche se oggi mi limiterò ad approfondire solo quella relativa al soccorso sanitario di emergenza-urgenza.

In Lombardia, ci sono 12 centrali operative, che hanno valenza provinciale, come avviene in gran parte d'Italia, e da poco tempo ognuna di queste realtà territoriali è stata trasformata in un'articolazione dell'azienda che dirigo, denominata Azienda regionale emergenza-urgenza (AREU). Si tratta ovviamente un'azienda pubblica, che serve poco più di 10 milioni di abitanti, una massa critica quindi importante, il che può far supporre la riproduzione ed il trasferimento di questo modello anche in altre realtà territoriali qualora ovviamente, vi fosse in tal senso la volontà politica.

Vi fornisco qualche dato: le nostre centrali ricevono oltre 1.600.000 chiamate all'anno ed effettuano circa 700.000 interventi di soccorso all'anno. I 10 milioni di residenti sono divisi in più di 1.500 Comuni nei quali sono posizionati 400 mezzi, tra elicotteri e mezzi di soccorso di base, comprensivi dei mezzi di soccorso avanzato, con medico e infermiere a bordo. Se si osserva il loro posizionamento sul territorio regionale, si nota che vi è una densità maggiore in corrispondenza di una concentrazione abitativa, ad esempio nell'area milanese, ma anche nelle zone di Pavia e Mantova, sebbene queste città abbiano un minor numero di abitanti. Ciò dimostra la necessità di dislocare le risorse sul territorio pur in presenza di concentrazioni abitative meno elevate.

In Lombardia, ci sono cinque basi di elisoccorso, di cui due con volo notturno. Uno degli aspetti che tengo a sottolineare è la necessità di un coordinamento obbligatorio di queste strutture, posto che in questo momento ci sono realtà separate per i trasporti primari e per quelli secondari.

L'AREU è stata pensata qualche anno fa per integrare l'attività di emergenza-urgenza sul territorio con l'attività di emergenza-urgenza intraospedaliera. Non esiste, infatti, un servizio di emergenza-urgenza territoriale se non è integrato con l'attività ospedaliera e quindi tra quest'ultima e il servizio del 118 vi è un forte legame.

In tale ottica gli ospedali devono costituire la palestra ed il luogo di formazione del personale dipendente e permetterne la rotazione. A nostro

avviso, il personale – sto parlando di quello professionale, non del soccorritore – deve infatti ruotare, formarsi e aggiornarsi in ambito ospedaliero, considerato che la casistica si concentra in ospedale, laddove nel territorio si diluisce.

Tengo a sottolineare con forza la necessità di uno stretto legame tra attività *intra* ed *extra* ospedaliera nella convinzione che il 118, se organizzato a livello centrale, possa rappresentare un formidabile elemento di riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera. Di fatto, sulla base delle reti di patologie – da quelle cardiocerebrovascolari a quelle traumatologiche e pediatriche – occorre individuare le caratteristiche distintive che devono essere garantite dai presidi, il loro grado di ricettività e quindi la loro capacità di risposta in emergenza-urgenza ad ogni situazione. Tale esigenza prima o poi comporterà una scelta e quindi anche la definizione di una mappa degli ospedali sul territorio in grado di far fronte a quella necessità e, probabilmente, anche di essere finanziati in modo diverso.

La particolarità dell'AREU e le differenze con l'ARES Lazio sono evidenziate con chiarezza in uno dei grafici contenuti nella documentazione che abbiamo consegnato agli atti della Commissione. Di fatto l'AREU è solo un'azienda di cervelli. A regime saremo 30, oggi non siamo neanche 20. La relazione tra la sovrastruttura di circa 20 unità e tutte le realtà territoriali (le nostre articolazioni aziendali), sta assumendo via via un carattere sempre più gerarchico, ma funzionale, considerato che programmiamo, acquistiamo, controlliamo e finanziamo il sistema nello stesso modo con cui operano le ASL in Lombardia. Tutti gli operatori del servizio sanitario regionale sono rimasti giuridicamente e amministrativamente dipendenti delle aziende ospedaliere e lavorano per noi secondo le nostre linee e una gestione operativa affidata ai nostri responsabili. Il nostro collegio di direzione è di fatto composto dai 12 responsabili delle varie articolazioni, che dispongono delle risorse necessarie (uomini, mezzi e tecnologie).

L'organigramma dell'AREU quindi non è *standard*, ma particolare: esiste un centro, numericamente poco consistente, ma molto forte; c'è poi un livello periferico, con articolazioni territoriali e tutta la società civile. Riportato in numeri, a regime, come dicevo, arriveremo a 30 teste equivalenti, cui si vanno ad aggiungere 1.500 unità tra sanitari, tecnici e infermieri del sistema sanitario regionale e le ulteriori 50.000 persone che lavorano con noi e che sono espressione della società civile e delle istituzioni. Del resto, il principio che ha ispirato e credo ispiri anche le istituzioni di cui fanno parte i colleghi prima intervenuti è la sussidiarietà. La Regione Lombardia ha puntato tutto sulla sussidiarietà, sul contributo delle associazioni di volontariato, degli enti, degli organismi *no-profit*, delle cooperative sociali e di chiunque sul territorio agisca, cioè la società civile. Non c'è un trasporto primario in Lombardia che non sia effettuato ad opera della società civile e sulla base del già citato principio di sussidiarietà. Ciò è frutto di una scelta politica e strategica che ci porta a governare il sistema insieme a quella società civile. Tant'è che uno degli or-



gani di governo della nostra azienda è la consulta delle associazioni in seno alla quale si determinano e si definiscono le strategie per l'anno in corso e per quelli successivi. Non si tratta di un percorso facile, credo però che in questi primi mesi di attività qualche risultato ci sia già stato. Al momento tra gli organismi prima citati non si registrano conflittualità, ma una collaborazione reale, vera, quotidiana, che porta addirittura ad una verifica di mantenimento dei posti, visto che ovviamente ci avvaliamo di personale precario, non potendo accedere a contratti a lungo termine o a tempo indeterminato.

L'AREU è quindi di fatto un'espressione della società civile ed è in relazione non solo con il sistema sanitario, ma anche con le istituzioni. Per maggiore chiarezza cito un esempio: modificare le postazioni sul territorio delle ambulanze e dei mezzi di soccorso avanzato significa per noi avere rapporti con le conferenze dei sindaci, con le ASL, con la società civile e quindi con chi la rappresenta sul territorio. Né credo sia possibile operare in questo ambito calando le decisioni dall'alto e, se pur faticosa, la nostra modalità di azione per il momento sta dando buoni risultati.

Il mandato dell'AREU non si limita però solo a quanto detto, ma anche ad altre iniziative per le quali riscuotiamo un certo successo, non ultimo lo *spot* che vi ho prima mostrato. Come già evidenziato, Mediaset ci ha donato, non solo i passaggi di comunicazione sociale, ma anche un prodotto che ha un valore di circa 100.000 euro (11 giorni di lavoro, più i passaggi) e che utilizziamo come momento formativo. Le campagne educative e i corsi alle popolazioni, che stiamo svolgendo in tutte le realtà territoriali, con una omogeneità ed una standardizzazione che hanno dato già parecchi risultati, ci rafforzano nella convinzione che occorra avvalersi al meglio di quello che già esiste: sul territorio il 118 è molto diffuso e quindi bisogna utilizzarlo bene.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti e lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire.

ASTORE (*IdV*). Signor Presidente, due domande.

Dottor Brunini, come concilia lo spirito di una associazione di volontariato come la sua con la regionalizzazione del servizio e la relativa assunzione dei volontari – se ne contano diverse migliaia in questi ultimi due anni – nei ranghi del personale del servizio sanitario regionale?

Quanto alla sentenza della Corte di giustizia europea, per intervenire sugli effetti negativi che da essa derivano e che sono stati qui descritti, immagino che servirà un atto legislativo, peraltro da contrattare, perché la normativa europea è molto complessa.

Dottor Zoli, può fornirci i costi del servizio reso dall'AREU? Solo in questo modo infatti possiamo verificare se certi tipi di organizzazione siano virtuosi.

Vi è poi un'ulteriore questione che vorrei porre.

Sono stato assessore in una piccolissima Regione, il Molise, dove ho attivato il 118 – forse per la prima volta in una Regione del Sud – tramite

le associazioni di volontariato. Ci sono riuscito solo grazie al loro intervento, considerato l'aspetto orografico della mia Regione, ricca di colline e montagne e che ha una densità di popolazione pari a 70 abitanti per chilometro quadrato.

Ho assistito inoltre allo straordinario lavoro delle associazioni di volontariato in occasione del terremoto verificatosi a San Giuliano di Puglia, dove risiedo. In quell'occasione, ho capito che nel *budget* della Protezione civile parte dei fondi era destinata al pagamento dei Vigili del fuoco, della Protezione civile e così via.

Aggiungo che molti giovani hanno trovato un posto di lavoro nell'ambito delle associazioni di volontariato.

Ebbene, come conciliate l'impiego di coloro che entrano nelle associazioni di volontariato, da un lato, perché ci credono, ma, dall'altro, anche perché le considerano una sorta di parcheggio – questa è la verità ed ho potuto constatarlo anche personalmente – con l'aspirazione di un giovane ad avere un'occupazione più stabile e remunerata?

BIANCHI (*PD*). Signor Presidente, una domanda per il dottor Brunini che ha segnalato l'esigenza di linee guida nazionali. Nel concordare con lui, a maggior ragione provenendo da una regione del Sud nella quale la realtà è molto diversa da quella di altre aree del Paese, volevo chiedergli di approfondire ulteriormente l'argomento.

DE LILLO (*PdL*). Una domanda sul modello lombardo. Se ho capito bene, le uniche due aziende con caratteristiche specifiche sono l'AREU della Lombardia e l'ARES del Lazio, mentre nelle altre Regioni non ci sono realtà simili. Vorrei quindi un chiarimento dal dottor Zoli: i dipendenti regionali costituiscono soltanto il nucleo centrale di controllo...

ZOLI. No, sono più di 1.500...

PRESIDENTE. Dottor Zoli, le chiedo cortesemente di attendere la conclusione del giro di domande, dopo di che potrà rispondere.

ZOLI. Certo.

DE LILLO (*PdL*). Rivolgo poi un quesito al dottor Rocca. Sono relatore di un provvedimento (atto Senato n. 718) all'esame della Commissione che prevede la dislocazione, sui mezzi di soccorso sanitari e non, di un elevato numero di defibrillatori e che pone l'accento anche su corsi di formazione per laici, volontari e operatori non sanitari.

Desidero conoscere il vostro parere sulla possibilità di estendere a livello nazionale la dotazione di questi strumenti, che certamente possono salvare molte vite. In un momento in cui si parla molto di stati vegetativi, penso che dovremmo fare anche qualcosa per prevenirli.

### Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

RIZZI (*LNP*). Signor Presidente, desidero in primo luogo ringraziare i nostri ospiti per i loro interventi e porre loro due domande molto precise.

La prima riguarda la richiesta di direttive che è stata prima avanzata. Mi interesserebbe ad esempio sapere se si tratti di direttive finalizzate alla gestione sia del personale, sia del servizio prestato sul territorio. Dobbiamo infatti capire in quale scenario ci muoviamo, che cosa abbia generato la situazione di precariato all'interno della Croce rossa, che ormai dura da vent'anni e che continua a perdurare e quali correttivi possano essere introdotti.

Pongo poi un quesito al dottor Zoli, che nella sua esposizione è stato estremamente chiaro. L'unico aspetto che credo possa essere sviluppato ulteriormente, rispetto a quanto egli ha già detto, è quello relativo alla intersezione tra territorio e pronto soccorso. Come da lei evidenziato, ritengo che quello costituisca il nodo critico, cioè il punto di passaggio tra il territorio (dove comunque viene data una risposta, che con il sistema illustrato verrà assicurata più razionalmente) e il pronto soccorso all'interno dell'ospedale. Conosciamo i meccanismi di protezione del malato in ambito ospedaliero, ma il punto critico è la fase dell'ingresso durante la quale di frequente si verificano perdite di tempo. Molto spesso, infatti, i ritardi durante la cosiddetta *golden hour* si hanno in pronto soccorso, non certo in mezzo alla strada. Vorrei sapere se esista qualche intervento *in fieri* che riguardi questa fase.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Ringrazio gli auditi che, attraverso i loro contributi, hanno portato senz'altro elementi di chiarezza all'indagine conoscitiva la cui finalità, come è ben noto, è verificare i livelli di efficienza e di economicità dei vari modelli organizzativi.

Credo anch'io, come il collega Astore, che questo rappresenti un passaggio nodale. Nell'ambito del progetto sul federalismo, che questo Governo porta avanti con grande determinazione e responsabilità, credo che la verifica dei modelli virtuosi – per l'appunto al fine di esportare tali esperienze positive, seppure nel rispetto delle specificità e delle identità dei vari territori – rappresenta il percorso che siamo chiamati ad effettuare, in questo come in tanti altri ambiti. L'obiettivo è che l'Italia possa non procedere più a due, tre o più velocità e che sia possibile applicare il concetto straordinariamente importante di identità nazionale all'interno di principi universalmente riconosciuti. Ed è in tale direzione che procede l'azione del Governo e lo sforzo di chi lo sostiene.

La domanda che intendo porre si iscrive nella riflessione che ho tentato di svolgere. Chiedo infatti ai nostri ospiti se siano allenati ad uno scambio di esperienze tra di loro, per verificare se sia possibile fare evol-

vere i sistemi, pur nella loro diversità, tenendo presente il differente mandato che avete ricevuto dalle Regioni, che vi hanno legittimato e sotto il cui controllo operate.

Un aspetto molto rilevante è quello relativo alla tenuta economica di questi sistemi. Essendo stato per numerosi lustri vice presidente del comitato provinciale della Croce rossa del mio territorio, conosco bene la sua gloriosa storia, la sua efficienza e la vocazione al servizio, che sono parte integrante dell'identità di questo ente. C'è tuttavia un *vulnus* che preoccupa, tanto più quanto maggiore è l'attenzione e il rispetto che si devono a questa istituzione. Vorrei sapere se esista un rapporto fra personale, bacino di utenza servito e numero di interventi effettuati, e se questo rapporto registrato dalla Croce rossa (naturalmente, a parità di livelli formativi del personale utilizzato), corrisponda a quello che si rileva in altre organizzazioni che operano nel medesimo ambito.

Queste sono alcune delle questioni su cui ritengo utile stimolare un approfondimento, perché esse potrebbero costituire un aspetto non irrilevante della finalità della presente indagine conoscitiva.

### **Presidenza del presidente TOMASSINI**

GRAMAZIO (*PdL*). Desidero porre un quesito circa il rapporto tra la Croce rossa e l'ARES 118 del Lazio. Esiste un protocollo d'intesa in base al quale i mezzi della Croce rossa svolgono un'attività che è propria dell'azienda regionale per l'emergenza sanitaria. Volevo sapere i motivi di questo accordo e come è stato sviluppato.

PRESIDENTE. Prima di formulare le mie domande, desidero informare il dottor Brunini che abbiamo già svolto l'audizione dei rappresentanti dell'ARES Lazio, quindi non ci era sfuggito il riferimento a questa esperienza.

BRUNINI. Volevo solo citare due organizzazioni.

PRESIDENTE. Pongo un quesito innanzitutto al dottor Zoli. Vorrei sapere come valuta, in base alla sua esperienza nell'AREU, un modello in cui vi sia un'integrazione nella medesima azienda tra aziende territoriali provinciali e aziende ospedaliere di ricovero e cura, rispetto alla divisione che esiste in Lombardia.

Il secondo quesito lo rivolgo sia al dottor Zoli, sia a chi ha un'esperienza sovraregionale o addirittura nazionale: vorrei sapere come possono essere organizzati nelle diverse Regioni alcuni trasporti specifici, in particolare quello dei neonati prematuri e quello delle gestanti. Vi sono alcuni modelli, per esempio in Lombardia, che sono organizzati in modo partico-

lare e presentano caratteristiche specifiche. Non va dimenticato poi un trasporto un po' peculiare, ma non meno importante, che è quello degli organi, soprattutto per il tipo di mezzo adottato.

Da ultimo, mi interesserebbe avere qualche chiarimento anche in ordine alla questione, ancora aperta, del modello di equipaggio di trasporto. Si tratta di un argomento del quale abbiamo avuto modo di occuparci già nella XIV legislatura e, limitatamente, anche nella XV, al fine di stabilire quali caratteristiche debbano avere l'autista soccorritore, in particolare, e l'equipaggio in generale. Nei vari modelli si prevedono equipaggi e mezzi distribuiti in maniera diversa: mi riferisco alla classica iconografia che prevede il monomezzo, oppure la macchina di soccorso medico con ambulanza, o ancora, il mezzo moto con, eventualmente, ambulanza al seguito. Per la parte che vi compete, potete aiutarci a capire come questi modelli si possono collocare dal punto di vista organizzativo?

Nel lasciare la parola ai nostri ospiti per la replica, segnalo che qualora al momento non fossero in possesso dei dati necessari per rispondere ai quesiti posti, possono ovviamente riservarsi di fornirli in un momento successivo.

*BRUNINI.* Signor Presidente, ho lasciato agli atti della Commissione un documento, che credo sia stato distribuito, che contiene informazioni ed anche alcune considerazioni della Confederazione nazionale delle Misericordie in ordine ai principali problemi riguardanti il servizio di emergenza-urgenza e del 118.

Quanto ai quesiti posti dagli onorevoli senatori, mi soffermerò in primo luogo su quello relativo alle linee guida. Nel corso della mia relazione ho infatti sottolineato l'opportunità di definire linee guida nazionali mirate, ad esempio, a migliorare la formazione dei soccorritori; in tale contesto credo, peraltro, che potrebbe essere utilmente affrontata anche la questione del modello di equipaggio di trasporto prima richiamata dal Presidente.

Sempre a questo proposito riterremo ad esempio opportuno il riconoscimento della figura di tecnico dell'emergenza collegata ad uno specifico percorso di studi. Tale tecnico potrebbe far parte degli equipaggi d'emergenza, anche in sostituzione del medico nei casi in cui si richieda un intervento tecnico. Ciò, peraltro, avrebbe una ricaduta positiva anche sul piano occupazionale e rappresenterebbe una nuova opportunità lavorativa per i giovani, tant'è che alcune Regioni si stanno attivando in tal senso. Così come segnalato nel nostro documento, condividiamo anche noi l'opportunità di un incremento dei defibrillatori sul territorio e crediamo che sia questo aspetto, sia il mansionario per il soccorritore volontario, dovrebbero essere contemplati tra quelli oggetto di future linee guida e questo perché nel sistema di emergenza di tutte le Regioni – lo ha confermato anche il dottor Zoli nel suo intervento – si riscontra una amplissima partecipazione popolare, una sussidiarietà grandissima che credo vada salvaguardata.

Il senatore Astore ha posto anche il problema del livello occupazionale e delle speranze di occupazione nel settore in esame. È chiaro che

il volontariato è più efficace quando conserva il suo carattere di spontaneità e, quindi, quando chi vi partecipa si trova in determinate condizioni economiche e ha già un lavoro. Sotto tale profilo anche noi viviamo questo genere di difficoltà soprattutto nelle Regioni del Sud dove l'esperienza di volontariato viene talvolta considerata come una opportunità lavorativa, il che in taluni casi altera l'equilibrio della partecipazione. Lo stesso fenomeno del servizio civile è vissuto come una occasione per garantirsi un reddito e non come una spontanea partecipazione ad un momento formativo.

Le nostre associazioni partecipano al sistema dell'emergenza-urgenza coinvolgendo le popolazioni e attivando loro risorse, offrendo così un contributo quantomeno alle spese organizzative. Ciò ovviamente non esclude la possibilità di avvalersi di personale dipendente del quale necessitiamo per garantire dei servizi nell'arco delle 24 ore ed anche un certo *standard* di qualità. Ciò detto, i giovani o i pensionati che partecipano alla vita delle associazioni rappresentano una risorsa che alla fine premia anche i bilanci delle istituzioni pubbliche chiamate a sopperire al finanziamento di queste attività.

Una partecipazione popolare permette, tra l'altro, di attivare risorse diverse. Per esempio, in Toscana – credo che sia l'unica Regione, ma su questo il dottor Zoli mi può correggere – non ci si limita al solo servizio di emergenza urgenza o di dialisi, ma si riesce a finanziare tutto il trasporto ordinario, quindi anche quello per visite mediche, che pertanto viene prestato a titolo gratuito a tutti i cittadini.

*ZOLI.* Si tratta di «taxi sanità».

*BRUNINI.* Esatto.

Grazie alla grande partecipazione delle Misericordie, dell'assistenza pubblica e della Croce rossa, in Toscana questo è stato possibile e credo che per i cittadini abbia rappresentato un grandissimo vantaggio.

La regionalizzazione del servizio e forme di assunzioni quali quelle effettuate in questo ambito dalla Regione Sicilia a nostro avviso non costituiscono un modello virtuoso. Proprio in questi giorni abbiamo polemizzato con la Regione siciliana per la scelta di confermare per altri 3 anni la convenzione con la società S.I.S.E. per la gestione del sistema di emergenza, escludendo così, a nostro giudizio inopportuno, le grandi realtà del volontariato.

*ROCCA.* Signor Presidente, se mi è concesso mi soffermerei in primo luogo sull'ultimo aspetto segnalato dal dottor Brunini. Come ho premesso all'inizio della mia relazione, ricopro la funzione di commissario straordinario della Croce rossa italiana solo da pochi mesi.

Ciò detto, ritengo che la realtà siciliana sia particolarmente complessa e che il modello in tal caso adottato presenti alcuni aspetti di criticità che meritano di essere approfonditi. Ciò detto, che in tale ambito non si ravvisi una partecipazione del volontariato non risponde assolutamente al vero, nel senso che la S.I.S.E. è una società partecipata anche da Croce

rossa italiana e quindi coinvolge tutto il volontariato che fa riferimento alla nostra istituzione. Pertanto se, da un lato, condivido la necessità di approfondire laicamente se in tale contesto vi siano le condizioni per la partecipazione di un volontariato più complesso e ampio al sistema di emergenza-urgenza in Sicilia, dall'altro, ritengo che non si possa però affermare che quella realtà escluda il volontariato visto che questa componente rappresenta invece uno dei suoi aspetti fondanti. Quel sistema ha inoltre generato occupazione e in un contesto difficile e complesso quale è quello siciliano. Certamente i costi in tal caso sono rilevanti, ma non rappresentano per noi alcun onere posto che tutto avviene nell'ambito di un rapporto interno tra la Croce rossa siciliana e la Regione Sicilia.

Quanto alle problematiche di più ampio respiro, condivido anch'io l'opportunità di direttive di carattere nazionale che a nostro avviso dovrebbero avere ad oggetto la formazione dei soccorritori e del volontariato nell'ambito di un percorso formativo essenziale anche ai fini di quella sanità di prossimità su cui ci si è soffermati. Continuare a coinvolgere il volontariato significa anche disporre di uno strumento di contenimento dei costi per il nostro sistema regionale, consentendo, allo stesso tempo alla comunità di prendersi cura di se stessa, attraverso adeguati percorsi formativi che vengono garantiti in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, secondo *standard* molto elevati. La Croce rossa italiana, ovviamente, si adegua agli *standard* europei. I nostri volontari partecipano a corsi molto selettivi e, anzi, ci vantiamo di essere a nostra volta formatori, tant'è che svolgiamo corsi di BLS (basic life support defibrillation) e di PBLSD (*pediatric basic life support and early defibrillation*) all'interno delle pubbliche strutture, delle aziende ospedaliere e di quelle sanitarie ed in tutte le Regioni d'Italia. Tengo a sottolineare che si tratta di volontari che nel proprio tempo libero si occupano della formazione anche di dipendenti pubblici, proprio perché amano prendersi cura delle persone.

Al riguardo, mi ricollego al quesito posto dal senatore De Lillo. Noi vediamo con favore la distribuzione e la massima diffusione dei defibrillatori. Siamo disponibili ad attivare – già lo facciamo – anche insieme alle altre realtà del volontariato che operano in questo settore sul territorio nazionale, tutti i percorsi che ci verranno richiesti per formare anche la società civile all'uso del defibrillatore.

Per quanto riguarda il precariato, Presidente, il problema è che sono le convenzioni stesse a generarlo, come ha ricordato anche il dottor Zoli, la causa di questo fenomeno è quindi nello stesso sistema. Quando, ad esempio, attiviamo convenzioni per tre anni, è ovvio che abbiamo copertura finanziaria per retribuire il nostro dipendente per quel periodo. Il sistema, in questo momento, è messo però in crisi dalla recente e già richiamata sentenza della Corte di giustizia europea. Ci stiamo seriamente preoccupando per la situazione di centinaia di persone che vedono il loro posto di lavoro a rischio. Tra l'altro, per garantire alcune postazioni – come sottolineato dal dottor Brunini – ovviamente si renderà necessario integrare i volontari con un certo numero di dipendenti. In tal senso dall'inizio del mio recente mandato ho dato indicazione a tutte le realtà della Croce

rossa (che sono oltre 1.000, con 600 comitati riconosciuti e, complessivamente, 1.040 delegazioni, compresi quindi i comitati stessi) di attivare convenzioni laddove c'è un rapporto equilibrato tra il numero dei volontari e quello dei dipendenti. Molto spesso, infatti, per mantenere le convenzioni, si rischia di elevare il numero di dipendenti, generando così tra volontari e dipendenti una conflittualità che è dannosa per il servizio che deve essere svolto.

### **Presidenza del vice presidente GRAMAZIO**

(Segue *ROCCA*). Ci auguriamo pertanto che, attraverso queste direttive, si possa rafforzare il ruolo del volontariato sul territorio, proprio per contenere la necessità di integrazioni di personale dipendente, nell'ambito del rapporto che storicamente intercorre tra la Croce rossa e le istituzioni regionali.

I rapporti con le altre realtà (le Misericordie e le pubbliche assistenze) variano a seconda del territorio. In alcuni casi, ci sono relazioni di grandissima e stretta collaborazione, di crescita comune.

*BRUNINI*. Come in Toscana.

*ROCCA*. Esatto. In altre realtà, invece, è inutile negare che vi sia anche una forte conflittualità, generata magari da una mancanza di programmazione a livello regionale, rispetto alla tutela più ampia del volontariato nel suo complesso. È ovvio che le associazioni di volontariato cercano di raccogliere soci e volontari e, come è nella natura delle cose, ciascuna afferma di essere più brava dell'altra. Tuttavia, una diversa programmazione, come avviene in alcune Regioni, potrebbe essere di aiuto. In Lombardia, ad esempio, si lavora bene, serenamente e con efficienza. Credo che quel modello sia da tenere in grande considerazione e – per rispondere alla domanda del Presidente – anche l'unico da prendere a riferimento per il trasporto dei prematuri. Sulla questione del monomezzo o dell'automedica con ambulanza al seguito, mi riservo di produrre adeguata relazione.

I rapporti con l'ARES 118 in questo momento sono dialettici. Abbiamo una situazione molto difficile a Latina dove ho trovato una convenzione che genera perdite per la Croce rossa italiana pari a circa 1.600.000 euro annui. Ciò determina un elemento di distonia del mercato, perché è come se la Croce rossa in questo momento stesse finanziando la Regione Lazio per 1.600.000 euro. Abbiamo chiesto di uscire da questo servizio già dall'anno scorso: a luglio (allora ero direttore delle attività di Croce rossa italiana), ho disdetto la convenzione con raccomandata, però il prefetto ci ha chiesto di continuare il servizio, anche perché l'ARES si era impegnata a bandire una gara. Ripeto, non intendevamo più offrire quel



servizio a Latina e invece, da allora, siamo strangolati da una convenzione che ci mette in grave difficoltà.

Ultimamente, l'ARES ha innalzato il contributo riconosciuto alla Croce rossa e quindi le perdite sono più contenute, però a nostro avviso questo non è sufficiente, perché le rimesse dell'ARES alla Croce rossa avvengono a singhiozzo e le casse del comitato di Latina spesso non consentono di pagare puntualmente i dipendenti, come è invece giusto fare. Ci troviamo perciò in difficoltà, con una perdita di immagine per la Croce rossa italiana, a cui i dipendenti – peraltro già precari – contestano la mancata corresponsione dei salari che sono loro dovuti, laddove non emerge però con chiarezza che l'ARES 118 paga con ritardi inaccettabili.

Abbiamo poi una convenzione più importante a Roma, dove invece i volontari sono coinvolti e per la quale si può parlare di un sostanziale equilibrio finanziario.

### Presidenza del presidente TOMASSINI

(*Segue ROCCA*). Tale convenzione dovrebbe scadere a giugno, ma al riguardo dovrei effettuare alcune verifiche, mi riservo pertanto di produrre una relazione *ad hoc*.

ASTORE (*IdV*). Il senatore Gramazio credo lo sappia.

GRAMAZIO (*PdL*). Sì, la scadenza è prevista a giugno.

ROCCA. La situazione più difficile per noi è però quella di Latina, laddove a Roma si riscontra – lo ribadisco – un equilibrio finanziario grazie anche al coinvolgimento di numerosi volontari.

GRAMAZIO (*PdL*). Siete intenzionati a rinnovare le convenzioni all'ARES Lazio?

ROCCA. Non nascondo che l'auspicio è quello di uscire prima possibile dalla convenzione relativa a Latina. La Croce rossa italiana per mandato istituzionale è tenuta a dare anche risposta alle emergenze, ma non deve necessariamente essere coinvolta nel trasporto infermi o nell'emergenza-urgenza, se non ha un numero di volontari sufficiente ad assicurare una risposta qualitativamente adeguata.

ZOLI. Le parole chiave della prima domanda che mi è stata rivolta erano costi e modellizzazione. In Lombardia, da quanto mi risulta, i costi sono veramente bassi: oggi il *budget* con cui stiamo gestendo tutta la Regione è pari a 15 euro per cittadino. Insieme all'Emilia Romagna, dovremmo essere i più performanti in Italia. Ho usato il condizionale, perché

su questo aspetto sto avviando un progetto nazionale di *benchmarking*, insieme alla università Bocconi, alla FIASO (Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere) ed altri soggetti che operano a livello nazionale, per effettuare verifiche circa il tipo di organizzazione, i costi (e quindi l'economicità e l'efficienza) e la qualità del servizio reso. È un lavoro che, come minimo, ci impegnerà per un anno e mezzo, anche perché dovremo entrare con diverse chiavi nelle «segrete stanze» di tante Regioni, visto che il 118 è regionalizzato.

Sicuramente quelle realtà che, come la Lombardia, dispongono di un *budget*, sono chiamate ad effettuare un'operazione semplicissima, ossia a dividere le risorse a disposizione per il numero dei cittadini per ottenere così il costo unitario per ciascuno di essi; nel nostro caso si tratta di suddividere i 150 milioni di euro per i 10 milioni di abitanti della Lombardia ottenendo così il già segnalato costo di 15 euro a cittadino. Come evidenziato, il nostro *budget* di 150 milioni di euro non viene da noi gestito direttamente, come fa l'ARES, bensì insieme alle aziende ospedaliere.

Il Presidente ha prima chiesto informazioni proprio in ordine alle nostre relazioni con le aziende ospedaliere. Nel merito posso dire che i dipendenti che lavorano per noi mantengono il loro rapporto giuridico-amministrativo di dipendenti dell'azienda ospedaliera e delle ASL. Per quanto riguarda invece la fornitura del servizio, dipendono da noi e quindi all'interno di quei 150 milioni di euro cui facevo riferimento sono contemplate anche le risorse per gli stipendi dei 1.500 dipendenti sparsi su tutto il territorio della Lombardia. A partire da quest'anno, annualmente, stipuleremo una convenzione con le 40 aziende della regione Lombardia, definendo le risorse messe a disposizione, il finanziamento destinato ad ogni azienda e i livelli qualitativi e quantitativi dei servizi resi in una determinata area. Per il momento, gli unici costi riscontrati sono quelli relativi alla istituzione dell'AREU, pari a circa 800.000 euro, ma riteniamo di ottenere nel giro di 6-12 mesi importanti economie di scala, posto che, lavorando su base regionale, di fatto l'AREU costituisce una centrale acquisti. Per esempio, a breve bandiremo una gara per un *service* di tre basi operative (elicotteri). Si parla minimo di 100 milioni di euro, che verranno spalmati in parecchie annualità. Fare economie di scala vuol dire, in taluni casi, anche acquistare 100 mezzi alla volta, il che significa effettuare programmazione a livello regionale.

Mi associo agli altri colleghi intervenuti – e credo di poterlo fare con un certo peso specifico visto il rilievo della nostra massa critica formata da 10 milioni di popolazione cui prestiamo il nostro servizio e da decine di migliaia di volontari e dipendenti delle associazioni e degli enti – nel sottolineare l'importanza di avere una linea comune. È evidente, infatti, che il principio di sussidiarietà orizzontale è quello che serve per garantire il trasporto infermi. Non è possibile che per questo servizio si immagini di potersi rivolgere al privato o a chi fa profitto, perché questa è un'attività che richiede qualità e controllo. Il privato nel momento in cui è mosso da logiche di profitto tende a lavorare di meno e quindi a offrire scarsa qualità. Ciò detto, occorre però anche sottolineare l'enorme difficoltà di lavorare

con un volontariato che è sempre meno volontariato e sempre più lavoro dipendente. Per maggiore chiarezza vi porto l'esempio della Regione Lombardia: per formare i volontari, quindi per farli entrare nel sistema, occorre che le persone frequentino un corso di 120 ore e che superino 3 esami. Signori, 120 ore, in un lasso temporale di qualche mese, vuol dire passare tutte le sere, i sabati e le domeniche a studiare per poter superare degli esami. Questo infatti è il percorso formativo atto a garantire i livelli di sicurezza necessari al sistema, ma anche quello che richiede grandi sacrifici che però potrebbero essere alleggeriti se tale percorso fosse ben organizzato e standardizzato. Su questo non ho dubbi, altrimenti il costo del servizio in Lombardia per ciascun cittadino non sarebbe così esiguo.

Quanto alla questione dell'integrazione dell'attività di emergenza-urgenza sul territorio con quella di emergenza-urgenza ospedaliera, ho già avuto modo di sottolineare l'importanza che rotazione, formazione e aggiornamento del personale avvengano in ospedale, considerato che la casistica si concentra in tale ambito e che medici come il «dottor Kildare» si trovano solo nei telefilm! Un esempio in tal senso è la rete di *stroke*, che in un'area settentrionale della Lombardia, che conta circa 2 milioni di abitanti, nasce addirittura dall'emergenza-urgenza. Praticamente in base alla organizzazione che lega funzionalmente e operativamente quattro province si è partiti con una rete di ben 18 ospedali che si occupa dei casi di *stroke*, e opera una guardia alternata tra Varese, Como e Lecco di neuroradiologia (attiva 24 ore su 24), il che porta ad avere economie di scala e una razionalizzazione delle risorse, eliminando così gli sprechi nell'ambito di vaste aree. Risulta pertanto sicuramente utile lavorare con consorzi, aree o organizzazioni sovrazionali così da avere il passaggio dall'esterno all'interno con un processo definito. Questo è importante e valido sia per lo *stroke* che per l'organizzazione di tutte le altre specialità. Non c'è niente da fare: emergenza, trapianti, ed anche altre specialità – ecco il motivo dell'attività dell'AREU – sono una cosa sola e corrispondono al modello di *hub and spoke*, il modello di rete. Non si può lavorare separatamente!

Sulla questione dei defibrillatori mi esprimo da medico d'urgenza e non da direttore generale, altrimenti correrei dei rischi. Ho avuto modo di leggere il disegno di legge in materia che risale, peraltro, alla passata legislatura. Francamente non condivido una distribuzione di questo genere di macchinario così massiccia e diffusa in tutte le sedi, persino nelle scuole, laddove sono invece favorevole – in questo momento parlo a titolo personale – ad una distribuzione dei defibrillatori sulle ambulanze. Signori, non abbiamo defibrillatori sulle ambulanze e pensiamo di collocarli nelle scuole, dove non è possibile effettuare i controlli di qualità e verificare quale sia l'effettiva capacità di semplici cittadini nell'operare una defibrillazione, se pur attraverso un defibrillatore semiautomatico? A mio avviso occorre pertanto che questi strumenti siano distribuiti a livelli di base, poi si potrà pensare a distribuire i defibrillatori anche nei supermercati! Sono invece favorevole all'assegnazione dei defibrillatori alle forze dell'ordine e a coloro che intervengono nei momenti critici e che sono presenti sul territorio in modo capillare, ovviamente se opportunamente

addestrati. In tal caso, infatti, non si parla di cittadinanza, ma si ha a che fare con un *target* preciso e un numero definito di persone da formare.

Del resto, le esperienze registrate in questo ambito negli ultimi anni non sono state positive e provano quanto appena affermato e non entro nel loro merito per evitare di esprimermi in termini poco lusinghieri.

Mi è stato chiesto quale cambiamento abbia rappresentato un modello di azienda regionale come la nostra, rispetto all'ARES, con la quale, tra l'altro, intratteniamo relazioni quotidiane, se non per affinità, per trascorse amicizie. Ebbene, noi siamo convinti che la nostra azienda stia funzionando semplicemente perché prima c'erano 12 principati con 12 principi che si erano costruiti il 118 a loro immagine e somiglianza e con criteri che avevano portato a una sostanziale disomogeneità del servizio. Il 118 rappresentava il minimo comun denominatore, l'unico elemento che univa, posto che venivano utilizzate terminologie diverse per gli stessi servizi ed anche questi ultimi erano differenti. Gli aspetti importanti sono quindi la regionalizzazione posto che, ripeto, il 118 è regionalizzato, ed una gestione unica che offra garanzie di *standard*, qualità ed efficienza.

Vengo ora alla questione dei trasporti secondari e del trasporto organi. Ho detto prima che il sistema dell'*hub and spoke* vale sia per le altre specialità che per il trasporto degli organi. In questo caso parliamo di logistica, ma anche nell'attività di prelievo e trapianto di organi esistono *spoke* per i prelievi, ma anche *hub* come centri di riferimento per i trapianti. Non ci si rivolge ad un *hub* dove si effettuano 3 trapianti di fegato l'anno, ma dove se ne fanno 60, altrimenti la qualità scade.

Per quanto riguarda gli autisti soccorritori e la composizione degli equipaggi, ricordo ancora, ai fini della sicurezza della popolazione, l'importanza della formazione e del *retraining* onde garantire l'effettiva preparazione di chi partecipa al sistema. Deve esser chiaro che la qualità del sistema è data dal volontario soccorritore, dai medici del soccorso di base e in questo momento in Lombardia ve ne sono 300. Per ottenere tale qualità, occorre però formazione, *retraining*, ma anche capire in che modo far sì che questo personale permanga nel sistema, considerato che in questo ambito c'è un *turnover* molto accelerato.

Sicuramente, la figura del tecnico dovrà essere presa in seria considerazione, perché per i motivi che sono già stati esposti, si registra una contrazione del volontariato. Quindi, la figura del tecnico, specialmente in riferimento alla questione della sussidiarietà, deve essere mantenuta e sviluppata.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli auditi per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'odierna audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,15.*