



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 11

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

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

80^a seduta: martedì 31 marzo 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Fazio**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 13
BASSOLI (PD)	9, 12
CALABRÒ (PdL)	8, 9
FAZIO, sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali . . .	3, 9, 11 e passim
SACCOMANNO (PdL)	10

Audizione del presidente del Consiglio universitario nazionale (CUN), Andrea Lenzi

* PRESIDENTE	Pag. 13, 17, 19	* LENZI	Pag. 13, 18
FOSSON (UDC-SVP-Aut)	16		

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

Segle 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 sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Fazio e il presidente del Consiglio universitario nazionale (CUN), professor Andrea Lenzi.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Fazio

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sul trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza, sospesa nella seduta del 18 marzo scorso.

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 vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Oggi sono in programma due audizioni. La prima è quella del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali Fazio

L'indagine in oggetto, che abbiamo iniziato quasi un anno fa e che pensiamo di concludere a breve, ha il compito di verificare il trasporto degli infermi sulle reti di emergenza ed urgenza con particolare riferimento a tre situazioni che hanno poi originato tre sottogruppi nell'ambito dell'indagine conoscitiva. Mi riferisco all'emergenza cardiovascolare, all'emergenza dello *stroke* e all'emergenza traumatologica ortopedica. A tal fine si sono verificati i sistemi 118, i metodi di trasporto (le ambulanze, le eliambulanze e gli altri soccorsi analoghi) e abbiamo audito tutti le principali società scientifiche che si interessano di questo (società volontarie per il trasporto dei malati). È stato fatto un lavoro piuttosto approfondito.

È anche in corso una serie di rilevazioni, mediante dati demoscopici, di alcune situazioni che devono essere guardate attraverso un programma informatico e sono state effettuate anche missioni ispettive in diverse realtà rappresentative del Nord, del Sud e del Centro Italia.

Nell'ambito di questo quadro, oggi, essendo alle ultime audizioni e quindi a quelle istituzionali, abbiamo l'onore di ascoltare l'onorevole professor Ferruccio Fazio, sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali.

FAZIO, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Premesso che l'area relativa all'emergenza-urgenza rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura

come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio sanitario nazionale, il sistema dell'emergenza-urgenza svolge in tale ambito un ruolo fondamentale, rispondendo, da un lato, all'immediato bisogno di assistenza sanitaria della popolazione, dall'altro, ponendosi come un importante filtro ai ricoveri ospedalieri.

Sorvolo sulla disposizione di legge, i cui riferimenti potranno rinvenirsi nel documento che lascio agli uffici della Commissione, e passo a considerare il modello organizzativo del sistema dell'emergenza sanitaria, il quale si articola su vari livelli. Vi è innanzitutto un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale «118», in collegamento con le centrali operative (C.O.), alle quali fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza. La centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento ed attiva la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

Vi è poi il sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: ambulanza di soccorso di base e di trasporto, ambulanza di soccorso avanzato, centro mobile di rianimazione, automedica ed eliambulanza.

Vi è, infine, la rete di servizi e presidi rappresentata innanzitutto dai punti di primo intervento (PPI), fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasioni di manifestazioni di massa, sportive, religiose, culturali, nei quali è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori; stabilizzare il paziente in fase critica ed attivare il trasporto protetto presso l'ospedale più idoneo.

Oltre ai PPI, esistono i pronto soccorso ospedalieri (PS) che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato o, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della centrale operativa.

I dipartimenti di emergenza-urgenza accettazione (DEA) rappresentano un'aggregazione funzionale di unità operative (UO), adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA si distinguono, in base alle UO che li compongono, su due livelli di complessità: DEA di primo livello e DEA di secondo livello.

Finora abbiamo parlato del modello organizzativo, adesso passiamo alla questione delle centrali operative e del numero unico «118». In applicazione alla normativa nazionale, la fase dell'emergenza extraospedaliera del soccorso registra, dagli anni Novanta ad oggi, una progressiva implementazione organizzativa fino a giungere all'attuale impianto strutturale del sistema, costituito dalle 103 centrali operative con il numero «118» attivo su tutto il territorio nazionale.

Nel processo di riordino del sistema dell'emergenza-urgenza le Regioni hanno adottato condotte differenti. La Regione Lazio e la Regione Lombardia, ad esempio, hanno istituito le aziende regionali per l'emergenza-urgenza.

genza-urgenza ARES 118 Lazio e AREU Lombardia. Altre Regioni hanno adottato sistemi di tipo diverso.

Un terzo aspetto riguarda le apparecchiature tecnologiche. Uno dei punti nevralgici del sistema di soccorso è, infatti, rappresentato dalle apparecchiature tecnologiche che devono garantire una gestione efficace degli interventi. Relativamente alla telefonia, si rileva che le centrali operative nel 67 per cento dei casi utilizzano un sistema telefonico digitale mentre nel 33 per cento ne utilizzano uno analogico. Le linee telefoniche dedicate, che rappresentano le linee di collegamento diretto tra centrale operativa e le strutture sanitarie e non sanitarie (Prefettura, Carabinieri, Pubblica sicurezza, Polizia municipale e Vigili del fuoco), sono presenti nell'88 per cento delle centrali del Nord, nel 58 per cento delle centrali del Centro, nel 79 per cento di quelle del Sud e soltanto nel 17 per cento di quelle delle Isole. A tale proposito, a livello di Ministero, stiamo lavorando su un progetto molto importante di continuità territoriale nelle Isole minori del nostro Paese. Molto utilizzata risulta la telefonia cellulare – anche tale modalità è più sviluppata nelle isole – per il collegamento tra mezzi di soccorso e centrale.

Relativamente al sistema di radiocollegamenti, il cui utilizzo mira a favorire una comunicazione rapida, precisa e qualificata volta ad evitare perdite di tempo prezioso, complessivamente sul territorio nazionale è garantita una copertura media del 71 per cento (rispettivamente 92 per cento al Nord, 72 per cento al Centro, 22 per cento al Sud e 77 per cento nelle isole). Come vedete, le isole prediligono la telefonia mobile e i radiocollegamenti.

Nell'ambito del sistema di emergenza, particolare rilevanza assume l'informazione continua e condivisa tra sistema 118 e rete ospedaliera relativamente ai pazienti soccorsi, al loro stato di gravità, alla conoscenza continua della disponibilità di posti letto in area critica, tutti elementi che permettono di realizzare al meglio l'attività di soccorso indirizzando i percorsi e diminuendo – cosa fondamentale – i tempi di percorrenza.

Quanto ai mezzi di soccorso, è ovvio che le centrali operative per garantire un'efficace gestione del soccorso devono disporre di mezzi di soccorso, che devono essere distribuiti in modo strategico sul territorio di competenza e adeguati al tipo di intervento. Il numero di mezzi per tipologia è estremamente variabile nelle diverse Regioni (si stima un numero complessivo di circa 5.000 mezzi a disposizione) ed il personale che vi opera è rappresentato da medici, infermieri professionali, autisti/soccorritori e, ove disponibile, personale volontario/soccorritore, tutti, ai vari livelli, formati ed addestrati all'emergenza sanitaria.

Si distinguono due tipologie di intervento: l'intervento primario, che consiste nel trasporto del paziente dal luogo dell'evento all'ospedale più idoneo, e l'intervento secondario, che consiste nel trasporto del paziente da un ospedale di livello inferiore (ad esempio un DEA di primo livello) ad uno di livello superiore (ad esempio un DEA di secondo livello).

La standardizzazione della dotazione dei mezzi di soccorso è divisa per livello istituzionale di base e avanzato. Ciò permette di garantire l'e-

rogazione di un livello uniforme di assistenza. Tuttavia, è ancora necessario attivare le iniziative affinché sia osservata la direttiva europea EN 1789/07, che definisce i requisiti e le dotazioni di apparecchiature delle autoambulanze utilizzate per il trasporto e la cura del paziente.

Per quanto riguarda le criticità rilevate e le prospettive future, elementi che ritengo di particolare interesse per questa Commissione, nonostante la rilevanza e le risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il sistema italiano dell'emergenza-urgenza si presenta, a distanza di 15 anni dalla sua istituzione, ancora frazionato nei singoli ambiti regionali. Ciò è positivo, perché questo è il Servizio sanitario nazionale e deve essere frazionato. Il problema è che occorre migliorare il coordinamento perché frequentemente questi ambiti regionali (specialmente a livello frontaliere tra una Regione e un'altra) non sono sufficientemente coordinati e spesso il servizio viene utilizzato in modo inappropriato.

Infatti, dall'analisi dei dati e dalle informazioni, risulta che non esiste ancora un linguaggio comune tra gli addetti al sistema delle varie realtà regionali. La criticità non è rappresentata dal frazionamento a livello regionale, perché questo fa parte del nostro sistema. Quello che ancora occorre è un efficace collegamento fra le varie realtà regionali.

Naturalmente, in parte, la difficoltà di reperire dati e informazioni omogenee sarà superata quando andrà a regime il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal decreto ministeriale recentemente emanato del 17 dicembre 2008, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza». Questo decreto, che dovrebbe essere agli atti della Commissione, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13 gennaio 2009. Il nuovo sistema informativo permetterà un monitoraggio continuo sia del sistema 118 che del pronto soccorso e consentirà, attraverso l'analisi dei dati, di ottenere elementi utili per la programmazione sanitaria.

Quanto allo specifico dell'area dell'emergenza cardiovascolare, si auspica che in tempi brevi si possa effettuare l'analisi dei dati relativi ai progetti regionali di defibrillazione precoce e che possa essere concluso l'*iter* parlamentare dell'Atto Senato n.718 in materia di utilizzo di defibrillatori semiautomatici e automatici per i quali, come è noto, è in corso la ricerca di una copertura economica.

A livello ospedaliero è necessario innanzitutto promuovere la diffusione della metodologia del *triage* ospedaliero, laddove non sia stato effettuato, nei pronto soccorso con più di 25.000 accessi annui, modello globale, con applicazione uniforme dei codici colore già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e con sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); allestire percorsi alternativi al pronto soccorso con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da medici di medicina generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24 ore su 24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche.

A questo proposito, vorrei dire che questo provvedimento è stato inserito negli obiettivi di piano approvati giovedì scorso dalla Conferenza Stato-Regioni e rappresenta, di fatto, l'iniziativa principale del Governo attinente alle cure primarie, che costituiscono il 25 per cento dal punto di vista finanziario degli obiettivi di piano (quindi, si tratta del 25 per cento di 1.400 milioni di euro).

Sono pertanto disponibili 350 milioni di euro per l'H24, che sarà annunciato domani nel corso di una conferenza stampa presso l'ENPAM. Il discorso dei percorsi alternativi H24, inteso a decomprimere il pronto soccorso, sarà uno dei punti fondamentali dell'azione del Governo mirata a spostare progressivamente il baricentro, anche dal punto di vista dell'urgenza, dall'ospedale al territorio. Sottolineo pertanto in modo particolare questa iniziativa del Governo, condivisa dalle Regioni, che domani sarà presentata ufficialmente alla stampa.

Un altro punto interessante riguarda l'attivazione dei punti di primo intervento per garantire una risposta immediata alle situazioni di minore entità. Infine, bisogna attivare l'osservazione breve intensiva (OBI), quale strumento ritenuto necessario per ridurre ricoveri e dimissioni improprie. L'OBI dovrebbe essere un'area, possibilmente adiacente al pronto soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore.

Segnalo, però, che in alcune situazioni questa durata si estende fino a tre giorni. Tale istituto, secondo me, è meritevole di grande attenzione perché, di fatto, rappresenta una situazione territoriale che comprende anche il ricovero breve all'interno dell'ospedale: quindi, una non ospedalizzazione e, potenzialmente, un risparmio e un'ottimizzazione delle risorse.

Infine, anticipo che parte del contenuto dell'accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni, come avevo già accennato, il 25 marzo scorso, è di fatto inteso a realizzare in parte i modelli sopra annunciati e, in particolare, l'H24.

Da ultimo, la formazione degli operatori merita un'attenzione particolare. Si dovrà procedere a definire i percorsi formativi specifici per le figure professionali del medico in attesa dei primi specialisti del corso di specializzazione in «Medicina d'Emergenza-Urgenza». Rendo noto che quest'anno è stato attivato per la prima volta in diverse Regioni, e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 marzo scorso, il corso di specializzazione in «Medicina d'emergenza-urgenza».

Si dovranno poi definire i percorsi formativi specifici della figura dell'infermiere (attraverso master di specializzazione e corsi di perfezionamento) e del soccorritore, sia esso volontario o dipendente.

Nell'ambito delle figure professionali che operano nel sistema è necessario riconoscere il profilo professionale dell'autista soccorritore. Noi speriamo che in tempi brevi possa essere avviato l'esame dell'Atto Senato n. 55 del presidente Tomassini sulla figura dell'autista soccorritore. Per tale figura professionale manca una disciplina giuridica, nonostante gli au-

tisti soccorritori svolgano un ruolo specifico nell'organizzazione dei servizi di emergenza e urgenza.

CALABRÒ (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Fazio per l'illustrazione di ordine generale. Vorrei riferirmi agli aspetti dell'emergenza cardiovascolare.

Lei ha detto in ordine generale – e credo che ciò sia riferibile assolutamente all'emergenza cardiovascolare – che preoccupazione dell'emergenza-urgenza e funzione del sistema 118 devono riguardare la stabilizzazione del malato e l'invio e il trasporto del malato all'ospedale più idoneo.

In realtà, nelle audizioni svoltesi in questa Commissione noi abbiamo verificato che l'organizzazione della stabilizzazione precoce del malato e l'invio nell'ospedale più idoneo nei vari territori regionali sono molto difformi sotto questo profilo.

È giusto – come lei ha sottolineato – che le Regioni si organizzino in maniera autonoma, però credo sia anche opportuno garantire una uniformità di assistenza, in base a indirizzi chiari e definiti provenienti dal Ministero.

Faccio qualche esempio concreto. Nell'emergenza cardiovascolare, il tempo di soccorso è l'elemento fondamentale. Se un soggetto ha un attacco di cardiopatia ischemica acuta, un inizio di quello che si definisce infarto, un'angina instabile, si ha a disposizione un'ora e mezza, due ore di tempo per evitare l'infarto, per prevenire la necrosi di ogni cellula muscolare e fare in modo che il cuore resti sano. In questo lasso di tempo il soggetto, a seconda delle sue caratteristiche cliniche, deve essere indirizzato in un ospedale dove gli venga effettuata una fibrinolisi o un'angioplastica.

Tuttavia, nella realtà, in molte Regioni succede molto spesso che l'ambulanza del 118 non sia medicalizzata e, se anche lo fosse, non si potrebbe effettuare una valutazione clinica del soggetto. Il paziente viene così trasportato nell'ospedale più vicino, indipendentemente dalla sua situazione clinica e dalle caratteristiche dell'ospedale, mentre il *triage* deve essere fatto a monte, a casa del paziente, in collegamento con una centrale operativa cardiologica (che è una sottocentrale rispetto a quella operativa del 118), alla quale è possibile trasmettere un elettrocardiogramma e quattro dati clinici del paziente (pressione, frequenza, sudorazione e stato clinico del soggetto) per valutare se debba essere sottoposto angioplastica o fibrinolisi e conseguentemente essere trasportato in un ospedale attrezzato.

Questo è ciò che è risultato dalle audizioni che abbiamo svolto. Siamo lieti che tutte le ambulanze vengano dotate di defibrillatore, ma si tratta di un intervento minimo rispetto al problema principale, che è quello di indirizzare il soggetto nella struttura più idonea per le cure di cui necessita. In sostanza, in questo caso, come per altre realtà, l'intervento H24 deve essere spostato sul territorio, nell'ospedale che svolge questa funzione, quindi liberando il pronto soccorso generale dall'intasamento.

FAZIO, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. In questo caso non si tratta dell'intervento H24, ma comunque è chiaro il concetto che vuole esprimere.

CALABRÒ (*PdL*). In questo caso l'intervento H24 va previsto, serve cioè l'emodinamica con attività H24, che sia quindi in grado ventiquattr'ore su ventiquattro di effettuare un'angioplastica.

Nell'Italia meridionale, oggi, questa realtà è molto poco presente. Emilia Romagna, Toscana e Lombardia sono bene organizzate sotto questo aspetto, così come lo sono piccoli Comuni o Province; anche la Puglia sta provvedendo ad organizzarsi, da circa un anno e mezzo, mentre altre Regioni sono in grave ritardo.

Vorrei che insieme si trovasse il modo di dare un *input* decisivo, determinato e definitivo alle Regioni, perché si muovano secondo una linea guida semplice e chiara, seguendo l'esperienza di altre realtà, altrimenti non preverremo mai l'infarto.

BASSOLI (*PD*). Tra i membri di questa Commissione, oltre ai molti medici, c'è anche qualcuno che non lo è, come la sottoscritta, quindi ho bisogno di ulteriori spiegazioni.

Il Sottosegretario ha parlato della necessità di creare un sistema che consenta il dialogo tra le varie Regioni, che oggi invece non esiste, e ha detto che questa mancanza di coordinamento comporta tutta una serie di difficoltà e, di conseguenza, anche uno spreco di vite umane, visto che stiamo parlando di soccorso e di emergenza urgenza.

Sarà quindi necessario anche un nuovo sistema informativo, che garantirà uniformità di linguaggio. Vorrei capire in che cosa consiste tale sistema e quali sono i tempi richiesti, se esiste già un piano, se questo è stato sottoposto alle Regioni e con quali risorse verrà realizzato.

Lei ha auspicato che il disegno di legge sui defibrillatori concluda il suo *iter*, in modo da disporre di un sistema di urgenza cardiaca attrezzato già sul mezzo di trasporto dei malati. Vorrei sapere allora se il Governo ha stanziato le risorse per la copertura finanziaria di questo provvedimento, su cui la nostra Commissione ha un orientamento ampiamente favorevole. Sono alcuni mesi che discutiamo di altro, però credo che la legge, una volta approvata, non potrà essere attuata se il Governo non troverà i finanziamenti.

Vorrei poi chiederle, signor Sottosegretario, un chiarimento sui percorsi alternativi. Condivido il suo giudizio sulla situazione attuale. Conosco l'area metropolitana milanese e posso testimoniare che i pronto soccorso sono intasati, specialmente nei giorni in cui non ci sono i cosiddetti medici di famiglia. Mi sembra un'ottima idea creare una sorta di ambulatorio H24. Chiaramente è un compito molto complesso, perché significa favorire l'associazionismo medico, se vogliamo utilizzare le risorse già presenti sul territorio, quindi ci sarà un problema di contratti con la categoria a livello regionale e poi si dovranno prevedere dei tempi, stabilire degli obiettivi. Ecco, quali obiettivi si pone il Governo, da questo punto

di vista? Credo si tratti di un piano pluriennale, nel quale sono previsti investimenti, strutture, costi del personale.

Mi sembra che lei abbia già fornito le cifre circa la destinazione del fondo per le cure primarie, però bisogna vedere come saranno effettivamente allocate queste risorse, anche in termini di investimento per le strutture.

Mi soffermo infine sulla questione dell'autista soccorritore. Forse perché sono rimasta impressionata da alcuni episodi anche gravi che sono accaduti nella realtà che conosco, ritengo che questo sia uno degli aspetti più delicati, che richiedono immediatamente un'iniziativa *ad hoc*. Chi guida ha una grossa responsabilità, sia per il modo in cui conduce il veicolo, sia per l'assistenza che è in grado di prestare o meno. Da questo punto di vista, è necessario operare con attenzione e severità e individuare una definizione giuridica per questa figura. Mi sembra un intervento da attuare con urgenza per riqualificare il sistema.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Fazio per l'informativa che ha reso alla nostra Commissione.

Non è ancora il momento di redigere il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva e quindi di esporre le nostre considerazioni finali. A quel punto, infatti, dovremo confrontarci all'interno della Commissione e anche con il Governo sui rilievi che saranno emersi, per arrivare ad una conclusione condivisa.

Tuttavia, mi tornano alla memoria alcuni aspetti che mi sembrano importanti. Ho apprezzato in modo particolare il richiamo alla formazione. Mi sembra un passo avanti prevedere medici formati in modo specialistico, anche se bisogna verificare se potranno realmente affrontare il sistema dell'emergenza urgenza in modo onnicomprensivo, nel momento in cui si va verso un'alta specializzazione.

Abbiamo rilevato che sulle ambulanze che devono provvedere al soccorso c'è spesso personale con competenze di bassissimo profilo. Il problema è quello del primo impatto, altrimenti si rischia che passi mezz'ora o anche tre quarti d'ora e che si debba trasferire il malato da un ospedale all'altro. Questi sono problemi gravi. In alcune zone d'Italia, non si comunica neanche la notizia che il malato è deceduto durante il trasporto, perché si è quasi abituati che ciò possa accadere.

Occorre ipotizzare una razionalizzazione del sistema, che dal basso – ne parlavo prima con il collega Di Giacomo – probabilmente non sarà mai fatta, per una serie di motivi. Egli raccontava che qualcuno è stato indagato perché, non essendoci la rianimazione, un paziente è morto; non è stato inaugurato il reparto di rianimazione e il direttore generale viene incriminato per omicidio volontario.

Al di là del faceto c'è un fatto drammatico: dobbiamo arrivare ad una avere delle linee guida che indirizzino in maniera cogente le razionalizzazioni organizzative del sistema sanitario, che è l'unico modo per avere delle posizioni di massima capacità ed efficienza. Diversamente non avremo risposte adeguate.

Nelle fantasie precoci che ci vengono ascoltando i grandi tecnici abbiamo immaginato le ambulanze con l'emodinamica. Siccome questo è un fatto assai lontano, dobbiamo fare in modo che il soccorso arrivi nel momento in cui si giunge nel reparto di cardiologia che, se è nel sistema emergenza-urgenza, deve poter affrontare gli interventi di emodinamica che si possono fare.

Sulla formalizzazione e razionalizzazione ospedaliera come amministrazioni pubbliche ci dovremo attenere alle disposizioni. Abbiamo cercato se vi era già organizzativamente un modo coagulante che superasse le frontiere regionali come i trauma *center*. In alcune Regioni, come la Toscana e l'Emilia-Romagna, si riusciva ad avere questo tipo di colloquio, ma questo è importante che accada anche nelle altre parti del territorio, diversamente abbiamo dispersione e incapacità di rispondere in modo adeguato. Abbiamo riscontrato carenze per gli ammalati spinali e i mielici, soccorsi con grandi peregrinazioni e spesso in maniera inadeguata al momento del soccorso e del primo impatto. Lei mi insegna quanto questo possa essere importante per le conseguenze successive e i danni permanenti.

Su questo dovremmo interrogarci per delle direttive coordinate che diano alle Regioni la possibilità di rispondere adeguatamente. Il 118 è stato un grande risultato, ma non sta rispondendo come ci potremmo aspettare; funziona purtroppo a macchia di leopardo.

FAZIO, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Signor Presidente, faccio una considerazione di carattere generale, che è rivolta in particolare ai Capigruppo e al Presidente e che attiene alla politica e all'attività di questa Commissione.

Credo sia chiaro, ma vorrei ribadire che il Parlamento, in materia di sanità, è chiamato fondamentalmente all'erogazione di principi generali, nel rispetto chiaramente delle attribuzioni derivanti alle Regioni dal famoso Titolo V della Costituzione. L'emanazione di linee guida è una cosa che il Parlamento e il Ministero possono fare. Le Regioni sono disponibili a discutere, in sede di Conferenza Stato-Regioni, le linee guida e anche a rendere le stesse obbligatorie nell'ambito delle varie Regioni. È una cosa che può essere fatta in sede di Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni sono molto disponibili a considerare questi aspetti.

Questo volevo chiarire perché questo è il quadro nel quale noi ci possiamo muovere e nel quale, come Parlamento, dobbiamo legiferare. È inutile farlo nel dettaglio perché o queste diventano delle norme cedevoli, come si suol dire, oppure le Regioni non possono non accettare questo tipo di normativa. Credo che questo sia importante come premessa perché alcuni dei quesiti che periodicamente vengono posti in questa Commissione attengono a questo tipo di procedure.

Vorrei anche parlarvi, per la mia esperienza personale, della grande disponibilità delle Regioni a recepire, in sede di Conferenza Stato-Regioni, alcuni problemi, quando sono giusti come quelli qui riportati. Questo è il modo in cui possiamo andare avanti.

Ciò premesso, per rispondere ai senatori Calabrò e Saccomanno, dico che sono state avanzate proposte di linea guida che preghiamo di esprimere come proposte della Commissione nell'ambito di questa indagine conoscitiva e di darle al Ministero, il quale se ne farà carico e, se è necessario, nominerà una commissione che emanerà le linee guida. Se sarà opportuno, la stessa si occuperà di discuterne con le Regioni per vedere in che misura le linee guida potranno essere adottate e fatte proprie dalle Regioni nell'ambito delle decisioni prese in Conferenza Stato-Regioni. Questo è un *iter* possibile.

Vengo ora ad alcuni quesiti di carattere informativo posti dalla senatrice Bassoli. Credo che quanto appena espresso risponda alla questione del coordinamento delle Regioni sollevato dalla senatrice Bassoli: il coordinamento funziona nella misura in cui la Conferenza Stato-Regioni se ne fa carico. Tutte le linee guida che vengono proposte possiamo sottoporle alla Conferenza Stato-Regioni chiedendo che di queste si facciano carico le Regioni. Ciò, senatrice Bassoli, risponde al suo primo quesito perché è la Costituzione che lo dice.

BASSOLI (PD). Il mio primo punto riguardava il sistema di coordinamento informativo.

FAZIO, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Una cosa è l'informazione, un'altra è il coordinamento che evidentemente necessita di informazione.

Per quanto attiene al coordinamento che necessita di informazione, il decreto ministeriale del 17 dicembre 2008, «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza », pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 9 del 13 gennaio 2009 (di cui, se le interessa, posso lasciarne copia), attiene alla parte informativa di questo aspetto. In questo modo potrà averne conoscenza.

Per quanto attiene ai defibrillatori, un provvedimento è all'esame sia della Camera che del Senato. Lo abbiamo già detto, ma lo ripeto: credo che la presenza sistematica dei defibrillatori in tutte le strutture mobili o fisse nel percorso dell'emergenza-urgenza possa essere degna di attenzione e in una certa misura probabilmente anche opportuna, soprattutto in considerazione dell'oggetto dell'indagine.

A proposito dell'H24, il suo associazionismo si può spiegare in diversi modi. Come Governo abbiamo scelto di non imporre un associazionismo residenziale come quello, per intendersi, delle case della salute, ma di rendere possibile sia l'associazionismo residenziale che quello virtuale, il cosiddetto medico proposto dall'associazione dello SNAMI che si contrappone alla FIMMG che propone il residenziale. Noi lasciamo libere le varie Regioni, associazioni e i vari medici di proporre la forma di associazionismo che ritengono più opportuna per sperimentare le varie forme di associazionismo. In questa fase parliamo di H24 – successivamente passeremo in H12, che pure esiste – per considerare la sperimentazione al fine

di verificare ciò che produrrà i risultati migliori. Può darsi che siano tante le forme di associazionismo che vengono considerate valide. Lo scopo evidentemente è quello della decompressione del pronto soccorso (soprattutto dei codici bianchi e dei codici verdi).

Per quanto attiene al finanziamento, bene ha compreso la senatrice Bassoli in quanto questi 350 milioni di euro non sono solo per le reti e non sono certo destinati all'attività strutturale. Per tale attività sono stati in passato previsti altri finanziamenti (che poi solo in parte si sono utilizzati), e a tale proposito in questa fase noi ci rifacciamo alle decisioni e alle capacità di finanziamento delle Regioni, ferma restando la disponibilità dello Stato ad intervenire con iniziative come quelle previste, come sappiamo, dall'articolo 20.

Per quanto attiene al soccorritore autista, si fa riferimento all'Atto Senato n. 55, di cui è primo firmatario il senatore Tomassini e che è in discussione in questa Commissione.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Fazio per le valutazioni e i dati forniti.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione del presidente del Consiglio universitario nazionale (CUN) Lenzi

PRESIDENTE. Segue l'audizione del presidente del Consiglio universitario nazionale (CUN), professor Andrea Lenzi.

Ringrazio il nostro ospite per la sua partecipazione e gli cedo subito la parola.

LENZI. Signor Presidente, immagino che la mia convocazione a questa audizione in qualità di presidente del Consiglio universitario nazionale sia legata specificamente ai problemi della formazione in questo ambito. Io sfrutterò il fatto che – come detto in precedenza dalla senatrice Bassoli – in questa Commissione siedano tanti medici e che anche il presidente del Consiglio universitario nazionale, cioè chi vi parla, sia un medico. Tra tutte le possibili facoltà universitarie, infatti, il Consiglio universitario nazionale ha ritenuto di nominare presidente un esponente di medicina (con tutti i pregi e i difetti derivanti dall'essere medico). A tale proposito, io sfrutterò anche una seconda funzione da me svolta, quella del coordinamento dei presidenti dei corsi di laurea in medicina. Quindi, conosco abbastanza bene tutto il percorso della formazione medica.

Chiedo scusa anticipatamente se sarò ripetitivo ma, nell'ambito della medicina dell'emergenza e urgenza, prima dell'ultimo capitolo verificatosi in questi giorni relativamente alla scuola di specializzazione di recente istituzione (rispetto alla quale farò poi qualche puntualizzazione), tutta la formazione nella materia della medicina dell'emergenza e urgenza (mi riferisco prevalentemente alla laurea a ciclo unico in medicina e chirurgia) era in precedenza affidata ai sei anni della formazione stessa.

Avendo vissuto, come presidente di un corso di laurea e come coordinatore dei presidenti dei corsi di laurea italiani, le ultime due modifiche tabellari (cioè il decreto ministeriale n. 509 del 1999 e il decreto ministeriale n. 270 del 2004) devo dire che, rispetto a quando eravamo studenti noi, oggi la situazione è decisamente migliorata. Da una decina di anni a questa parte (ricordandovi che il prodotto medico impiega dieci anni ad andare sul mercato e quindi gli effetti delle modifiche tabellari cominceranno ad apparire adesso), il corso di laurea in medicina e chirurgia prevede sin dai primi anni un'introduzione al pronto soccorso: il corso di laurea in medicina e chirurgia dell'università La Sapienza di Roma, da me presieduto, addirittura la prevede già dal primo anno.

Questa situazione si verifica per due ordini di motivi: *in primis*, serve a sottolineare agli studenti che stanno frequentando una facoltà di medicina. Quando noi eravamo studenti di medicina – e coinvolgo in questo mio ricordo anche il presidente Tomassini – noi studiavamo ai primi anni chimica, fisica e biologia ma, prima di comprendere che studiavamo l'essere umano, dovevamo accedere al terzo anno di corso. Tutto sommato, la situazione oggi è fortemente cambiata nel senso che il cosiddetto primo soccorso è insegnato al primo anno durante l'apprendimento della prima metodologia medico-scientifica. Ciò ha anche un altro risvolto positivo, in quanto permette allo studente di entrare nella psicologia di essere medico. Quando ero ancora un giovane studente di medicina, feci un piccolo intervento di pronto soccorso a un coetaneo. Questo fatto mi fece sentire quasi un eroe mentre oggi i giovani studenti in medicina sono addestrati a ciò sin dall'inizio.

Una volta introdotto questo primo spunto sull'attività di primo soccorso, questo insegnamento continua durante tutto il corso di laurea in medicina per finire con il corso specifico di medicina di emergenza ed urgenza, che viene seguito al sesto anno ed è probabilmente, in termini di apprendimento, uno dei più professionalizzanti per lo studente. Infatti, tutti i crediti universitari assegnati alla medicina di emergenza ed urgenza al sesto anno (in genere tra gli otto e i 15 crediti) sono tutti di tipo professionalizzante e ciò significa che lo studente sta in reparto a contatto con il malato.

Questa situazione, soprattutto leggendo notizie pubblicate sui giornali, potrebbe sembrare a qualcuno troppo idilliaca ma in realtà è stata da noi verificata puntualmente. I corsi di laurea in medicina e chirurgia sono gli unici, fra tutti i corsi di laurea esistenti nel sistema universitario italiano, a prevedere un sistema di accreditamento fra pari con *site visits* di accreditamento ogni due o tre anni. Il secondo esercizio di accreditamento, tra l'altro, si è concluso proprio in questi giorni e stiamo per pubblicare il rapporto.

La sola facoltà di medicina e chirurgia a non avere al suo interno un DEA (dipartimento emergenza e accettazione) è l'Università di Napoli Federico II. È risaputo, però, che questa facoltà sorge vicino all'ospedale Cardarelli che prevede tutte le strutture di pronto soccorso anche per gli

ospedali adiacenti e la facoltà di medicina utilizza tali strutture anche per la formazione.

Faccio qui una piccola digressione relativamente alla formazione delle professioni sanitarie, per rilevare che per gli infermieri esistono dei *master* specifici per l'area critica che si tengono a valle del triennio di formazione professionalizzante dell'infermiere stesso. Questi *master* per l'area critica sono piuttosto rinomati, tant'è vero che ne esiste uno in collaborazione con il Ministero degli affari esteri frequentato da studenti provenienti da altri Paesi. Quindi, anche in questo ambito siamo ben posizionati.

Sono d'accordo con quanto diceva prima il sottosegretario Fazio – e anche qualcuno tra voi – relativamente al fatto che il primo soccorso e in generale la rete di pronto soccorso non deve essere costituita solo dall'ospedale. Dobbiamo pertanto addestrare tutti i nostri medici (e non solo quelli che resteranno nelle strutture ospedaliere) a non avere la mentalità che il pronto soccorso sia solo quello ospedaliero. Bisogna travasare questo tipo di mentalità sul territorio e, in questa operazione, sicuramente aiuta l'insegnamento da noi impartito a livello dei corsi di laurea in medicina con la medicina del territorio.

Io ritengo, però, che in qualche maniera anche il personale già esistente sul territorio dovrebbe essere riqualificato con dei corsi specifici. Approfitto dell'occasione per spendere qualche parola su questo argomento perché ritengo che le nostre scuole di medicina generale vadano in generale riqualificate. Non tutte le realtà territoriali regionali, infatti, sono di livello tale da poter formare una tipologia di medici del territorio (o di medicina generale oppure di famiglia che dir si voglia) che siano anche adeguati a svolgere attività di vero primo soccorso.

È vero che il pronto soccorso non è solo ospedale ma anche rete territoriale, ma è anche vero che noi tutti ci auguriamo di incontrare nella rete territoriale un medico dotato della preparazione necessaria per discriminare un codice bianco da un codice verde o da un codice rosso da trasportare immediatamente in ospedale. Sull'argomento dei corsi per la medicina generale prima o poi un ragionamento andrà svolto anche con il Parlamento e, in generale, con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Obiettivamente, già si era intrapreso questo tipo di discorso nelle due passate legislature ma poi si è interrotto.

In qualche maniera, noi dobbiamo entrare nelle scuole di medicina generale per inserire, nell'ambito di questi programmi, dei lodi comuni. Tra questi rientra certamente la medicina di urgenza, del pronto soccorso e del primo soccorso perché non tutte le scuole mediche territoriali producono medici di pari preparazione.

Il medico che ha completato il corso di laurea in medicina e chirurgia sceglie poi varie specializzazioni. Stiamo tentando di mantenere il cosiddetto tronco comune (non so quanti di voi conoscano questa terminologia), cioè una parte di discipline in comune, che dovrebbe rimanere anche all'interno delle scuole di specializzazione. Sono un endocrinologo, ma se

volessi specializzarmi in endocrinologia adesso, dovrei comunque studiare una parte di medicina interna e lavorare circa sei mesi in un pronto soccorso, per ottenere 30 crediti. Questo percorso innovativo ci mette in ottime condizioni per il futuro.

Mi soffermo ora sulla scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza, che abbiamo seguito con molta attenzione. Se non ricordo male, sono sei o addirittura otto anni che abbiamo iniziato a predisporre l'ordinamento di questa scuola di specializzazione, assieme alle altre. Come sapete, ci sono state alcune criticità legate alla radice culturale (medica, chirurgica o anestesiologicala) di questa scuola. Tuttavia, quest'anno, poiché venivano avviate le scuole di specializzazione con un nuovo ordinamento, che le pone al livello europeo, direi all'avanguardia, forzando un po' la mano, è stata inserita anche la scuola di specializzazione di emergenza urgenza.

Devo dire che ho qualche perplessità, perché non sono assolutamente certo che quella dell'urgentista – passatemi il termine – sia una professione per la vita. In parole povere, se mio figlio dovesse frequentare la scuola di specializzazione, non so se gli suggerirei di studiare medicina di emergenza urgenza. È una professione bellissima e interessantissima, ma è molto duro lavorare in pronto soccorso per tutta la vita.

Occorre affrontare il discorso anche da un altro punto di vista, cioè non pensare solo alla formazione o alla popolazione, ma anche alla forza lavoro: dopo che saranno stati preparati i primi 100, 500 o 1.000 specializzati, bisognerà chiudere quella specializzazione, perché ce ne saranno troppi, oppure fare una programmazione ben fatta. Insomma, ritengo che quella professione non possa essere esercitata a vita, perché penso che sia una tra le più usuranti. D'altra parte, non tutti potranno diventare primari di pronto soccorso e quindi si devono immaginare sbocchi multipli anche, come detto, sul territorio.

Mi chiedo quindi se non sarebbe più opportuno considerare questa specializzazione come un *master* post-specialistico, oppure una disciplina da inserire nell'ultimo biennio di qualcuna delle specializzazioni già esistenti. Ma questo è un discorso che attiene al futuro e che deve essere affrontato non solo in Commissione sanità, ma anche in Commissione istruzione. Man mano che procederanno le sperimentazioni formative, si dovranno verificare le possibilità futuribili e le strade che danno migliori risultati, basandosi anche sulle esperienze internazionali.

Questo è il quadro della formazione oggi in Italia. Tenete presente che il prodotto di quello che vi ho detto, poiché – come dicevo prima – sono trascorsi dieci anni dall'ultima riforma del corso di laurea in medicina, avrà il suo riscontro, come medici formati, nei prossimi uno-due anni oppure andrà sul mercato del lavoro sanitario fra quattro o cinque anni, se parliamo di specializzazione.

FOSSON (*UDC-SVP-Aut*). Vorrei soffermarmi sulla questione della scuola di specializzazione in medicina di emergenza e sul numero degli specializzati. Ritengo che ci sia bisogno di incentivare questa specializza-

zione, perché nel nostro Paese abbiamo bisogno di questi medici sulle ambulanze. Altrimenti, a cosa serve avere un pronto soccorso straordinariamente efficiente, se poi il malato, quando vi giunge, è già deceduto? D'altronde, in altri Paesi, ad esempio in Francia, già esiste questa figura professionale tra i medici.

PRESIDENTE. Aggiungo qualche considerazione, ovviamente dopo aver ringraziato il professor Lenzi per le spiegazioni che ci ha dato sugli sviluppi più moderni e recenti a livello formativo.

Proprio in questi giorni, vengono avviati i corsi di specializzazione in medicina di emergenza urgenza e questo, secondo me, è un fatto significativo. Ricordo infatti che questo è un tormentone che continua da quando anch'io frequentavo il corso di laurea in medicina e chirurgia ed è trascorso un bel po' di tempo. Ho avuto la grandissima fortuna di essere subito addetto alla pratica e quindi al mestiere del medico, invece di rimanere solo sui libri: infatti, allora esisteva il cosiddetto medico unico addetto al pronto soccorso e tutti gli assistenti a rotazione dovevano farlo.

Successivamente, sono stati previsti i medici addetti solo al pronto soccorso, ma dopo un po' si è detto che questa era una specialità acefala e che per loro non c'era futuro. E in alcune zone si è tornati al girone infernale: sono state esperienze sconvolgenti, perché succede che in pronto soccorso si trovi la persona meno adatta ad affrontare l'emergenza.

Finalmente, con l'identificazione dei vari livelli di pronto soccorso, si è arrivati a qualificare il pronto soccorso sulla base dell'*équipe* che questo era in grado di fornire. Ma anche questo non risolve tutto, anche perché c'è un po' di riottosità a intervenire in pronto soccorso, in caso di necessità, da parte dei medici delle varie specialità, per cui succede che in prima battuta venga inviato il medico meno esperto e solo dopo quello più esperto. A mio giudizio, invece, l'ordine dei fattori dovrebbe essere invertito: al pronto soccorso si deve dare la migliore delle risposte possibili e quindi ci deve andare chi è molto esperto ed ha visto molta casistica.

Adesso siamo tornati a prevedere una specializzazione in questo campo. Credo che una specialità identificativa finisca per essere necessaria; credo che si possa trovare un percorso di base, anche se è difficile che abbia un'anima, per così dire, per un tempo molto prolungato. Per esempio, anche per la radiodiagnostica o la diagnostica per immagini, all'inizio, c'è un percorso di base generale e poi necessariamente ci si specializza.

Quindi, credo che l'aver scoperto una specialità sia utile. Certamente, uno degli elementi fondamentali è derubricare l'emergenza che arriva al pronto soccorso e che può essere risolta dal medico di medicina generale o comunque nell'ambito di un circuito più semplice, rispetto all'emergenza più complessa, che deve essere affrontata e risolta nell'ospedale. A tale riguardo, uno dei problemi più gravi è che gli ospedali non sono attrezzati per mantenere una disponibilità sufficiente per l'emergenza. Molto spesso, infatti, il reparto di alta specializzazione satura la propria attività con il grande intervento, ad esempio il trapianto, e così

non può offrire ulteriore disponibilità. A quel punto, si devono seguire i percorsi di seconda o terza istanza e di conseguenza accade molto spesso che si verifichi il decesso del malato durante il trasporto.

LENZI. Cercherò di rispondere a tutti i quesiti.

Uno degli obiettivi che abbiamo da tempo è cercare di migliorare la qualità del servizio delle ambulanze e del soccorso territoriale. Ciò vale per i medici di medicina generale, ma è chiaro che allo stesso modo dovrebbero essere riqualificati i medici che stanno sull'ambulanza, i cosiddetti medici del 118.

Devo fare due precisazioni. In primo luogo, una delle tante ipotesi che si erano fatte in alternativa alla scuola di specializzazione era quella di prevedere, per l'emergenza territoriale, percorsi triennali per i medici di medicina generale, con una sorta di biennio comune e poi un anno di qualificazione specifica da un lato per il medico ambulatoriale, il cosiddetto medico di famiglia, dall'altro per il medico dell'ambulanza o di pronto soccorso territoriale. Quindi un percorso ad Y. Inoltre, per tutti i medici già inseriti nel «118», si sarebbe potuto sfruttare questo ultimo anno per far seguire loro un *master*, appunto della durata di un anno, nel quale potessero acquisire la qualificazione necessaria. Quando il problema è stato sottoposto al Consiglio universitario nazionale e ad altri consessi di pari livello, si è richiesta invece una sanatoria, cioè di essere considerati già in possesso della qualifica. Come è stato saggiamente detto, è vero che molti di questi colleghi sono bravissimi, ma probabilmente altri avrebbero bisogno di un ulteriore percorso di apprendimento.

In secondo luogo, vorrei affrontare in questa sede, che è la più idonea da questo punto di vista, la questione dei compiti, degli ambiti e dei termini in cui gli specializzandi in Italia devono e possono lavorare. Si tratta di un problema molto sentito, poiché lo specializzando, fino all'ultimo anno di specializzazione, non può fare nulla, mentre il giorno dopo che si è specializzato può fare tutto. Non esiste una norma che consenta al direttore della scuola di specializzazione di stabilire che al primo anno si studia soltanto; dal secondo al quarto anno si continua a studiare e progressivamente si aumenta l'attività pratica, che diventa poi l'occupazione esclusiva al quinto anno. Questo è il sistema applicato ovunque nel mondo. Chiunque conosce la situazione all'estero, come il senatore Marino, sa che è così dappertutto. Vorrò vedere tutti questi soloni della medicina di emergenza e urgenza cosa faranno fare agli specializzandi, che per cinque anni stanno con le mani dietro la schiena a guardare il collega che mette i punti, l'altro che intuba e l'altro che fa la manovra di defibrillazione.

Se questo problema è importante in endocrinologia, figuriamoci cosa può significare per la medicina di emergenza e urgenza. Quelli di emergenza e urgenza sono gli specializzandi che avranno più bisogno di fare pratica.

A tutti quanti qualche volta sarà capitato di vedere qualcuno dei film americani che ci propinano la sera con bellissimi attori e attrici; ebbene, in

realtà, i reparti funzionano così: sono tutti specializzandi, solo uno è già specialista. Dai personaggi delle serie di quando eravamo piccoli noi agli amici di Clooney della serie televisiva «E.R. Medici in prima linea» sono tutti specializzandi che mettono le mani su un paziente e imparano, seguiti ovviamente dai *tutor*. Da noi questo non esiste.

Nella medicina di emergenza e urgenza – ha detto benissimo il senatore Fosson – credo sia essenziale riqualificare il personale che esiste e preparare i nuovi specialisti che costeranno tanto alla società – produrre uno specializzato non è a costo zero – e che saranno importanti perché andranno a presidiare il primo avamposto in cui – speriamo mai – ognuno di noi potrebbe capitare. Sarebbe bene che questi medici fossero molto preparati e qualificati. Le scuole sicuramente sono ottime; i posti dove andranno a lavorare sono eccellenti perché molti dei pronto soccorso italiani sono di altissima qualità sia per la disponibilità strumentale sia per i maestri che vi operano, però, se la norma non consente di fare nulla in prima persona, arriveranno al giorno prima della specializzazione senza avere fatto l'esperienza necessaria. Intervenire da soli su un paziente in pronto soccorso è ben diverso dall'aver un malato cronico da curare con l'assistenza di qualcuno con maggiore esperienza che ti segue.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Lenzi per il contributo offerto ai nostri lavori e i senatori intervenuti nel dibattito.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,10.

