

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

4.

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 NOVEMBRE 2023

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **UGO CAPPELLACCI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3	<i>Aliquò Angelo, direttore generale dell'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» di Roma e coordinatore del laboratorio tematico «Accesso alle cure» del Forum dei direttori generali di Federsanità</i>	4
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA		<i>Migliore Giovanni, presidente Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO)</i>	3
Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) e di Federsanità-Confederazione Federsanità Anci regionali:		Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) e della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari	
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3, 4, 6		

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Fratelli d'Italia: FdI; Partito Democratico - Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Lega - Salvini Premier: Lega; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Berlusconi Presidente - PPE: FI-PPE; Azione - Italia Viva - Renew Europe: A-IV-RE; Alleanza Verdi e Sinistra: AVS; Noi Moderati (Noi con L'Italia, Coraggio Italia, UDC e Italia al Centro) - MAIE: NM(N-C-U-I)-M; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-+Europa: Misto-+E.

	PAG.		PAG.
di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP):		<i>nicazioni istituzionali della (FNO TSRM e PSTRP)</i>	11
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	6, 9, 11, 13	Monaco Roberto, <i>segretario della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO)</i>	6
Beux Alessandro, <i>componente del Comitato centrale con delega alle relazioni e comu-</i>		Sciretti Massimiliano, <i>consigliere della Federazione (FNOPI)</i>	10

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
UGO CAPPELLACCI

La seduta comincia alle 13.10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante la resocontazione stenografica e la trasmissione attraverso la *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) e di Federsanità-Confederazione Federsanità Anci regionali.

PRESIDENTE. La Commissione prosegue l'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza dei pronto soccorso in Italia. Ricordo che l'odierna audizione sarà svolta consentendo la partecipazione da remoto, in videoconferenza, sia dei deputati che dei soggetti auditi, secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento.

Partecipano all'audizione odierna la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, con il Presidente Giovanni Migliore, e Federsanità-Confederazione Federsanità ANCI regionali, con Angelo Aliquò, direttore generale dell'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione. Ricordo che allo svolgimento di ciascuna relazione, che pregherei di contenere entro i dieci minuti, potranno seguire domande da

parte dei deputati e quindi la replica dei soggetti auditi.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà altresì pubblicata sul sito internet della Camera dei deputati.

Do quindi la parola a Giovanni Migliore, presidente della FIASO. Prego.

GIOVANNI MIGLIORE, *presidente Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO)*. Buongiorno presidente, buongiorno onorevoli. Ringrazio la Commissione per averci invitato a partecipare a questa audizione. Quello dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso è un tema che la Federazione delle aziende sanitarie ospedaliere ha da sempre affrontato, anche perché, come è noto, costituisce uno dei principali problemi che affliggono le nostre aziende sanitarie, impegnate in prima linea per assicurare ai nostri cittadini quello che si aspettano, cioè il miglior risultato possibile, anche attraverso soluzioni che passano da una elevata flessibilità.

Mi permetterò di depositare un documento dopo questa audizione, che sintetizza qual è la posizione della Federazione, che però vorrei brevemente anticipare partendo da una considerazione. È una considerazione legata a due fattori fondamentali: il primo è che la stragrande maggioranza delle aziende italiane si confronta con un patrimonio edilizio che purtroppo penalizza molto l'intervento all'interno delle aree di emergenza. Per cui il primo suggerimento che ci permettiamo di fare è quello di valutare la possibilità di un piano di intervento straordinario che garantisca migliori condizioni logistiche ai pronto soccorso in Italia. Questo ci consentirebbe di minimizzare alcuni effetti, che purtroppo nell'ultimo periodo si ripetono, che sono legati alle aggressioni al personale. La mi-

gliore logistica consentirebbe a tutte le aziende di poter assicurare ai propri professionisti condizioni di lavoro sicuramente meno difficili.

Inoltre, come è noto, il problema principale che affligge le aree di emergenza è la difficoltà di smaltire, in termini di ricoveri, tutti coloro che necessitano di una assistenza seguente l'intervento di emergenza, in particolar modo per ciò che concerne le aree mediche. Andrebbe rivalutata, in termini concreti, la necessità di posti letto da assicurare alle aree di emergenza per poter gestire con meno difficoltà il ricovero successivo all'intervento.

Abbiamo l'esperienza, purtroppo comune, di quanto sia difficile assicurare il *turnover* nei reparti ospedalieri. È assolutamente evidente che la medicina territoriale, l'assistenza domiciliare, tutti gli interventi di riordino del territorio attraverso il decreto ministeriale n. 77 del 2022, gli ospedali di comunità, potranno certamente portare un beneficio a questo fenomeno che affligge le nostre aree di emergenza. Ma questo ovviamente non basta perché noi, negli ultimi anni, abbiamo assistito, per una serie di motivi, a un elevato tasso di dimissioni da parte dei medici che lavorano nelle aree di emergenza. Dobbiamo intervenire su questo, non possiamo permetterci di perdere il capitale umano e non c'è dubbio che l'intervento prioritario dovrà essere quello di trovare delle soluzioni che valorizzino il contributo di questi professionisti. Noi lo vogliamo dire a chiare lettere: è necessario che chi lavora nelle aree di emergenza, e a maggior ragione chi lavora nelle aree di emergenza in territori marginali, sia retribuito di più. Dobbiamo trovare strumenti per far sì che non solo coloro che, ripeto, lavorano nelle aree di emergenza, ma anche coloro che si apprestano a diventare specialisti in emergenza-urgenza, possano trovare una maggiore remunerazione, anche durante il percorso di specializzazione.

Questo in qualche misura contribuirebbe a minimizzare il fenomeno a cui abbiamo assistito, cioè la difficoltà di coprire i posti messi a disposizione per gli specialisti in formazione nell'ultimo anno,

per quanto riguarda la specialità della medicina d'urgenza.

Riteniamo inoltre importante che possa essere istituita la figura del medico unico dell'emergenza, cioè un professionista che metta a sistema tutte le risorse che oggi a vario titolo contribuiscono al percorso dell'emergenza-urgenza, sia all'interno dell'ospedale che fuori dall'ospedale. Teniamo nella dovuta considerazione la continuità assistenziale, ma anche il sistema 118/112, attraverso una riforma, in discussione in Parlamento, che potrebbero beneficiare di una riorganizzazione che mette in stretta relazione quello che accade all'interno delle aree emergenza con quello che è prerogativa dell'emergenza extra ospedaliera.

In sintesi, riguardo al personale, dovrebbe essere a nostro avviso eliminato il tetto di spesa, almeno per quanto riguarda i medici dell'emergenza-urgenza. Noi abbiamo un tetto di spesa complessivo che ormai data 20 anni: è indispensabile trovare delle formule che, pur garantendo l'equilibrio del bilancio, ci consentono di fare delle scelte. Inoltre, è indispensabile intervenire con una legislazione di emergenza per i prossimi 24-36 mesi, per coprire il periodo in cui non riusciamo ad avere specialisti formati, in modo tale da poter utilizzare, nelle aree di emergenza e all'interno di tutte quelle realtà che sono in assoluta difficoltà, anche coloro che non sono specialisti in medicina d'urgenza.

PRESIDENTE. La ringrazio e do la parola ad Angelo Aliquò in rappresentanza di Federsanità. Prego.

ANGELO ALIQUÒ, *direttore generale dell'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani» di Roma e coordinatore del laboratorio tematico «Accesso alle cure» del Forum dei direttori generali di Federsanità.* Grazie per questo invito. Io non posso che sottolineare e condividere le parole già espresse dal dottor Migliore, presidente di FIASO, soprattutto per quelle che sono le criticità di questo periodo e che questa Commissione conosce bene, come si evince dal programma dell'indagine. Il dottor Migliore ha inoltre evidenziato le criti-

cità strutturali di molti ospedali che non consentono un corretto uso dei pronto soccorso. Detto ciò vorrei — se me lo consentite — passare già a quelle che sono le possibili soluzioni, che sono soluzioni a breve termine: quelle che ci consentirebbero di recuperare forza lavoro.

Il dottor Migliore ha fatto cenno all'abolizione dei tetti di spesa, o almeno a una diversa implementazione dei tetti di spesa. Non si può che condividere questa ipotesi, perché di fatto molte aziende sanitarie oggi sono in una condizione particolare: ovvero hanno un tetto di spesa che non consente di assumere personale e per questo motivo non riescono ad attivare i posti letto che avrebbero anche previsto nelle reti ospedaliere, perché non hanno chi li può gestire. A questo si aggiunga ovviamente una carenza straordinaria di medici. Perché, come già detto da chi mi ha preceduto, molti medici ritengono più conveniente per loro andare a lavorare in altri luoghi, in altri Paesi europei e ormai anche extra europei.

Dobbiamo attivare nuove strategie che ci consentano, nel breve termine, di dare una risposta al nostro bisogno. Alcune cose devono, a mio avviso, diventare, se non obbligatorie, uno *standard* normale nelle nostre aziende: l'introduzione, ad esempio, nei pronto soccorso dei modelli che alcune regioni già sperimentano. Ad esempio quello del « *See and treat* », dove si consente, secondo determinati protocolli ben standardizzati, agli infermieri di poter trattare i pazienti e anche dimmetterli a seconda della gravità e dell'adesione al protocollo che è già stato approvato. C'è la necessità di un veloce avvio del numero 116117 per il coordinamento delle cure non urgenti, perché ricordiamoci che gli affollamenti dei pronto soccorso sono dovuti alla carenza di personale, che non consente la velocità nel trattamento, ma anche ad un accesso improprio che ha dimensioni importanti. Quindi l'attivazione del 116117 potrebbe dare una fondamentale risposta a bisogni che non sono da pronto soccorso ma sono di altro tipo. Bisognerebbe però standardizzare l'attivazione dei *fast track*, cioè di

ambulatori dove l'utenza può rivolgersi facilmente.

Un altro argomento importante, se ne è parlato negli anni passati, è la necessità che le aziende implementino i PDTA, i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, che standardizzano i tempi e i modi di gestione dei pazienti nei vari reparti — su determinate patologie — anche quando i pazienti sono ricoverati in altro reparto. Faccio un esempio banalissimo, nel PDTA dell'*ictus* c'è scritto come il paziente deve essere trattato in caso di insorgenza di un *ictus*, ma questo *standard* di percorso deve essere conosciuto e applicato anche quando il paziente non dovesse essere ricoverato in un reparto di neurologia: può arrivare da fuori e non c'è posto, può anche essere soggetto a un *ictus* mentre è ricoverato in un altro reparto. Quindi l'obbligatorietà dei PDTA già darebbe uno *standard* comportamentale importantissimo per la gestione dei pazienti.

Ho già detto della necessità di aprire altri posti letto e l'ha detto anche il dottor Migliore. Anche Federsanità si esprime in questo senso. Perché dobbiamo alleggerire il *boarding* che non riesce ad avere una soluzione in assenza di posti letto, così come è obbligatorio — a nostro avviso — prevedere un controllo centrale a livello delle singole regioni, soprattutto nelle aree metropolitane, un sistema di monitoraggio dell'uso dei posti letto nelle strutture accreditate. Abbiamo tentato più volte in varie regioni di farlo, però poi le strutture accreditate convenzionate spesso tendono a trattare pazienti diciamo « scelti », pazienti elettivi più semplici nella gestione e non aiutano ovviamente l'alleggerimento del *boarding*.

Altro argomento non insignificante ma di grandissimo impatto è l'implementazione dell'utilizzo dell'assistenza domiciliare integrata, che con il PNRR dovrà essere potenziata. Oggi aumentano le criticità e la spesa per le cronicità; dobbiamo assolutamente aiutare le strutture sanitarie, ovviamente con conseguenze positive sui pronto soccorso, con l'assistenza domiciliare che deve essere implementata il più possibile.

Un ulteriore tema è quello della valorizzazione delle abilità non tecniche e comportamentali, ma questo ovviamente è un lavoro che dipende soprattutto dalle direzioni strategiche che devono essere implementate per un migliore lavoro di squadra. Dove ci sono scarse risorse di personale bisogna migliorare il livello organizzativo. Quindi su quello si deve lavorare.

Infine vi sono due argomenti che secondo me dovrebbero essere affrontati e vi chiedo, a nome di Federsanità, di fare delle riflessioni al riguardo. La violenza nei confronti dei sanitari è di fatto ancora un problema irrisolto. Perché non è bastato accendere i riflettori, non è bastato attivare alcune postazioni presso i pronto soccorsi. Quello che vediamo con i nostri occhi — che ho visto personalmente con i miei occhi — è che dopo l'aggressione il personale si demotiva, anche perché constata che l'autore della violenza riceve poco più di un rimprovero e in molti casi viene rilasciato con una denuncia a piede libero; quindi c'è una fortissima sfiducia da parte del personale che è oggetto di questa violenza.

Poi c'è un tema fondamentale; si sente parlare negli ultimi tempi della necessità di una depenalizzazione della colpa dei medici. Ci sono diverse scuole di pensiero, c'è chi dice che è un problema costituzionale: bene, affrontiamolo. Siamo una delle poche nazioni nel mondo che giudica il medico sui giornali, la colpa del medico sui giornali. Credo che questo sia un fortissimo fattore di resistenza all'accesso alla professione medica in una nazione che ha fatto della salute pubblica un elemento significativo. Per difenderla dobbiamo allearci tra istituzioni, cittadini e pazienti, affinché il personale a cui è affidato questo servizio, venga tutelato e non colpevolizzato con eccessiva facilità. Io avrei finito, se ci sono domande ovviamente sono a vostra completa disposizione.

PRESIDENTE. La ringrazio. A questo punto chiedo se vi siano deputati che intendano intervenire. No. Quindi tutto perfettamente chiaro.

Io vi ringrazio ancora una volta per il vostro contributo, vi saluto e dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) e della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP).

PRESIDENTE. Buongiorno. La Commissione prosegue l'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e del pronto soccorso in Italia. Ricordo che anche questa audizione sarà svolta consentendo la partecipazione da remoto, sia ai deputati che ai soggetti auditi, secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento. Partecipano all'audizione la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), con il segretario Roberto Monaco; la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), con il consigliere Massimiliano Sciretti, e la Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP), con Alessandro Beux, componente del Comitato centrale con delega alle relazioni e comunicazioni istituzionali.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione. Ricordo che allo svolgimento di ciascuna relazione, che pregherei di contenere entro i dieci minuti, potranno seguire domande da parte dei deputati e quindi la replica dei soggetti auditi.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione di GeoCamera e sarà altresì pubblicata sul sito internet della Camera dei deputati.

Do quindi la parola a Roberto Monaco della FNOMCeO. Prego.

ROBERTO MONACO, segretario della Federazione nazionale degli Ordini dei medici

chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO). Grazie presidente e illustri componenti della Commissione. Questa Federazione, la FNOMCeO, che è l'ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica e che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici garantiti dall'ordinamento connesso all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza della materia in oggetto, di indagine conoscitiva concernente, in particolare, la situazione medicina dell'emergenza-urgenza e del pronto soccorso in Italia.

La *mission*, iniziando dal pronto soccorso, appare complessa in quanto consiste appunto nel garantire risposte e interventi tempestivi adeguati e ottimali a pazienti che arrivano in ospedale in modo non programmato e affrontando le situazioni di emergenza-urgenza cliniche e assistenziali, attuando tutti i provvedimenti immediati, « salvavita ».

La crisi del pronto soccorso che stiamo vivendo ha radici lontane e concause profonde. Sul pronto soccorso, in quanto interfaccia tra l'ospedale e il territorio, convergono contraddizioni ed effetti sistemici di cui fanno le spese gli utenti e gli operatori in termini di disagi, di *stress*, di sovraccarico di lavoro, di concreto rischio di aggressioni e di contenziosi medico-legali. In pratica, sia i medici che tutti gli altri professionisti della sanità devono fronteggiare quotidianamente una cronica emergenza nell'ambito dell'emergenza sanitaria, dovuta alla posizione di confine del pronto soccorso. Da un lato esso è organicamente inserito nell'organizzazione ospedaliera e dall'altro deve tener testa ad un ambiente turbolento e ingovernabile, connettendosi con la rete sociosanitaria territoriale.

I problemi del pronto soccorso sono l'esito dell'interazione di quattro processi. In primo luogo la chiusura dei piccoli ospedali, di postazioni di pronto soccorso e la riduzione dei posti letto che, per l'effetto dei « vasi comunicanti », produce un sovraccarico per le strutture in attività, peraltro afflitte da carenza di organico per il blocco del *turnover*.

Il secondo punto è l'aumento dei tempi di attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche sul territorio, aggravato dalla pandemia, con conseguente domanda invasiva dall'offerta anche per la carenza di medici sul territorio, a causa di un ricambio generazionale mal gestito e di crisi vocazionale.

La terza questione è la difficoltà del sistema nel suo complesso, e in particolare dell'assistenza primaria, di influenzare le decisioni autonome degli assistiti che si auto presentano in pronto soccorso come « ultima spiaggia », i codici « minori » bianco/verdi che superano il 50 per cento degli accessi totali e sono per il 20 per cento inappropriati.

Il quarto punto, non meno importante, è la continua e costante demedicalizzazione del sistema di emergenza sanitaria territoriale.

Il principale sintomo di questo malessere è il *boarding*, cioè la causa principale di sovraffollamento del pronto soccorso è il blocco dell'uscita, l'impossibilità di ricoverare i pazienti nei reparti degli ospedali per l'indisponibilità di posti letto dopo il completamento della fase di cura in pronto soccorso. A causa del *boarding* i pazienti vengono gestiti in maniera impropria dal personale del pronto soccorso che, tecnicamente, non dovrebbe più averli in carico dopo averne identificato il percorso di soluzione.

In ordine poi alle liste d'attesa, riteniamo necessaria la rimodulazione dell'offerta sanitaria con il potenziamento della medicina territoriale e con l'implementazione del sistema disegnato con il decreto ministeriale n. 77 del 2022, accompagnato da sistemi di telemedicina e di supporto specialistico diagnostico integrato per soddisfare al meglio i bisogni degli assistiti e contrastando soprattutto gli accessi inappropriati e impropri al pronto soccorso. Accanto a questo, comunque, è necessaria una revisione del modello di assistenza ospedaliera oltre che territoriale.

Riteniamo fundamentalmente che nella valutazione dei problemi e delle possibili soluzioni debbano essere coinvolti i medici impegnati nell'emergenza-urgenza, e que-

sto per tre motivi: per una maggiore efficacia sugli interventi; perché le risorse siano impiegate in base alle criticità della domanda sanitaria; per la sostenibilità del sistema riguardo alle condizioni di lavoro degli operatori.

Uno dei principali fattori di criticità è costituito dalla carenza di personale sanitario. Si stima infatti che nel settore dell'emergenza urgenza manchino al momento oltre 4.500 medici e circa 10 mila infermieri a livello nazionale. Conseguentemente, molti pronto soccorso, per fare fronte ai propri compiti quotidiani, ricorrono a soluzioni quali cooperative o « gettonisti », elementi che devono essere oggetto di valutazione in un'ottica di migliore assistenza e clima lavorativo.

In proposito si rileva che dall'elaborazione dell'associazione ALS e Anaaio Giovani dei dati delle effettive immatricolazioni del 18 ottobre 2023 al concorso di specializzazione dell'area medica 2023, la situazione si è ulteriormente aggravata rispetto alle assegnazioni dello scorso 6 ottobre e soprattutto rispetto al concorso del 2022. C'è meno vocazione soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza; il numero dei contratti rimasti liberi è complessivamente di 6.125 su 16.165 contratti banditi. Inoltre il numero di contratti di medicina di emergenza-urgenza non assegnati rappresentano il 76 per cento dei posti sul bando, quindi un peggioramento rispetto al 2022 quando rappresentavano il 61 per cento. Pertanto, tra cinque anni avremo meno di due nuovi specialisti di medicina di emergenza per ogni provincia italiana, uno specialista su 125 mila abitanti.

Un altro elemento critico riguarda il numero delle scuole che non hanno nemmeno uno specializzando assegnato, parliamo di ben 103 scuole, oltre a 127 ulteriori con meno del 25 per cento di specializzandi assegnati. A questi dati corrispondono anche i dati di un'analisi condotta dal CoGe.APS, di cui sono presidente nazionale. Il Consorzio della gestione anagrafica delle professioni sanitarie ha elaborato una stima quantitativa dell'attività svolta dai professionisti iscritti agli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri sulla base della

formazione prevalente. Anche qui, si nota un netto calo dei giovani medici che scelgono alcune specialità considerate più a rischio di denunce o comunque con un peggior rapporto tra gratificazioni e frustrazioni.

Si evidenzia inoltre che secondo il rapporto sanità del CREA dell'Università di Tor Vergata, nel gennaio 2023 nel nostro Paese mancano all'appello 30 mila medici oltre a 250 mila infermieri e a tutte le altre professioni sanitarie. Si rileva quindi che è importante che i cittadini possano accedere a punti di intervento alternativi al pronto soccorso per le urgenze minori, con l'ausilio di punti di primo soccorso del 112/118.

In attesa che le Case della comunità e le Centrali operative territoriali diventino operative, occorre: procedere al potenziamento e all'incentivazione delle risorse mediche e infermieristiche — ognuno per le proprie competenze e peculiarità; perseguire un sistema integrato di emergenza-urgenza evoluta; favorire attraverso gli accordi integrativi aziendali e la medicina di gruppo esercitata su una base ben identificabile e integrata con la presenza di personale infermieristico e di supporto amministrativo; introdurre soluzioni innovative quali il teleconsulto, il telemonitoraggio e così via. Occorre inoltre rendere più attrattivo il sistema sanitario pubblico investendo sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro e contemporaneamente far sentire protetti i medici tutelando nelle controversie temerarie, fermo restando il diritto del cittadino al giusto risarcimento, e riconoscere la qualità di lavoro usurante per l'attività svolta dai professionisti che operano nel pronto soccorso e nell'emergenza sanitaria territoriale, con la previsione di una specifica indennità.

Bisogna impegnarsi anche per evitare un'ospedalizzazione del territorio e quindi lavorare sul territorio con l'attivazione degli ospedali di comunità, con un adeguato numero di posti letto. Appare anche necessario incrementare i posti letto nelle cure intermedie, disporre di meccanismi flessibili di attivazione di posti aggiuntivi per acuti nei momenti di maggiore richiesta,

ristabilire il ruolo dei percorsi diagnostici e terapeutici in regime di *day hospital*.

Inoltre la Federazione, in questa sede, ritiene di ribadire alcuni principi cardine già espressi in passato sull'emergenza sanitaria territoriale-118. Serve un rafforzamento del servizio attraverso l'interazione e la cooperazione sinergica di equipaggi di soccorso, i cui protagonisti sono in tutto il Paese, su base normativa, i medici, gli infermieri e gli autisti soccorritori. Noi pensiamo anche alle centrali con una geolocalizzazione del chiamante, per cercare di rendere appropriato l'intervento. Il volontariato va riconosciuto come valore aggiunto al sistema ed inteso come integrazione e supporto e mai sostitutivo delle strutture aziendali; inoltre la FNOMCeO ritiene indispensabile affermare che il mezzo di soccorso avanzato rappresenta l'ospedale portato nel territorio, con il medico e gli infermieri che lavorano insieme con le loro specifiche competenze. Pertanto si rileva che la nomenclatura è importante per assicurare questo e quindi si deve chiamare avanzato il mezzo di soccorso dove ci sono insieme un medico e un infermiere, mentre si può parlare di mezzo di soccorso medicalizzato, con equipaggio con un medico e soccorritori, di mezzo di soccorso infermieristico, con personale infermieristico e volontari, e di ambulanza BLS (Basic life support and defibrillation) che è quella con i soli volontari formati.

In conclusione, particolare attenzione va riservata al personale del 118 che gestisce l'emergenza urgenza nel territorio. È assolutamente necessario che sui mezzi di soccorso avanzato chiamati a intervenire nei casi ad esempio di malattie tempo dipendenti (quali gli infarti, gli ictus, gli incidenti stradali) il medico dell'emergenza sanitaria territoriale e l'infermiere opportunamente formati oltre all'autista soccorritore, possano lavorare davvero insieme.

Riguardo agli ospedali riteniamo prioritario eliminare il tetto di spesa per il personale, e per questa Federazione occorre quindi un piano straordinario di assunzioni da parte del Ministero della salute che incentivi innanzitutto l'assunzione dei

giovani. Sono necessarie almeno 10 mila assunzioni già nel 2024.

Celerità, efficienza, efficacia: sono queste le caratteristiche che deve avere un buon sistema di emergenza urgenza. Un soccorso con equipaggio sanitario in grado di effettuare in modo pertinente e integrato diagnosi e terapia potenzialmente salvavita e la presenza di un medico a bordo, secondo le evidenze scientifiche, fanno la differenza in tutte le condizioni cliniche di emergenza. Attualmente non sempre e non dappertutto i mezzi di soccorso avanzato portano a bordo la miglior squadra possibile per un'assistenza efficace e tempestiva. Il medico che può fare la diagnosi e prescrivere la terapia, l'infermiere cui compete l'assistenza del malato e l'autista soccorritore per tutto il resto. Tre professionalità che lavorando in sinergia garantiscono la migliore ripresa del paziente riuscendo, in alcuni casi, ad evitare accessi impropri in ospedale perché la terapia inizia e in certi casi si esaurisce direttamente al domicilio del paziente o sul posto, per poi continuare a domicilio.

Oggi, nelle diverse regioni, abbiamo le più variegiate procedure e organizzazioni. L'assistenza deve invece essere uguale da Bolzano alla Sicilia e dal centro alla periferia delle città. In qualunque posto si trovi il paziente deve essere trattato nella miglior maniera e nel minor tempo, per assicurargli una sopravvivenza e qualità della vita. Questo significa concretizzare quella tutela dei diritti alla salute e all'eguaglianza che come Ordine siamo chiamati a garantire. Auspichiamo che si possa procedere a una riforma del sistema di emergenza-urgenza sanitaria del 118 che renda il sistema dei soccorsi sempre più efficace, efficiente e uguale sul territorio nazionale e che valorizzi il ruolo di professionalità. Se serve una mano, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri è pronta a supportare.

Grazie mille della possibilità e dell'attenzione.

PRESIDENTE. Grazie a lei dottor Monaco. Do quindi la parola a Massimiliano Sciretti della FNOPI.

MASSIMILIANO SCIRETTI, *consigliere della Federazione nazionale degli Ordini professioni infermieristiche (FNOPI)*. Grazie. Saluto tutti. Onorevole presidente, con favore abbiamo preso nota del programma dell'indagine allegato all'invito a partecipare alle audizioni. In qualità di ente sussidiario dello Stato la FNOPI vuole contribuire a revisionare il sistema dell'urgenza-emergenza.

Nello specifico la gestione della pandemia ha messo in risalto le carenze del sistema di risposta sanitaria del Paese. Il numero crescente degli anziani, la maggiore longevità e la conseguente maggiore morbilità, hanno determinato nella popolazione generale italiana un aumento del fabbisogno assistenziale. Contestualmente, la riorganizzazione del sistema ospedaliero ha determinato, nella quasi totalità dei casi, una progressiva diminuzione dei posti letto negli ospedali non accompagnata da un'adeguata implementazione delle strutture territoriali, posti di sollievo post-acute e attività di assistenza domiciliare.

Il processo di riordino non può infatti prescindere da una revisione normativa funzionale e organizzativa forte dell'integrazione tra il sistema di emergenza e la rete territoriale al fine di rispondere ai bisogni dei cittadini e per garantire i livelli essenziali di assistenza.

La riforma del sistema di emergenza-urgenza dovrà valorizzare e sistematizzare le innovazioni intercorse negli anni, da quelle professionali a quelle organizzative, anche in alcune realtà regionali, guardare ai riferimenti a orientamenti internazionali ed essere sempre in linea con le evidenze scientifiche e organizzative disponibili e più aggiornate.

A partire dalla realtà nazionale si definiscono le direttrici fondamentali della riforma nel solco di un lungo percorso istruttorio, partecipato e condiviso nel cosiddetto « Manifesto di Firenze per l'area dell'emergenza-urgenza », dell'aprile 2023, a completamento delle risultanze di quanto previsto dal documento noto come « Carta di Riva » del 20 settembre 2021. Da un punto di vista organizzativo si ritiene utile l'istituzione di un Centro nazionale di coordi-

namento volto ad omogeneizzare i sistemi di risposta ai bisogni dei cittadini, favorendo modelli organizzativi orientati all'efficacia e all'efficienza. Tale struttura, inquadrata all'interno del Ministero della salute, avrebbe inoltre funzione di raccordo tra il sistema pre-ospedaliero di emergenza e il sistema ospedaliero di emergenza-urgenza. L'integrazione favorisce lo sviluppo e il mantenimento di competenza dei professionisti che operano all'interno del sistema.

In relazione al fenomeno dell'*overcrowding* è necessario lo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione dell'infermiere di famiglia e di comunità che mira al potenziamento e allo sviluppo della rete socio sanitaria con un'azione che si sviluppi dentro e con le comunità. Risulta pertanto fondamentale agire sugli stili di vita attraverso la prevenzione per evitare episodi acuti su pazienti cronici e le conseguenti ospedalizzazioni.

L'implementazione del numero 116117 porta a un miglioramento del collegamento della risposta ai bisogni — spesso assistenziali — che ad oggi non trovano risposte efficienti nel Servizio sanitario e che ricadono interamente sul sistema di emergenza. Tale collegamento può rivelarsi utile a rendere più efficace la risposta all'utenza e più appropriato l'intervento nell'ambito dell'emergenza.

Sul fenomeno del *boarding* si può agire attraverso l'implementazione di modelli organizzativi al fine di migliorare i percorsi in ingresso quali *See and treat*, percorsi a gestione infermieristica, e *fast track* per codici a bassa e media complessità assistenziale. Inoltre l'avvio di percorsi diagnostici terapeutici su protocolli condivisi ridurrebbero i tempi migliorando di conseguenza l'appropriatezza clinica ed organizzativa. La gestione dei ricoveri richiederebbe un modello gestionale di *bed management* al fine di ottimizzare l'appropriatezza del *setting* assistenziale di ricovero, dei tempi di permanenza in pronto soccorso e la gestione dei posti letto all'interno del presidio ospedaliero aziendale.

Rispetto al fenomeno delle dimissioni difficili, risulta fondamentale un'integra-

zione sociosanitaria ospedale-territorio per la gestione della fragilità mediante lo sviluppo delle centrali operative territoriali previste dal decreto ministeriale n. 77 del 2022.

Il sistema pre-ospedaliero di emergenza, sebbene innovatore e all'avanguardia sin dal 1992, non tiene conto degli ultimi trent'anni degli enormi sviluppi scientifici, tecnologici e professionali. Pertanto da questo punto di vista vi è la necessità di portare a compimento una vera e propria riforma del modello di riferimento nazionale, tale da garantire omogeneità a livello nazionale, a partire dall'implementazione del numero unico per le emergenze 112.

La risposta, in emergenza, ai bisogni dei cittadini richiede diversi livelli di intervento a seconda della situazione e un approccio multiprofessionale. A determinare i diversi livelli di risposta sono soprattutto le competenze che i professionisti esprimono attraverso la specializzazione della singola professione, ma è soprattutto l'integrazione delle stesse competenze nel lavoro del *team* che consente di aumentare la capacità di risposta. Sulla base del livello di complessità di soccorso è necessario differenziare, *in primis*, l'organizzazione del sistema partendo da una risposta di soccorso di base, solo successivamente di mezzo di soccorso avanzato a gestione infermieristica e infine di soccorso con un *team* multidisciplinare.

Nello specifico, il mezzo a gestione infermieristica agisce mediante PDTA, ovvero percorsi diagnostici terapeutici assistenziali ed algoritmi di trattamento validati. Il personale infermieristico che opera nel sistema di emergenza deve acquisire una specifica formazione mediante percorsi universitari post laurea o mediante percorso formativo regionale certificato nelle more dell'istituzione di un corso di laurea magistrale dedicato.

Per concludere, la professione infermieristica con capacità decisionale, autonomia, responsabilità opera nei vari *setting* assistenziali del sistema emergenza-urgenza per rispondere ai bisogni del Paese e dei suoi cittadini in un'ottica multiprofessionale e multidisciplinare.

Quindi, ovviamente, la Federazione è a disposizione per la collaborazione. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Do infine la parola ad Alessandro Beux della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Prego.

ALESSANDRO BEUX, *componente del Comitato centrale con delega alle relazioni e comunicazioni istituzionali della FNO TSRM e PSTRP*. Grazie dell'opportunità, un saluto a lei, Presidente, e ai componenti della Commissione. Un ringraziamento complessivo per l'attenzione che è stata posta a un tema annoso che continua a testimoniare una criticità e alcuni punti di caduta.

Io non mi soffermerò sulla descrizione del fenomeno e delle cause perché il programma di indagine che ci è stato inviato ci pare che lo faccia in modo sufficientemente analitico, e i contributi forniti dai due colleghi che mi hanno preceduto hanno ben integrato questo quadro. Pertanto mi limito ad evidenziare come il « tema pronto soccorso » sia caratterizzato da una complessità tale da far sì che sia necessario affrontarlo con la volontà e la capacità di analisi con la quale mi sembra che si stia procedendo. La sua miglior gestione non può passare attraverso uno o pochi interventi, ma deve ovviamente risultare da una serie di iniziative tra di loro coordinate.

Vengo quindi a questa nostra proposta sulla tematica, in modo particolare riferita a cosa è possibile fare oltre alle lodevoli iniziative che sono state intraprese dal legislatore. Faccio riferimento a ciò che è contenuto nel decreto-legge n. 34 del 2023, che ha previsto degli strumenti per una gestione a breve termine della criticità che interessa soprattutto il personale che opera all'interno dei pronto soccorso ma che, come lo stesso legislatore ha tenuto a precisare, non possono essere considerate iniziative che possono avere efficacia nel medio-lungo periodo, perché sono altre le dimensioni nelle quali bisogna operare, altre le leve sulle quali bisogna intervenire.

All'interno di questo ragionamento, un primo pensiero che riteniamo sia merite-

vole di essere condiviso con voi oggi è la necessità di affrontare la questione da due differenti punti di vista, entrambi molto interessanti: quello dell'offerta e quello della domanda.

Relativamente all'offerta riteniamo che sia importante dichiarare — affinché sia condiviso, assunto da tutti — che quando si parla di emergenza-urgenza non si deve parlare dei soli pronto soccorso ma pensare ad altri presidi territoriali. Faccio alcuni esempi che riteniamo funzionali a questa audizione. Parliamo della regione Emilia Romagna e parliamo dei centri di assistenza e urgenza territoriali che sono definiti come « strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla continuità assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei punti di primo intervento e dei pronto soccorso ». Quindi siamo comunque in una dimensione fisica, ma siamo al di fuori della sola dimensione fisica del pronto soccorso.

Ovviamente tutto ciò richiede un coordinamento tra le diverse strutture e le diverse realtà. Rendendo sempre più capillare questo approccio si arriva al domicilio della stessa persona, perché — così come dimostra la stessa letteratura, e non solo documenti di indirizzo di politica sanitaria — una quota parte dell'attività che viene oggi gestita dai pronto soccorso perché le persone si presentano fisicamente presso quelle strutture, potrebbe essere gestita a domicilio con modalità fisica (quindi con la presenza di uno o più sanitari alla casa della persona) o con un supporto digitale, quindi con tutti i possibili ausili che la tecnologia oggi ci consente.

Proprio facendo riferimento agli ausili mi riallaccio ad una delle cose che sono state richiamate da chi mi ha preceduto: sempre dal lato dell'offerta, occorre potenziare i servizi che sono erogabili attraverso le tecnologie digitali, a partire dagli *smartphone* che sono a disposizione fisica praticamente di ogni cittadino. Quindi questa è una dimensione sulla quale invitiamo a riflettere ed investire in modo particolare.

Si diceva prima del 116117, se ben organizzato: ciò che sta subito dopo la risposta da parte dell'operatore, così come previsto ad esempio dall'Agenzia regionale emergenza-urgenza della regione Lombardia, può consentire una gestione a parità di sicurezza ed efficacia molto efficiente dell'offerta, in funzione della qualità della domanda, con qualcuno indirizzato al pronto soccorso, qualcuno gestito anche a distanza, oppure presso i presidi territoriali o addirittura — come dicevo prima — a domicilio.

Per quanto attiene invece il lato della domanda, quindi dei cittadini che chiedono di essere assistiti in una condizione che loro ipotizzano possa essere gestita dal pronto soccorso, almeno facendo riferimento all'immaginario collettivo, crediamo che sia importante, sul medio-lungo periodo, investire in alfabetizzazione. I nostri cittadini devono essere sempre più supportati affinché, non in termini escludenti rispetto agli operatori sanitari, contribuiscano ad una valutazione sempre più obiettiva dei loro bisogni e quindi una responsabilizzazione nei confronti dell'uso del sistema sanitario compreso il suo comparto per la gestione dell'emergenza-urgenza. Serve anche un potenziamento in termini di alfabetizzazione — in questo caso digitale — delle tecnologie, affinché essi possano riconoscerle come la prima porta di accesso al sistema sanitario, soprattutto quando ritengono di dover essere gestiti con carattere di emergenza-urgenza. È ovvio che dall'altra parte ci deve essere qualcuno che sia in grado — come dicevo prima — di gestire le chiamate graduandole sulla base della loro gravità. Serve poi un'opera di prevenzione affinché una quota parte di coloro che si rivolgono ai servizi di emergenza-urgenza non lo facciano perché il sistema territoriale è stato in grado di gestire preventivamente. Penso soprattutto ai soggetti più fragili, agli anziani, ai cronici o comunque a coloro che, a prescindere dall'età, sono in condizioni che, se gestite in modo più oculato e senza soluzione di continuità nel tempo, potrebbero concorrere al decongestionamento del pronto soccorso.

Faccio un'ultima considerazione, prima di fornire alcuni dati che riteniamo siano significativi. Un elemento che riteniamo importante anche per una migliore gestione dell'emergenza-urgenza e del pronto soccorso è la rilevanza della codifica dei saperi, della possibilità di trasferirli e di inserirli all'interno di algoritmi decisionali che possono modificare i modelli organizzativi, così come veniva detto da chi mi ha preceduto. Questo anche a favore di una piena valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

Quanto ai numeri, nel nostro Paese risultano 20 milioni di accessi l'anno e risultano censite dal Ministero della salute 609 pronto soccorso. Quindi stiamo parlando di ciò che nella prima parte dell'intervento ho suggerito di superare: la struttura fisica di pronto soccorso. Questi numeri potrebbero essere anche ridimensionati se riguardano solo una quota parte di ciò che adesso i pronto soccorso sono chiamati a gestire. Però ci sono dati più interessanti rispetto a questi primi due, che sono noti e servivano solo come accompagnamento. A noi risultano che i più attuali siano quelli relativi al 2022 per le regioni Emilia Romagna e Toscana. Facciamo riferimento alla nuova codifica delle priorità e dei tempi di attesa, quindi quella a cinque colori. Il 10 per cento sono codici bianchi, il 20 per cento si configura come rosso e arancione, quindi quello che dovrebbe essere gestito dal pronto soccorso — tutto il resto dovrebbe essere gestito in altri contesti —, il 70 per cento verde e azzurro. Se si ipotizza, facendo una divisione che si basa su una stima approssimativa, grossolana e probabilmente non perfetta, che il 70 per cento dell'azzurro e del verde possa essere equamente suddiviso 35 e 35, il verde corrisponderebbe al 35 per cento degli accessi che sommato al 10 per

cento di codici bianchi diventa 45 per cento. Il 45 per cento di 20 milioni di accessi è costituito da 9 milioni di accessi. Quindi creando un sistema che consenta di valutare con anticipo rispetto alla valutazione fisica che viene fatta tradizionalmente in pronto soccorso (e ripeto, abbiamo qualche esempio che si sta sviluppando nel Paese, facevo riferimento a quello dell'Agenzia regionale emergenza-urgenza della regione Lombardia) noi avremmo, da una parte, la possibilità di decongestionare il pronto soccorso facendo sì che le risorse organizzative, strutturali, tecnologiche e soprattutto di personale che sono attive al loro interno possano dedicarsi a ciò per cui sono state pensate. Nel contempo avremmo la possibilità di riempire di contenuti e dare soddisfazione a quelle strutture territoriali e domiciliari che potrebbero occuparsi anche di una quota parte, quella che è possibile che loro gestiscano, dell'emergenza-urgenza, in una logica di vera alleanza funzionale tra il contesto ospedaliero, il territorio e il domicilio, anche su una tematica tradizionalmente ascritta alla sola dimensione ospedaliera, che invece ci pare possa essere interessata da una gestione in contesti differenti. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Chiedo se vi siano deputati che intendano intervenire. Non ci sono. Allora ringrazio ancora una volta per la disponibilità e per i preziosi contributi. Auguro a tutti buon lavoro e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.05.

*Licenziato per la stampa
il 13 dicembre 2023*

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



19STC0061070