

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

5.

SEDUTA DI MARTEDÌ 14 NOVEMBRE 2023

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **UGO CAPPELLACCI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3	<i>Maselli Massimiliano, assessore alle politiche sociali e ai servizi della persona della regione Lazio</i>	3, 5
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE DELLA MEDICINA DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEI PRONTO SOCCORSO IN ITALIA		Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG):	
		Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	5, 6, 9
Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome:		Crisarà Domenico Maria, <i>vice segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG)</i>	6
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	3, 5	Marino Francesco, <i>segretario nazionale emergenza della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG)</i>	6, 9
Ciocchetti Luciano (FDI)	5		

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.
Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Società italiana di psichiatria (SIP):		Fracicelli Carlo, <i>componente del Consiglio esecutivo della Società italiana di psichiatria (SIP)</i>	10, 13
Cappellacci Ugo, <i>Presidente</i>	9, 12, 13, 14	Quartini Andrea (M5S)	13

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 Conferenza delle regioni e delle province autonome.

PRESIDENTE. La Commissione prosegue con le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e di 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.

Partecipa all'audizione odierna, in rappresentanza della Conferenza delle regioni delle province autonome di Trento e Bolzano, Massimiliano Maselli, assessore alle politiche sociali e ai servizi della persona della regione Lazio.

Saluto e ringrazio il nostro ospite per aver accolto l'invito della Commissione. Ricordo che allo svolgimento della relazione, che pregherei di contenere entro i dieci minuti, potranno seguire le domande da parte dei deputati e quindi la replica del soggetto audito.

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 all'assessore Massimiliano Maselli, prego.

MASSIMILIANO MASELLI, *assessore alle politiche sociali e ai servizi della persona della regione Lazio*. Buongiorno presidente, buongiorno a tutti gli onorevoli componenti la vostra XII Commissione.

Intervengo, su delega dell'assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna, Raffaele Donini che, a causa di un impegno imprevisto, non può partecipare stamattina a questa importante audizione e mi ha pregato di rappresentarlo.

Vi illustrerei molto rapidamente il documento che abbiamo inviato e che è stato approvato nella seduta del 9 novembre della Conferenza delle regioni. Ricordo che la Commissione salute della Conferenza delle regioni si è riunita molte volte per esaminare il tema della medicina d'urgenza. All'esito di tale lavoro, abbiamo predisposto questo documento che è stato approvato prima nella nostra Commissione salute e poi nella seduta della Conferenza delle regioni.

Nel documento abbiamo anche formulato alcune proposte. So bene che sono tematiche che conoscete meglio di noi, ecco perché vorrei essere molto rapido nella illustrazione di questo documento.

In questo documento rappresentiamo una serie di criticità che conoscete bene.

Prima di tutto, la carenza del personale di tutto il comparto sanitario: 4.500 medici e 10.000 infermieri, le « perdite quotidiane » che noi abbiamo sul sistema del pronto soccorso. Sappiamo che dobbiamo essere molto più attrattivi. Rispetto a questo, nel documento ci sono una serie di

proposte: si chiede una modifica normativa per riconoscere al personale che opera nel pronto soccorso indennità e benefici (ma so che nella legge di bilancio ci sono varie risorse destinate a riconoscere indennità e benefici); la definizione univoca delle piante organiche dei medici e degli infermieri affinché questo possa consentire un recupero della qualità della vita e del benessere organizzativo; la riduzione delle ore settimanali e del numero delle notti ed altre proposte.

Tra le proposte sulle quali non mi voglio dilungare citerei l'utilizzo dei medici con specialità a fini equipollenti nei pronto soccorso (che è un tema che conoscete molto bene) e la possibilità per gli specialisti di medicina di emergenza-urgenza di esercitare la libera professione nelle specialità equipollenti. Si tratta di proposte volte a rendere più attrattivi il pronto soccorso e quindi a cercare di mantenere il personale in servizio, in modo da arginare questa vera e propria « emorragia » di profili professionali.

Per quanto riguarda questo argomento, conoscete l'importanza dell'integrazione del personale medico e di quello infermieristico con il sistema del 118. Ad esempio, nell'ambito dell'università, ci sono varie proposte: noi suggeriamo l'utilizzo degli specializzandi nei pronto soccorso a partire dal terzo anno e non, come stabilisce il cosiddetto « decreto Calabria », a partire dal secondo anno.

Nel documento che abbiamo inviato tutte queste proposte sono dettagliate. Ricordo l'importanza dell'attrattività delle borse di studio in medicina d'urgenza: sapete meglio di noi che, nel 2023, non sono state assegnate ben il 69 per cento delle borse a disposizione.

Al riguardo, formuliamo una serie di proposte: ad esempio, l'iter formativo attualmente in essere sembra connotare ben poco la figura del medico di urgenza. Pertanto, riteniamo utile prevedere una più definita connotazione del programma di studio, che deve essere maggiormente incentrato sulla rotazione nei pronto soccorso, nelle unità di osservazione breve intensiva (OBI) e nelle unità di terapia

subintensiva (TSI), lavorando soprattutto sulle pratiche tipiche della medicina d'urgenza (quali ad esempio l'ecografia e le procedure invasive) e limitando invece le attività ambulatoriali.

Per quanto riguarda il contrasto alle aggressioni fisiche e verbali nei pronto soccorso ci sono alcune proposte. So che molte regioni, rispetto alla legge n. 113 del 2020, che conoscete bene, hanno preso e stanno prendendo provvedimenti (anche la regione Lazio che rappresento). Noi abbiamo sottoscritto un protocollo d'intesa importante con il Ministero dell'interno per presidiare tutti i principali ospedali romani e delle varie province. Chiaramente, si suggerisce di prevedere anche corsi di formazione riservati al personale sanitario per la gestione delle aggressioni, opere edilizie anche minime per mettere in protezione il personale all'ingresso al *triage* dei pronto soccorso e l'installazione di telecamere con sistemi di videoregistrazione.

Per quanto riguarda il tema del *boarding* nei pronto soccorso, collegato al problema degli accessi impropri (che conoscete molto bene) e dei conseguenti ricoveri impropri nei reparti, avanziamo una serie di proposte: ad esempio, per quanto riguarda il PNRR sul piano straordinario, ricordiamo l'importanza della ristrutturazione e della progettazione dei pronto soccorso anche rispetto alle nuove necessità aziendali dei pazienti (sappiamo che un paziente su tre che accede nei PS ha un'età superiore ai settanta anni), il potenziamento e l'attivazione di attività infermieristiche di *bed management* e l'utilizzo dei medici di medicina generale.

Proponiamo l'utilizzo dei medici generali presenti nei pronto soccorso per quanto riguarda i codici minori per attivare dei percorsi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Ci sono nel documento tutta una serie di proposte, ma anche qua evito di elencarle, per quanto riguarda le limitazioni degli accessi impropri nei pronto soccorso.

Sapete anche che ci sono i cosiddetti *frequent users*, ovvero quelle persone che frequentano purtroppo più volte il pronto soccorso e quindi in questo caso — ma lo

sapete bene perché la legge delega n. 33 del 2023 «spinge» molto su questo tema — proponiamo di dare sempre maggiore attenzione all'assistenza territoriale e alla presa in carico.

Quindi si propongono attività di telecontrollo e telemonitoraggio, in modo da intercettare le chiamate ritenute non urgenti dal 118 ed evitare così che l'utente possa afferire spontaneamente al pronto soccorso, orientando invece quel bisogno verso i servizi territoriali e interagendo con gli Ospedali di comunità, così da decongestionare l'accesso al pronto soccorso e conseguentemente l'accesso ai reparti.

Chiudo, ricordando che ci siamo confrontati più volte e alla fine di questi confronti è stato approvato il documento che abbiamo ritenuto di inviarvi.

Nel documento ci sono meglio dettagliate non solo le criticità, che ripeto conosciamo tutti bene, ma ci sono anche alcune proposte. Ne ho elencate solo alcune per rimanere nella tempistica che mi ha giustamente fissato il Presidente. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, assessore Maselli. Vedo che l'onorevole Ciocchetti mi fa segno di voler approfondire alcune tematiche tra le numerose illustrate. Prego.

LUCIANO CIOCCHETTI. Assessore Maselli, la ringrazio per l'audizione e per avere esposto il documento predisposto dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome in merito ad un argomento così importante come l'emergenza-urgenza.

Abbiamo avuto modo di leggere, oltre a quello che lei ha sottolineato, una serie di questioni che sono poste dalla Conferenza e credo che siano cose particolarmente importanti.

Il tema su cui credo dovremmo lavorare insieme, Stato e regioni, è quello della revisione del rapporto tra il 118, cioè il servizio pre-ospedaliero, e i DEA (i dipartimenti di emergenza e accettazione) perché in molti casi noi abbiamo situazioni di non condivisione del percorso e di sinergia dei rapporti.

Quindi forse una valutazione anche da parte vostra in merito al tema del coordi-

namento e del rapporto tra l'attività pre-ospedaliera di emergenza e l'attività ospedaliera, credo che sia particolarmente importante. Come anche il tema del territorio, che avete chiaramente sottoposto e valutato, e quello dei codici bianchi e dei codici verdi che oggettivamente rappresentano circa il 60 per cento degli accessi nei pronto soccorso e che le regioni dovrebbero in qualche modo cercare di governare insieme per capire come poter trovare una diversa organizzazione. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Ciocchetti. C'è qualcun altro che intende intervenire? No. Bene assessore Maselli, mi pare che la interlocuzione dell'onorevole Ciocchetti probabilmente non richieda una risposta, ma se desidera aggiungere qualcosa, le darei la parola.

MASSIMILIANO MASELLI, *assessore alle politiche sociali e ai servizi della persona della regione Lazio.* No grazie Presidente, è molto chiaro e ovviamente condivisibilissimo quello che sosteneva l'onorevole Ciocchetti.

PRESIDENTE. Perfetto, allora la ringrazio molto per il suo contributo e le auguro buon lavoro.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG).

PRESIDENTE. La Commissione prosegue le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

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.

Ricordo che l'odierna audizione sarà svolta consentendo la partecipazione in videoconferenza, sia dei deputati che dei soggetti auditi, secondo le modalità stabilite dalla Giunta per il Regolamento.

Partecipano all'audizione odierna Domenico Maria Crisarà, vice segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG) e Francesco Marino, segretario nazionale dell'emergenza-urgenza della medesima Federazione.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per aver accolto l'invito della Commissione. Ricordo che allo svolgimento della relazione, che pregherei di contenere entro 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 ai rappresentanti della FIMMG, prego.

DOMENICO MARIA CRISARÀ, *vice segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale*. Grazie per l'invito e per poter portare il contributo della Federazione italiana dei medici di medicina generale a questa importante indagine.

È evidente e sotto gli occhi di tutti la crisi profonda che vivono l'emergenza-urgenza e il pronto soccorso. Molto spesso viene indicata tra le cause di questa situazione anche l'« assenza » della medicina generale rispetto ai problemi del sovraffollamento nei pronto soccorso. Tale situazione è reale, ma non è un'assenza « voluta », bensì dipende da una situazione organizzativa della medicina territoriale che ancora è molto indietro, in termini di strutture e anche di personale e di interventi. Tant'è che gli ultimi dati dell'OCSE hanno dimostrato che siamo il terzo Paese al mondo per diminuzione dei ricoveri impropri per quanto riguarda le patologie croniche e i rientri in ospedale per broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete e scompensi cardiaci.

Oltre a questa premessa, c'è anche l'analisi che facciamo del malessere vissuto dai colleghi del pronto soccorso e dei colleghi dell'emergenza-urgenza, che si trovano a « combattere » una battaglia quasi impossibile, non solo per la carenza di

personale - che è fondamentale - ma anche per le motivazioni che portano a questa carenza di personale e per l'organizzazione.

A nostro avviso uno dei motivi per cui il pronto soccorso sono sempre più affollati e ritardano i tempi, che così diventano lunghe attese, non è soltanto una conseguenza dell'« eccesso dell'accesso » (mi scusi il « bisticcio » di parole) ma dipende anche dalla capacità del post intervento del pronto soccorso.

Quindi è importante poter destinare i pazienti che vengono ricoverati in posti letto di reparto, in base alle loro esigenze, e anche garantire le dimissioni verso strutture territoriali a minore intensità assistenziale, ad esempio verso gli ospedali di comunità o con il collocamento nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), così da ridurre l'attesa dei pazienti nei pronto soccorso; infatti, molto spesso l'attesa si prolunga non tanto per una questione di tipo assistenziale quanto per il problema del collocamento.

Ciò determina nell'ambito della professione, una sorta di frustrazione e il conseguente aumento delle violenze dentro il sistema dell'emergenza-urgenza.

Inoltre occorre rimarcare anche la questione economica e in termini di carriera che rende sempre più « lontana » la professione medica da quelle che sono le aree dell'urgenza e dell'emergenza, cosa che sta succedendo anche per la medicina generale. Lascerei ora la parola al dottor Marino che è il segretario nazionale del nostro settore dell'emergenza-urgenza.

PRESIDENTE. Prego dottor Marino.

FRANCESCO MARINO, *segretario nazionale emergenza-urgenza della Federazione italiana medici di medicina generale*.

Grazie presidente per averci dato questa opportunità, saluto tutti i componenti della Commissione.

Fatta la premessa del dottor Crisarà, che ha dato un'idea un po' più generale di quello che è il territorio, io, essendo il segretario del settore dell'emergenza-urgenza, mi occupo più specificamente dell'emergenza territoriale.

Noi siamo molto preoccupati per il malessere che sta vivendo il settore dell'emergenza inteso in senso largo, sia esso ospedaliero che territoriale. Vorrei partire da un dato oggettivo, ovvero la mancanza di vocazione che sta interessando i medici e gli infermieri nei confronti del servizio di emergenza territoriale. Allo stato attuale secondo dati, a nostro avviso sottostimati, mancherebbero all'appello circa 4.500 medici e addirittura 10.000 infermieri negli organici della sola emergenza ospedaliera. Dati appunto sottostimati, visto che alcune società scientifiche del settore dell'emergenza-urgenza parlano di dimissioni di circa 100 medici al mese che lasciano il servizio pubblico.

Per quanto riguarda la possibilità di accesso alla carriera ospedaliera, i dati diffusi dal Ministero dell'università e della ricerca riportano una situazione drammatica per quanto riguarda le richieste di accesso alle scuole di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza e di anestesia-rianimazione.

Per quanto riguarda la medicina di emergenza-urgenza, una disamina dei due anni precedenti (cioè per il 2021 e il 2022) mostra che, su 1.884 borse programmate, gli abbandoni e le non assegnazioni sono state 1.144, ossia circa il 61 per cento rispetto alle disponibilità. È andata un po' meglio, in quei due anni, per anestesia e rianimazione, dove c'è stata una mancata utilizzazione di circa il 22 per cento.

Quest'anno secondo noi c'è stata una vera e propria *débâcle* per quanto riguarda i posti assegnati perché per la medicina di emergenza-urgenza sono stati assegnati solo 266 posti in prima assegnazione su 855, ossia sono stati assegnati il 31 per cento dei posti; e per anestesia-rianimazione ne sono stati assegnati meno del 50 per cento. Questi numeri renderanno non più sostenibile il sistema dell'emergenza ospedaliera e, di conseguenza, lo stesso vale per il sistema dell'emergenza territoriale.

Quali sono i correttivi? Secondo noi bisogna iniziare a pensare ad una diversificazione di carriera, perché abbiamo visto che gli incrementi economici non bastano a rendere più attrattivo il ruolo. Prima di

tutto per l'elevato *burnout*, per gli enormi carichi di lavoro e, non ultimo, per i rischi per l'incolumità personale. Questa situazione secondo noi è peggiorata sempre di più. L'emergenza territoriale, che è un settore vitale e di raccordo tra territorio e ospedale, soffre una crisi ancora più drammatica. Fornisco alcuni numeri: al 1° gennaio del 2022 sono stati censiti dalla SISAC — che è l'organo che governa i medici convenzionati sul territorio — 2.684 medici convenzionati e circa (i dati sono sempre approssimativi perché non riusciamo ad avere un quadro preciso dei medici che ci lavorano) 600 medici dipendenti, la maggior parte dei quali sono medici transitati dalla convenzione alla dipendenza dalle possibilità date dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

Anche questi dati sono sovrastimati perché molti hanno lasciato il servizio di emergenza territoriale per approdare ad altri servizi, anch'essi carenti, della rete ospedaliera. In organico dovrebbero esserci 6.000 medici, siano essi convenzionati o dipendenti. Perché se noi consideriamo un mezzo di soccorso avanzato, e per mezzo di soccorso avanzato intendiamo un mezzo che preveda a bordo tutte e tre le figure dell'emergenza (cioè il medico, l'infermiere e l'autista soccorritore) ogni 60 mila abitanti, facendo dei conti in base ai residenti nella nostra Italia, vedremo che c'è una necessità di circa 6.000 medici.

Questi numeri non possono essere derogati perché il sistema dell'emergenza è vincolato innanzitutto dai tempi di intervento che sono molto rigidi. Sono tempi di intervento previsti dal legislatore: cioè bisogna intervenire in 8 minuti dalla chiamata nella cinta urbana e 20 minuti in ambito extraurbano. Nel 2019 i medici convenzionati sono scesi sotto i 3.000 e l'aver affrontato l'emergenza del Covid ha determinato un ulteriore abbandono, perché al 1° gennaio 2022 i medici (che erano circa 3 mila nel 2019) sono scesi a 2.684 medici, secondo il dato preciso fornito dalla SISAC): un abbandono del 10 per cento. Anche in questo caso determinato dall'enorme carico di lavoro, perché se noi andiamo ad analizzare le ore lavorate in

senso assoluto, esse sono diminuite perché sono diminuiti i medici, ma sono in realtà aumentate per ogni medico. Infatti siamo passati dalle otto ore in più in media per ogni medico nel 2019, a circa venti ore mensili in più nel 2021. Questo incremento deriva secondo noi dal fatto che durante l'emergenza Covid occorre dire che i medici convenzionati, che hanno operato sul territorio e che non si sono mai tirati indietro durante la pandemia, non sono stati interessati dai ristori previsti per i medici dell'emergenza ospedaliera, eppure facevamo lo stesso lavoro. Anzi, eravamo quelli che spesso — insieme con i colleghi della medicina generale — assistevano sul territorio (contrariamente a quello che si diceva) e in attesa di affidare alle cure degli ospedali i pazienti, sia all'interno delle ambulanze che negli ambulatori o a domicilio.

Un ulteriore motivo di abbandono è derivato dall'esperienza di lavorare fianco a fianco con i colleghi delle USCA che venivano valorizzati in modo differente rispetto ai medici dell'emergenza: infatti mentre i primi operavano sull'emergenza Covid, noi operavamo sia sull'emergenza Covid sia sulla normale emergenza in base al compito che avevamo. Quest'anno, secondo i dati dei nostri iscritti (sono dati provvisori) addirittura l'abbandono interesserà il 20 per cento della forza lavoro.

Vi faccio un esempio, perché è la situazione che conosco meglio. Nella mia regione, la Puglia, l'organico dei medici si è dimezzato in questi ultimi 4 anni passando da una presenza prevista di 535 medici a soli 300 medici in servizio, e questo *trend* è destinato ancora ad aumentare.

Per quanto riguarda gli infermieri, la situazione non è decisamente migliore, tant'è vero che spesso le postazioni che dovrebbero essere medicalizzate, nella migliore delle ipotesi, quando manca il medico, hanno l'infermiere a bordo. Ma spesso e volentieri le postazioni medicalizzate, per carenza di medici ed infermieri, hanno a volte soltanto il soccorritore e l'autista.

Questa diminuzione non è assolutamente determinata dallo stato giuridico perché, in base al decreto-legge n. 34 del marzo 2023, convertito dalla legge n. 56 del 2023,

i medici convenzionati avevano la possibilità di poter partecipare ai concorsi per dirigente medico, purché avessero assolto il compito di un certo numero di ore in attività negli anni precedenti.

Se fosse stata determinata dal passaggio al regime di lavoro dipendente una maggiore attrattività del settore, avremmo visto un « esodo » dei medici convenzionati. Così non è stato, perché i dati in nostro possesso parlano di una preferenza solo del 5 per cento dei medici convenzionati. Per cui il passaggio al regime di lavoro dipendente — previsto oltretutto da varie proposte di legge presentate nei due rami del Parlamento (sia alla Camera che al Senato) — non è assolutamente la soluzione del problema.

Occorre assolutamente pensare all'integrazione funzionale del sistema dell'emergenza territoriale con i dipartimenti dell'emergenza-urgenza e accettazione, mantenendo però, secondo noi, ben distinti gli organici. Stabilendo dei collegamenti del sistema informatizzato 118 con i sistemi ospedalieri, per una gestione più agevole e per avere dati, attraverso il fascicolo sanitario, a bordo dei mezzi di soccorso.

Occorre assolutamente pensare all'istituzione di punti di pronto intervento per arginare il libero afflusso nei pronto soccorso delle urgenze minori — urgenze che potrebbero essere risolte sul territorio — e i punti di primo intervento potrebbero (è solo un esempio) essere allocati all'interno delle Case di comunità, per permettere la gestione delle emergenze minori nell'arco delle 24 ore.

Non occorrono organizzazioni elefantache per gestire il sistema dell'emergenza territoriale: occorre avere un'organizzazione più snella e « calata » sul territorio quale può essere, ad esempio, un dipartimento su base provinciale o interprovinciale.

Recentemente, durante l'audizione della FNOMCeO presso questa Commissione, si è affermato che sul mezzo di soccorso avanzato devono essere presenti il medico e l'infermiere che operano insieme, con le loro specifiche competenze, e l'autista soccorritore. Sul territorio ci devono essere

mezzi di soccorso avanzato con medico e infermiere, come dicevo prima...

PRESIDENTE. Mi scusi, dottor Marino se la interrompo. Le chiederei di avviarsi alla conclusione perché ha superato il tempo a disposizione.

FRANCESCO MARINO, *segretario nazionale emergenza-urgenza della Federazione italiana medici di medicina generale*. Mi avvio alla conclusione, signor Presidente.

Quindi, stavo parlando di mezzi di soccorso medicalizzato, di mezzi di soccorso con infermiere a bordo e le ambulanze per interventi BLSD.

Secondo noi la soluzione non è l'eliminazione del medico convenzionato, anzi occorre incrementare il convenzionamento dei medici sul territorio. Occorre assolutamente, e su questo siamo d'accordo, rivedere le modalità formative di accesso e pensare a una maggiore tutela previdenziale e assicurativa, così da rendere attrattivo il ruolo. Occorre incrementare appunto la qualità di vita degli operatori e sancire il principio che sul mezzo di soccorso avanzato, soprattutto nelle richieste per patologie « tempo dipendenti » (per « tempo dipendenti » intendo ad esempio l'infarto del miocardio), ci devono essere tutti i professionisti dell'emergenza, ovvero medico e infermiere. In effetti, secondo queste evidenze, la presenza del medico a bordo determina una diagnosi differenziale precoce — data appunto dalla valutazione obiettiva sul paziente — per impostare una terapia medica precoce ed appropriata, e la sua presenza assume un insostituibile ruolo « salvavita », ad esempio nell'arresto cardiaco.

L'auspicio di questo sindacato è che l'assistenza sia la più omogenea possibile su tutto il territorio nazionale, così che il residente nelle varie parti d'Italia o sull'isola abbia la migliore assistenza possibile senza discriminazione per il luogo in cui vive o in cui si trova anche temporaneamente.

Il paziente deve avere un trattamento adeguato nel minor tempo possibile per

garantire in seguito una qualità di vita migliore. La riforma del sistema dell'emergenza-urgenza 118 deve essere mirata a rendere i soccorsi sempre più efficaci, uguali su tutto il territorio nazionale e i professionisti devono essere utilizzati al meglio, ciascuno per il proprio ruolo.

Essendo portavoce di innumerevoli colleghi, affinché questa audizione non venga catalogata come una semplice « lamentela », concludo dando la disponibilità a trovare soluzioni concrete per il benessere e la tutela prima di tutto dei cittadini utenti, che è il nostro fine ultimo, e poi delle persone che operano nel settore dell'emergenza. Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie a voi per i contributi. Chiedo se vi siano deputati che intendono intervenire. Nessun deputato. Dichiaro conclusa l'audizione rinnovando i ringraziamenti e gli auguri di buon lavoro agli auditi.

Audizione, in videoconferenza, di rappresentanti della Società italiana di psichiatria (SIP).

PRESIDENTE. Prosegue l'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

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. Ricordo che l'odierna audizione sarà svolta consentendo la partecipazione, in videoconferenza, sia dei deputati che dei soggetti auditi secondo le modalità stabilite dalla Giunta per Regolamento.

Partecipa all'audizione odierna Carlo Fraticelli, componente del Consiglio esecutivo della Società italiana di psichiatria.

Saluto e ringrazio il nostro ospite per aver accolto l'invito della Commissione, ricordo che allo svolgimento della relazione, che pregherei di contenere entro massimo dieci minuti, potranno seguire domande da parte dei deputati e quindi la replica del soggetto audito.

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 Carlo Fraticelli. Prego dottore.

CARLO FRATICELLI, *componente del Consiglio esecutivo della Società italiana di psichiatria (SIP)*. Grazie, buongiorno. Ringrazio la Commissione per questa audizione, io sono uno psichiatra e membro — come detto — dell'esecutivo della Società italiana di psichiatria.

La tematica è per noi di grande importanza, l'organizzazione dei pronto soccorso italiani è in continua evoluzione sotto la pressione di forze esterne (invecchiamento della popolazione, fragilità della medicina territoriale ed altre) ed interne (in particolare depauperamento delle risorse e difficoltà nel reclutamento del personale) che ha creato la riorganizzazione dei processi di cura.

Le urgenze psichiatriche rappresentano una realtà significativa per l'attività del pronto soccorso e questo sia in termini di numerosità che di gravosità.

Sto dicendo che vi è un *link* significativo tra le attività dei pronto soccorso e le attività dei servizi di salute mentale, sempre evidenti quotidianamente. Basti dire che durante l'emergenza COVID-19 se gli accessi per i PS si sono ridotti al 17 per cento, questo è accaduto anche per noi, attestandoci su di un 15 per cento.

Il ricorso ai Dipartimenti DEA per disturbi psichiatrici, dopo il rallentamento che era legato all'epidemia di COVID-19, ha ripreso a crescere dal 2021, come evidenziato dal Rapporto salute mentale del Ministero della salute relativo all'anno 2022. I numeri, inoltre, aumentano molto rispetto ai dati ministeriali se consideriamo la concomitanza di una condizione psichiatrica in utenti che giungono all'osservazione in pronto soccorso per altri motivi. Questo certamente contribuisce ad aumentare la pressione sul sistema ospedaliero, richiamando ancora una volta la necessità di una costante attenzione ai modelli di risposta clinico-organizzativi. Attualmente, vi è evidentemente un forte ripensamento sull'or-

ganizzazione funzionale dei DEA, volto soprattutto a risolvere problemi di efficienza e di sovraffollamento, e questo lavoro di rimodellamento deve tener conto dell'importanza dei contatti strutturati tra i *team* dei pronto soccorso e i professionisti — noi — della salute mentale.

Quello che è il nostro obiettivo comune è, direi, proprio la gestione appropriata di situazioni critiche in contesti particolarmente difficili. Si tratta di richieste estremamente impegnative, condizioni patologiche spesso tempo-dipendenti, ad alta complessità e rischio clinico, che peraltro stanno interessando sempre più soggetti in età evolutiva e in età avanzata.

C'è da sottolineare che solo in parte gli accessi e le richieste di valutazione sono relativi a disturbi mentali in senso stretto. Intendo dire che le urgenze effettivamente rappresentate da uno scompenso psichiatrico non costituiscono la maggior parte delle richieste di consulenze e molti dei sintomi psichici che accompagnano patologie di origine medica generale, sono in realtà conseguenti, collegati a criticità socio-ambientali, comportamenti antisociali e gestione della cronicità. Ecco, questa evidenza ci fa dire che non è possibile e non è percorribile la possibilità di *fast track*, cioè di accessi diretti, come può accadere per altre aree di interesse medico chirurgico, per il nostro paziente, per il paziente psichiatrico in situazioni di urgenza, in quanto potenziale causa di errori o di gravi sottovalutazioni diagnostiche.

La domanda e il carico assistenziale connesso quindi, vengono a gravare in prima battuta e in maniera rilevante sul personale che lavora attivamente nei pronto soccorso, cioè sui medici di emergenza e sugli specialisti psichiatri che sono chiamati a fronteggiare situazioni multi-problematiche e gravose.

Ci teniamo a sottolineare, come vi sia un progressivo incremento di richieste di valutazione legate a patologie psichiatriche anche nei pronto soccorso pediatrici. Specie nella fascia di età compresa tra 12-17 anni, si evidenzia un incremento legato a tutta una serie di comportamenti autoeterodiretti: aggressività, utilizzo di so-

stanze, alcol, stati di agitazione. È diventato, il pronto soccorso, una vera e propria porta di accesso ai sistemi di cura e questo è un fenomeno non soltanto nazionale ma segnalato anche a livello internazionale.

Il sottodimensionamento del numero di letti di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza — si pensi che in molte regioni non è presente nessun posto letto di ricovero ordinario per i ragazzi con disturbi neuro psichici in età evolutiva — si traduce nell'inadeguatezza della risposta, come ben evidenziato dal ricorso diffuso, per i minorenni, ai luoghi di degenza psichiatrici che sarebbero destinati alle persone adulte, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, in acronimo gli SPDC.

I dati del 2018 ci dicono che il 20 per cento (quindi quasi 44 mila minori) di tutti i minori che necessitavano di ricovero per motivazioni neuropsichiatriche e psichiatriche in particolare, sono stati ricoverati negli SPDC.

La mancanza nei pronto soccorso di procedure integrate e condivise e di spazi appropriati ai bisogni crescenti e multipli, concorrono all'insufficienza delle risposte. Quindi se vogliamo fare buona pratica clinica, percorsi qualificati per situazioni che richiedono tempestività e appropriatezza, specificità per età e disturbo, multiprofessionalità — tutto quello che evidentemente c'è in campo — bisognerà anche qui immaginare spazi e percorsi fortemente pensati e dedicati.

Alla luce dei cambiamenti (che ho cercato di descrivere) nei servizi per le urgenze, anche il ruolo dei sanitari merita una riflessione approfondita proprio per offrire interventi di migliore qualità e specificità, e questo a tutela sia dei pazienti e degli operatori. La consapevolezza della presenza, in ambito di pronto soccorso, di quote crescenti di persone con problematiche psichiatriche in fase critica e comportamentale è oggi un patrimonio sia della medicina d'urgenza che della psichiatria, che è alla ricerca di risposte cliniche più puntuali e sicure.

Quindi, occorre necessariamente attivare forme strutturate di collaborazione fra i personali delle due aree e produrre in

maniera molto più diffusa, rispetto a quanto accade attualmente, procedure locali e condivise (psichiatria-pronto soccorso) per buone qualità di cura.

Qual è l'area della psichiatria che interagisce con il pronto soccorso? Certamente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura che sono in parte inseriti nei dipartimenti di salute mentale ricompresi nella rete che garantisce continuità e integrazione degli interventi per la salute mentale, e sono collocati all'interno degli ospedali generali.

Ora, mentre concordiamo come società scientifica con le indicazioni di Agenas (mi riferisco all'intesa sancita nel dicembre del 2022 sulla dotazione e la determinazione del fabbisogno di personale per i servizi psichiatrici di diagnosi e cura), siamo perplessi rispetto all'indicazione che la stessa Agenzia pone di almeno un SPDC ogni 300 mila abitanti. Perché se questo venisse attuato, si tradurrebbe in una riduzione a 200 SPDC su tutto il territorio nazionale, con una riduzione complessiva di posti letto ed andrebbe a gravare ulteriormente su un processo di depotenziamento e di riduzione dei posti letto già in atto.

Si pensi che nel 2022 sono 323 gli SPDC per 3.897 posti letto: l'anno precedente erano superiori come numerosità. Posti nei presidi di primo e di secondo livello, i servizi di psichiatria e i colleghi psichiatri attivi in ambito ospedaliero, oltre a gestire le fasi di malattia in fase di degenza, forniscono attività di consulenza e di intervento presso il pronto soccorso. Di qui la necessità assoluta di pensare a un potenziamento delle dotazioni (medici, infermieri ma anche *équipe* multi-professionali) per poter orientare azioni verso le altre aree dell'ospedale che migliorino complessivamente la qualità delle risposte.

C'è da sottolineare sicuramente, l'assoluta necessità di ripensare ai percorsi e ai *team* che sono impegnati, ma certamente va rivolta anche un'attenzione particolare alla presenza di spazi e locali dedicati alla gestione in area DEA di relazioni comportamentali e psichiatriche, cosa che non si è sin qui realizzata o non si realizza in maniera piena. Questo per potenziare la

possibilità di consulenza e di attivazione comune.

Un elemento che vogliamo sottolineare è anche la necessità di potenziare la possibilità di consulenze clinico-tossicologiche e delle metodologie analitiche per l'analisi quali-quantitativa di supporto all'intervento diagnostico, per la gestione e il monitoraggio delle situazioni di intossicazione da nuove e vecchie sostanze, che stanno molto incidendo sui pronto soccorso e sulle possibilità di risposte. E quindi un accento va posto anche sull'aggravamento dei fenomeni di *boarding*, che sono sicuramente uno dei primi problemi che i servizi di pronto soccorso devono fronteggiare, con un richiamo alla necessità di snellire i percorsi e anche, da parte di tutte le strutture, di poter collaborare.

I dati di accesso ufficiali in pronto soccorso di soggetti con abuso di sostanze appaiono certamente sottostimati e risentono del riferimento alla diagnosi principale (mi riferisco al *report* del Ministero della salute) a fronte di situazioni critiche complesse sempre in crescita.

Anche questo richiederebbe una profonda possibilità di organizzare risposte strutturate da parte di Psichiatria, da parte di DEA ma anche certamente da parte delle dipendenze. Quindi nuove necessità e nuovi cambiamenti organizzativi.

Lo scenario attuale, anche qui, deve prevedere la presenza necessaria di documenti di consenso locali multidisciplinari e poi a livello nazionale inter-societari, che garantiscono la possibilità di migliori esiti, tenendo conto che la peculiarità del lavoro di pronto soccorso è caratterizzato proprio dalla interdisciplinarietà.

Vorrei concludere questo mio intervento sottolineando che anche i pazienti lamentano, nella prospettiva di accesso alle cure, delle difficoltà. Quindi alle difficoltà lamentate dal personale di assistenza si aggiunge, lo constatiamo, una insoddisfazione diffusa espressa dai soggetti che accedono al pronto soccorso in situazioni di crisi. Questo a causa di tempi di attesa prolungati, risposte non sempre soddisfacenti, ambienti sovraffollati e caotici che certamente non aiutano la possibilità di risposte importanti e ap-

proprie, stigma verso le problematiche e le persone in difficoltà psichiatrica e/o con disturbi comportamentali associati o meno ad assunzione di sostanze.

Quindi sinteticamente, alcuni punti che credo vadano attenzionati e implementati: certamente una attività di integrazione, sul piano procedurale e delle prassi, dei servizi psichiatrici ospedalieri con i pronto soccorso; un collegamento tra l'area dell'emergenza-urgenza territoriale e le strutture dei dipartimenti di salute mentale; la costruzione di percorsi differenziati basati sulle evidenze, per fasce di utenza e per patologia; il miglioramento della risposta al bisogno di valutazione intervento e di appropriatezza, non solo per l'età evolutiva, ma anche per i quadri psico-geriatrici, le condizioni di *addiction* (cioè di assunzione di sostanze), la disabilità intellettiva.

Ancora: occorre prevedere il rafforzamento delle strutture intraospedaliere, SPDC in particolare, fornendo dotazioni che siano appropriate alla complessità richiesta dall'attualità; la possibilità di una consulenza clinico tossicologica di metodologie analitiche più puntuali; l'implementazione della sicurezza clinico ambientale; dotazioni adeguate di *équipe* (e questo l'ho già sottolineato); certamente non possiamo dimenticare anche la necessità di una formazione continua, interdisciplinare e intra-disciplinare, condivisa, che ci consenta di migliorare i climi di lavoro, gestione degli agiti aggressivi che rappresenta una problematica significativa, orientamento alla progressiva riduzione del ricorso per gestire le situazioni più critiche alla contenzione meccanica nei diversi *setting*, sviluppo della telemedicina e, infine — concludo — impegno delle direzioni sanitarie aziendali a garantire formazione e procedure, adeguamento strutturale, organizzazione per una gestione appropriata proprio delle emergenze psichiatriche che spesso sono delle emergenze comportamentali che rappresentano una grande sfida.

Spero di essere stato nei tempi e sono disponibile, evidentemente, per ogni necessaria richiesta.

PRESIDENTE. La ringrazio e chiedo se vi siano deputati che intendano intervenire.

Onorevole Quartini, prego.

ANDREA QUARTINI, *intervento da remoto*. La ringrazio per questa relazione che, direi, è decisamente esaustiva sotto diversi aspetti. In particolare, quello della dotazione di personale, e della capacità del sistema di interagire in maniera interdisciplinare, in particolare la capacità di identificare canali distinti.

Ha parlato opportunamente di formazione, che mi sembra poi l'elemento fondante soprattutto nel contesto della prevenzione dello stesso *burnout* rispetto agli operatori. Quindi da questo punto di vista il tutto è assolutamente condivisibile.

Volevo porre semplicemente una domanda: sappiamo benissimo, almeno nella letteratura scientifica, che possiamo ridurre fino al 70 per cento il contenzioso medico-legale attraverso una buona capacità di comunicare. Questo è un dato che è presente in letteratura.

Allora la domanda che pongo, soprattutto rispetto al discorso della formazione, è la seguente: come possiamo implementare la capacità del sistema rispetto a una formazione alla comunicazione efficace, all'approccio, anche motivazionale, rispetto all'utenza che arriva e che spesso è un'utenza particolarmente sotto *stress*?

Nel contesto del pronto soccorso lei ha rammentato le crisi psichiatriche, oppure geriatriche, oppure quelle clinico-tossicologiche, che generalmente richiedono più ascolto che interventi medici veri e propri. Quindi vuol dire avere personale dedicato, ma avere anche personale formato alla comunicazione, capace di non avere stigmatizzazioni nei confronti di questi quadri clinici e capace di essere adeguato proprio nella parte di *triage* e di ascolto.

Quello che noto è che, probabilmente, la parte di formazione infermieristica è più evoluta riguardo alla capacità di accoglienza da questo punto di vista, rispetto alla classe medica. Tendenzialmente è così: nel corso di medicina ancora oggi non c'è una vera e propria formazione alla comunicazione motivazionale e alla capacità di sviluppare questa abilità, che poi è una abilità che sostanzialmente non potrà mai essere sostituita dall'intelligenza artificiale.

Quindi, probabilmente, gran parte delle attività mediche potranno contare sull'intelligenza artificiale, ma sicuramente non sulla capacità empatica e di ascolto, la capacità di « toccarsi ».

Quindi mi chiedo perché non prevedere, già nei corsi di studio, una formazione specifica alla « comunicazione terapeutica »? La chiamo così giusto per dargli un nome, potrebbe essere definita anche come « colloquio motivazionale » o « psico-educativo », ma sarebbe molto utile avere la capacità di farlo, sia nel corso degli studi di medicina, sia nel corso di studi delle professioni sanitarie tutte, sia poi come Educazione continua in medicina (ECM) vera e propria, rispetto a questi temi.

Una volta — ho una certa età e sono medico anch'io — si parlava di Gruppi Balint anche per prevenire il *burnout* e per fare comunicazione e così mettere in discussione i nostri vissuti anche da un punto di vista clinico. Oggi è un po' desueto parlare di queste cose, però io credo che in realtà — anche in relazione all'avvento dell'intelligenza artificiale in medicina — occorre almeno specializzarsi bene su questo, e così avremmo anche molte meno aggressioni nei pronto soccorso.

PRESIDENTE. Prego dottor Fraticelli.

CARLO FRATICELLI, *componente del Consiglio esecutivo della Società italiana di psichiatria (SIP)*. Condivido perfettamente la necessità di una capacità di tipo relazionale nella gestione dei conflitti. Oggi facciamo corsi di *de-escalation* perché le tematiche dell'aggressività, in tutti i *setting* e non soltanto in area di pronto soccorso, sono diventate una problematica che è giunta all'attenzione ma rimane parte integrante dell'attività di tipo sanitario, delle attività di cura, la cura per l'appunto alla relazione.

Intanto la capacità di fare *de-escalation* quando la situazione si è fatta più pesante, ma certamente la capacità di non creare situazioni di *escalation*. Quindi, concordo sull'assoluta necessità di una preparazione già nelle aree di formazione medica e infermieristica ma di tutte le preparazioni,

perché poi questo concede la possibilità di avere luoghi di cura e « climi di cura » sicuramente più produttivi.

Lei ha fatto riferimento giustamente al *burnout*. Oggi la situazione è molto difficile. Ad esempio, prima parlavo di necessità di fare formazione continua fianco a fianco noi con i colleghi di pronto soccorso, ma è molto difficile addirittura partecipare per la presenza di turni incredibili, continuativi, con tempi di vita che si confondono col lavoro, difficili da consentire, banalmente, la partecipazione a momenti di formazione.

Sa quante volte abbiamo organizzato momenti di formazione sulla « gestione », fra virgolette, dell'aggressività con le strutture di *risk management*? Ma prevedere e favorire la partecipazione dei colleghi di pronto soccorso e, in generale, dei servizi in questo momento è stato molto difficile.

Occorre ricreare dei luoghi dove la parola e la relazione siano fondamentali e dove sia possibile spendere delle competenze, ma oggi è molto difficile visto (come tutti sapete) l'impovertimento dei sistemi di cura. Ho fatto riferimento alla riduzione dei numeri di SPDC: i servizi stanno chiudendo, banalmente, perché non riusciamo a tenerli aperti.

Certamente la necessità di un'attività di formazione presso il pronto soccorso da parte delle figure mediche, ma non solo, spesso trova un ostacolo perché all'interno

dei servizi ospedalieri ci sono uno o due medici che devono curare le relazioni con i pazienti, i familiari... Insomma, lei, onorevole Quartini, è un collega e quindi capisce bene quello che dico.

Sottolineo anche l'assoluta necessità di una formazione già in fase pre-diploma universitario, perché spesso le persone che si trovano più in difficoltà e devono fronteggiare situazioni difficili sono le più giovani, i neo assunti. Quindi occorre prevedere tutta una serie di « attenzioni » all'inserimento nei luoghi di cura.

Purtroppo il *mood* oggi mi fa dire che bisogna ricostruire una situazione di fiducia nei sistemi, non da parte dell'utenza, ma anche da parte degli operatori. Il dato quest'anno incredibile è che non tutti i posti di specialità in psichiatria sono andati ricoperti è un indicatore significativo della necessità di « ricucire » le situazioni che devono prevedere quello che lei giustamente proponeva.

PRESIDENTE. La ringrazio. Non c'è nessun altro intervento. Allora grazie per il prezioso contributo, dichiaro conclusa l'audizione e auguro buon lavoro a tutti.

La seduta termina alle 14.10.

*Licenziato per la stampa
il 21 dicembre 2023*

PAGINA BIANCA



19STC0066990