

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

Doc. XXII-bis

n. 3

Allegato 1

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA

**SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
NONCHÈ SULLE CAUSE DELL'INCENDIO SVILUPPATOSI TRA IL 15
E IL 16 DICEMBRE 2001 NEL COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO**

Istituita con deliberazione dell'8 maggio 2002

RELAZIONE CONCLUSIVA

**DELL'INCHIESTA SUL SISTEMA DI EMERGENZA-
URGENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Relatore sen. Monica BETTONI BRANDANI

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 28 del 6 aprile 2005

RELAZIONE CONCLUSIVA DELL'INCHIESTA SUL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE *

L'importanza dei servizi di emergenza è ormai un dato acquisito nella letteratura internazionale e l'efficacia e l'efficienza di tali servizi sono indicatori di rilievo della qualità dell'organizzazione sanitaria. Il concetto di emergenza-urgenza in medicina è legato a due condizioni: l'esistenza o (la previsione a breve termine) di un pericolo di vita e la possibilità di scongiurarlo con provvedimenti tempestivi e adeguati.

Valga a titolo esemplificativo dell'impatto sulla vita dei cittadini del sistema integrato di emergenza, in termini di minore mortalità e di prognosi a distanza, la necessità di garantire un intervento tempestivo, e altresì medicamente adeguato, fra la diagnosi di infarto miocardico (fatta al letto del paziente o dove questo si trovi) e la sua locazione direttamente in sala angioplastica.

L'esempio di per sé non esaurisce la complessità di compiti e situazioni che il «118», come è ormai consuetudine chiamare il sistema integrato di emergenza nell'opinione pubblica, deve fronteggiare, tuttavia è sufficiente ad evidenziare, nonché correttamente enfatizzare, quanta parte della credibilità delle istituzioni sia spesa su questa delicata ed essenziale area dei servizi resi al cittadino.

Negli ultimi anni si è assistito ad una radicale trasformazione dei servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta «puntuale» di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio «sistema emergenza», che vede i diversi elementi componenti (pronto soccorso, Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione – DEA – centrali operative del servizio «118», forze del volontariato) tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune. Tale obiettivo si identifica con l'offerta di prestazioni sanitarie in grado di garantire, in ambiti geografici vasti ed articolati, l'omogeneità, la continuità e la progressività degli interventi assistenziali prestati in situazioni di emergenza/urgenza.

* Per i riferimenti normativi, modello di analisi, analisi dei dati si rimanda alla pubblicazione «Analisi del sistema sanitario integrato di emergenza» prodotto dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio sanitario nazionale e dal Centro interdipartimentale di programmazione ed economia sanitaria dell'Università degli Studi di L'Aquila, edizione 2004, Senato della Repubblica.

Da tutto ciò l'interesse della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale a fare il punto sul funzionamento di tale sistema nell'ambito del territorio nazionale.

Nell'ultimo decennio, da un punto di vista giuridico è stato fatto molto per definire ed omogeneizzare il sistema di emergenza in Italia, ma, dopo oltre 12 anni, occorre chiedersi se il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, sia stato sviluppato sul territorio in modo uniforme e sia stato pienamente attuato.

L'indagine campionaria svolta ha cercato di precisare quantitativamente lo stato di realizzazione e di funzionamento del sistema integrato di emergenza, esplicitandone le dimensioni operative secondo la normativa che ne ha sancito l'istituzione e le modalità attuative: il citato D.P.R. 27 marzo 1992, recante l'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza. Tale scelta ha garantito la selezione di precise aree di interesse tematico coerenti con gli obiettivi del legislatore.

Attraverso l'indagine effettuata sulle 30 UUSSLL dell'intero territorio del Paese si è tentato di verificare lo sviluppo e l'organizzazione del sistema in oggetto, indagando sull'efficienza e l'efficacia delle componenti attraverso le quali il settore dell'emergenza possa configurarsi come sistema integrato:

1. La Centrale Operativa
2. Il Pronto Soccorso Territoriale
3. Il Pronto Soccorso Ospedaliero
4. Il Dipartimento di Emergenza di I e di II livello.

La sola risposta sanitaria effettuata a livello territoriale, pur risultando fondamentale ai fini della riuscita di un intervento, non è di per sé in grado di garantire risultati positivi se non si inserisce in un quadro più complesso di interventi dove cooperano più competenze e servizi sanitari.

Il sistema di emergenza deve quindi fondarsi su un insieme di uomini e tecnologie in grado di intervenire, attraverso il coordinamento delle risorse, nelle situazioni in cui vi sia un rischio per la salute del cittadino, in grado di garantire «la giusta assistenza per il giusto paziente, nel giusto ospedale e nel tempo giusto».

In questo scenario caratterizzato da un livello di complessità gestionale estremamente elevato e da esigenze operative spesso indifferibili, gioca un ruolo fondamentale la capacità e la possibilità di collegamento ed integrazione informativa tra le diverse componenti del sistema.

Nella definizione di una rete di emergenza non si può prescindere dalla disponibilità di condizioni di sicurezza per operatori e pazienti, dalla professionalità degli operatori, dalla continuità clinica e non ultima dalla disponibilità di un sistema di verifica.

È necessario sottolineare come l'intero sistema debba ruotare intorno alla centralità del paziente. Il percorso da disegnare nell'ambito dell'emergenza sanitaria deve garantire al cittadino una risposta appropriata, efficace ed omogenea su tutto il territorio. Il cittadino deve essere messo nelle

condizioni di superare quelle difficoltà che percepisce come criticità che possono identificarsi come fattori di rischio per la riuscita dell'intervento, quali la comunicazione con gli operatori addetti, nella centrale operativa, alla ricezione delle telefonate, i tempi d'arrivo dei mezzi, l'eterogeneità degli operatori sia per estrazione e provenienza sia per preparazione tecnica e culturale, il livello di formazione dei soccorritori, la presenza del medico.

A livello di UUSSLL, livello in cui è stata effettuata l'indagine, si può pensare che le scelte strategiche delle aziende debbano essere finalizzate a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, a ridurre i tempi di attesa ed eliminare i ricoveri inutili, facendo forza sulla capacità di poter individuare percorsi differenziati per codici di gravità, sulla disponibilità di metodiche di trasferimento, nonché sul potenziamento dell'informatizzazione.

Attraverso lo sforzo compiuto dagli anni '60 ad oggi, si è arrivati ad un sistema dell'emergenza che in pochi anni è stato attivato capillarmente sul territorio, con una crescita molto rapida rispetto ad altri servizi sanitari; tuttavia, si è cercato di verificare se la rapidità di diffusione del servizio possa aver penalizzato l'uniformità del sistema sul territorio.

Dall'indagine è emersa un'immagine del sistema emergenza, efficiente a livello operativo per quegli aspetti organizzativi che possono ricondursi alla base del sistema, ma si è altresì messo in luce, in linea con quanto già denunciato da esperti del settore relativamente al sistema regionale, a livello disaggregato (UUSSLL), lo scostamento del sistema attuale, fondato su di un unico modello organizzativo, finalizzato a garantire l'eguaglianza nell'accessibilità a prestazioni appropriate ed efficaci.

Così come evidenziato a livello nazionale e regionale anche a livello aziendale si ha l'impressione che ognuno abbia ideato un proprio sistema di emergenza con percorsi formativi ed organizzativi diversi. L'organizzazione locale, ferma restando la propria autonomia decisionale, si presenta disomogenea e difforme sia tra le aree geografiche considerate sia all'interno delle stesse.

L'informatizzazione della centrale operativa deve soddisfare tutti i requisiti che la normativa e le aspettative dell'utenza impongono, deve quindi supportare gli operatori nella identificazione più precisa possibile della gravità dell'incidente soccorso, della scelta fra le risorse disponibili (sia uomini che mezzi) più idonee da impiegare, deve indirizzare i mezzi di soccorso, prima sul luogo dell'evento e poi verso la struttura di accoglienza più idonea.

La mancata disponibilità di sistemi di collegamento e/o radiocollegamento, la carenza, soprattutto al Sud di sistemi informativi, alla base dei processi di integrazione, oltre che dei processi di valutazione della qualità dei servizi erogati, la variabilità riscontrata, sia a livello della medicalizzazione, delle postazioni, dei mezzi di intervento e del personale utilizzato, tra le aree geografiche dell'Italia ed all'interno delle stesse, non indicano uno sviluppo omogeneo del sistema «118» nel Paese, non garantiscono la capacità del sistema di definirsi con un proprio «stile», come avviene in altri Paesi occidentali. Il collegamento con la rete regionale, con

tutti i soggetti dell'emergenza sanitaria e protezione civile risulta non essere attivo in 4 UUSSLL: una nell'area Nord (Varese), due nel Sud (Lagonegro e Putignano) e una nel Centro (Pistoia); addirittura il 29% delle UUSSLL rispondenti, non dispone di un sistema di comunicazione radio (Casale Monferrato per il Nord, Pistoia per il Centro, Lagonegro, Napoli 2, Vibo Valentia, Rossano e Putignano per il Sud).

Appare di rilievo positivo il fatto che su 25 UUSSLL campionate, 21 di queste dispongano di collegamento con l'eliambulanza. Dai dati resi pubblici al Convegno Nazionale CUMI AISS è emerso che, a livello nazionale, le uniche regioni a non avere il servizio di elisoccorso sono l'Umbria, la Sardegna e il Molise.

Tutti i pronto soccorso ospedalieri delle UUSSLL campionate e rispondenti, sembrano rispettare in modo adeguato le attività richieste per l'intervento di urgenza e per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali di vario tipo come previsto dalle linee guida del 1996. Alcuni aspetti critici riguardano le capacità di collegamento sia dal punto di vista tecnico organizzativo sia dal punto di vista delle professionalità in campo. Dall'analisi effettuata, appaiono ben rappresentate 4 UUSSLL distribuite uniformemente nel Paese (Vibo Valentia per il Sud, Oristano per le Isole, Pistoia per il Centro e Bolzano per il Nord), caratterizzate dal mancato sviluppo delle strutture adibite alle attività di pronto soccorso e rianimazione, e dalla mancanza di collegamenti di tipo strutturale, professionale ed informativo per la gestione delle emergenze.

In tutte le aree geografiche, i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) sono affetti da problemi di natura strutturale; addirittura in alcuni di essi non si dispone di aree per l'osservazione breve (Oristano per le Isole, Roma G per il Centro, Savonese per il Nord, e Vibo Valentia per il Sud). Presso il 30% circa, delle UUSSLL rispondenti, distribuite in tutte le aree geografiche del Paese, non si dispone di letti per la degenza breve anche per assistenza intensiva. Presso il 24% delle UUSSLL, precisamente presso i DEA, non si seguono specifiche linee guida per il trattamento delle patologie di maggiore impegno (Chiavarese per il Nord, Napoli 2 e Vibo Valentia per il Sud, Caltanissetta ed Oristano per le Isole).

I problemi legati alla disponibilità di collegamenti con le centrali operative o con altre strutture, di protocolli di collaborazione tra specialisti, di linee guida per il trattamento di patologie di maggiore impegno, prevalentemente diffusi al Centro, al Sud e presso le Isole, disegnano in modo preoccupante il livello di integrazione territoriale fra il servizio «118» e le strutture operanti sul territorio, volta ad affrontare il problema del «sovraffollamento» del pronto soccorso.

La mancata disponibilità dei sistemi informativi che si ricollega alla mancata disponibilità di dati confrontabili, ben evidente dall'indagine, tende a mettere in risalto l'altro aspetto poco sviluppato nell'ambito dell'emergenza, che pure era stato indicato tra quelli fondamentali perché si potesse parlare di «sistema integrato di emergenza»: l'aspetto delle verifiche comportamentali e gestionali. Emerge quindi la mancanza della cultura basata sull'elaborazione dei dati, della sua importanza, delle sue

finalità: il 33% delle UUSSLL rispondenti ha dichiarato di non avere attivato programmi di autocontrollo di gestione e miglioramento continuo della qualità (Foligno, Macerata, Roma G e Viterbo per il Centro, Pescara e Vibo Valentia per il Sud, Oristano per le Isole). Tale mancanza di verifiche certamente non favorisce la crescita del sistema all'interno delle UUSSLL e sicuramente contribuisce al rallentamento del processo di omogeneizzazione.

Alla luce di quanto esposto, si rende necessaria una riflessione per la messa a punto di un adeguato intervento mirato ad indurre gradualmente il sistema «118» verso un processo di standardizzazione e di unificazione, in ragione dell'impegno economico che esige, in funzione dell'esigenza di una regolamentazione che avvicini il Paese all'uniformità europea, soprattutto per garantire ad ogni cittadino in qualunque parte del territorio, la stessa possibilità di accesso a cure tempestive ed appropriate.

Sicuramente ad oggi si è riusciti a superare il concetto di emergenza legato esclusivamente al concetto di ospedalizzazione, nel tentativo di ridurre problemi di sovraffollamento dei pronto soccorso ospedalieri attraverso il ricorso ad una centrale operativa che analizza la problematica presentata, la gravità della stessa ed invia il mezzo più idoneo per affrontarla. Il funzionamento di un tale sistema, nato proprio attraverso il passaggio per codici di gravità, deve essere indubbiamente legato ad una logica di gruppo, ad un linguaggio comune, all'utilizzo di linee guida di metodi e procedure, ad una attività di formazione volta a garantire la professionalità richiesta nell'ambito dell'emergenza/urgenza, a qualsiasi livello, in ogni area geografica del Paese.

Anche in questo caso si propone la *vexata quaestio* della formazione intesa come processo, soprattutto in considerazione delle risorse che esige.

Le differenze rilevate ad ogni livello dell'indagine, tra le aree geografiche, in generale ribadiscono l'immagine della sofferenza del servizio sanitario ben nota in alcune aree del Paese. I problemi evidenziati si riferiscono ad un aspetto della sanità che vuole essere affrontato come sistema unico; come tale esso deve caratterizzarsi con una organizzazione in grado di garantire che una stessa soluzione data al problema assistenziale non sia equa per un soggetto ed iniqua per un altro in forza delle diverse situazioni personali, cliniche e socioeconomiche in cui essi vivono, o addirittura in forza dell'area geografica in cui il problema deve essere affrontato.

Il quadro complessivo è quello di un territorio che sebbene esprima realtà di eccellenza ed una complessiva crescita di sensibilità, di competenze gestionali e specialistiche, si muove in «disordine sparso» rispetto ai modelli organizzativi, alla creazione di sistemi informativi e, in modo davvero critico, rispetto alla costruzione di protocolli di comunicazione fra le realtà coinvolte nel sistema integrato di emergenza.

Le suggestioni, non emotivamente compromesse, ed i suggerimenti che quanto detto evoca, sono fondamentali nel cogliere le attuali dinamiche di sviluppo che, talvolta, sembrano seguire più la logica interna dello sviluppo tecnologico e culturale del tempo attuale. Tale constatazione non esime comunque dalla responsabilità di garantire una lettura dei processi

utile a canalizzarne le energie e che permetta di essere, se non padroni, almeno attori nel definirne gli obiettivi, evitando che questi ultimi si impongano in forza di qualche oscuro determinismo.

Traducendo tale riflessione nello specifico non si può non constatare che il processo di regionalizzazione, ispirato almeno in ambito sanitario da motivi contabili, non ha ancora prodotto, nei settori esaminati, l'omogeneità di sviluppo normativamente auspicata.

Le autonomie sono preziose perché portatrici di giuste attenzioni alle realtà locali, tuttavia, in questo vincolo, che si può definire di scala, esse incontrano il proprio limite di orizzonte.

Delegare, decentrare, non sono attività assimilabili ad una panacea organizzativa buona per tutte le situazioni, come sembra testimoniato dalla riflessione svolta.

Quest'ultima, invece, orienta verso un sensibile livello di attenzione e di un ponderato indirizzo generale.

Osservazioni conclusive.

Un'indagine mirata a dare valutazioni sull'efficienza, ma soprattutto sull'efficacia e sull'appropriatezza delle risposte date da parte del sistema emergenza-urgenza nei confronti del cittadino, avrebbe necessità, ai fini di una più puntuale definizione, di un'analisi prospettica.

Ciò soprattutto per permettere che le risposte date ai fini della valutazione degli indicatori, soprattutto di quelli correlati alla qualità dell'esito, siano, da parte dei vari servizi (pronto soccorso, DEA, centrale operativa «118») puntuali, omogenee e confrontabili.

Potrebbe essere questo un compito da assumere da parte dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali al fine di valutare se siano necessari ulteriori interventi e/o indicazioni, nell'obiettivo di migliorare la qualità delle risposte del sistema a fronte di un impiego considerevole di risorse finanziarie.

La Commissione inoltre richiama l'attenzione sulla necessità di implementare il servizio di elisoccorso in tutte le Regioni nell'ambito della razionalizzazione della rete ospedaliera. Infatti la disponibilità di un elicottero di soccorso è importante per raggiungere, con una *equipe* specializzata, aree disagiate, specialmente montane, prive di presidi di soccorso in cui i mezzi medicalizzati impiegano troppo tempo per raggiungere il luogo dell'evento e per la possibilità di ricoverare il paziente critico nell'ospedale più idoneo per il suo trattamento.

