

PRESENTAZIONE

Luigi Principato

La medicina di emergenza è un fertile terreno di analisi delle moderne dinamiche giuridiche della sanità pubblica e privata.

In essa, infatti, le articolazioni della struttura organizzativa si confrontano con il difficile bilanciamento fra esigenze di contenimento della spesa pubblica ed obbligo costituzionale di tutela della salute ed, al contempo, fra funzione di cura ed autodeterminazione del paziente, in specie sotto la lente della responsabilità.

Un quadro complesso che impone al giurista un'analisi interdisciplinare in grado di intercettarne le linee di tendenza, nell'ambito dei principi organizzativi fondamentali.

La rivista "Diritto e salute. Rivista di sanità e responsabilità medica", pertanto, ha inteso promuovere una giornata di studi sui temi della medicina d'emergenza. Ciò, in occasione della morte del prof. Giancarlo Berni, figura centrale della sanità toscana, che ha intrapreso un profondo rinnovamento strutturale proprio del dipartimento dell'emergenza – urgenza dell'Ospedale di Careggi, da lui diretto sino al 2006.

Nella erogazione delle prestazioni sanitarie in condizioni di emergenza ed urgenza, la qualità della tutela dei diritti degli utenti è funzione di diversi fattori. Vediamone alcuni, senza pretesa di esaustività.

Il primo è la forma della struttura organizzativa. Si consideri in primo luogo il progressivo sviluppo *aziendalistico* del Sistema sanitario, di cui è traccia evidente la obbligatoria vocazione dell'Azienda Sanitaria Locale al contenimento dei costi ed all'agire con metodo economico, che ne offusca la natura di ente preposto all'esercizio di un pubblico servizio e ne enfatizza un incerto carattere, latamente imprenditoriale. In secondo luogo, il difficile equilibrio fra esigenze di bilancio e protezione della salute, specie sul piano dei livelli essenziali di assistenza. Da ultimo, le incertezze sul piano del trattamento giuridico-economico del per-

sonale dipendente e parasubordinato (in rapporto di convenzione), segnato da profonde discriminazioni di dubbia legittimità costituzionale.

Il secondo fattore è il riparto di competenza fra Stato e regioni. L'ambigua e, per certo versi, carente riforma del Titolo V della Costituzione ha aperto la strada ad una geometria variabile nella tutela della salute, funzione del decentramento regionale e connotata da una spiccata asimmetria di garanzia e protezione.

Il terzo è il sistema della responsabilità, civile e penale.

Si trascura spesso di considerare che nella Sanità pubblica, l'attività medica è pubblico servizio e, pertanto, la relativa responsabilità non può che essere declinata in armonia con l'art. 28 Cost.

Più in generale, s'impone un'attenta riflessione sui tentativi legislativi di organizzare la responsabilità civile del medico – sospesa fra contratto e torto – e sulle soluzioni pretorie predicate con riguardo al contatto sociale ed agli obblighi di protezione, che si affiancano a quelli di prestazione.

Allo stesso modo, nell'ambito della responsabilità penale, l'analisi si appunta sui criteri d'imputazione e sulla posizione di garanzia, sui quali reagiscono le condizioni emergenziali in cui viene resa la prestazione sanitaria.

Il tema della responsabilità, del resto, è inevitabilmente cartina di tornasole del rapporto fra autonomia del medico, autodeterminazione del paziente e spesa pubblica, anche alla luce dei rischi della c.d. medicina difensiva.

Si tratta solo di alcuni fra i molti profili d'interesse che si colgono nella medicina d'emergenza, rispetto ai quali i saggi di questo volume si propongono di offrire alcuni spunti di riflessione.

INTRODUZIONE

Giuseppe Morbidelli

La iniziativa congressuale della neonata *Rivista di sanità e responsabilità medica* dedicata alla medicina di emergenza ha sicuramente il pregio della novità e della originalità. Per quanto le strutture sanitarie dedicate a fronteggiare l'emergenza abbiano – come è sin troppo evidente – un ruolo fondamentale, anzi essenziale, e per quanto l'emergenza per definizione richieda una disciplina giuridica peculiare, non risultano trattazioni specifiche e tantomeno organiche del tema. Di contro, argomenti ed istituti che sono invero oggetto ripetuto di studi, come la responsabilità civile, penale e amministrativa degli operatori sanitari, i livelli essenziali delle prestazioni, il consenso informato, la gestione del rischio clinico, l'organizzazione delle aziende sanitarie, il riparto di competenze tra Stato e Regioni, i rapporti tra sanità pubblica e sanità privata, la formazione del personale sanitario, non possono non essere declinati in maniera diversa di fronte allo stato di emergenza e dunque di imminente pericolo per il diritto costituzionale alla tutela della salute. Sotto il profilo della normativa, vi sono solo regole organizzative: in particolare l'art. 7 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 stabilisce che “il servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extra-ospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero più appropriato”, precisando che “l'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato con le attività di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuità assistenziale”, mentre l'art. 36 stesso d.p.c.m. contempla l'attività di “pronto soccorso” tra le aree di assistenza ospedaliera e il successivo art. 37 ne stabilisce competenze e strutture di base: “nell'ambito dell'attività di Pronto soccorso, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'esecuzione degli interventi dia-

gnostico terapeutici di urgenza, i primi accertamenti diagnostici, clinici strumentali e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché, quando necessario, il trasporto assistito. Nelle unità operative di pronto soccorso è assicurata la funzione di triage che sulla base delle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo determina la priorità di accesso al percorso diagnostico terapeutico. E altresì assicurata all'interno del PS/DEA la funzione di Osservazione breve intensiva (OBI) al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali complessi". Norme quindi del tutto asettiche, che presuppongono l'emergenza e impongono una struttura *ad hoc*, ma nulla più né in ordine ai requisiti strutturali ed organizzativi né in ordine alle regole da seguire.

La specificità dell'urgenza è comunque ben colta dalla giurisprudenza, la quale è costante nel ritenere che le peculiari condizioni, di emergenza, in cui le prestazioni mediche vengono rese reagiscono sulla qualificazione della fattispecie, rilevando in particolare in rapporto ai criteri di imputazione. In altre parole si dà un giusto rilievo alle circostanze di fatto, nel senso che la colpa dell'esercente la professione va comunque parametrata anche alla "temperie intossicata dall'impellenza, che rende quasi sempre difficili le cose facili"¹, ovvero sia alla condizione di "presante emergenza"². La specificità delle situazioni di emergenza è del resto tenuta presente dalla giurisprudenza anche con riguardo al consenso informato. Sul punto è stato messo in luce da un lato che l'indagine sulla presenza del consenso informato non può essere risolta sul piano meramente formale dell'esistenza della sottoscrizione, dovendosi accertare se essa sia stata apposta in maniera consapevole e dall'altro che laddove si debba acquisire il consenso informato in condizioni d'urgenza, occorrono particolari cautele ed attenzioni, soprattutto per verificare lo stato di consapevolezza del paziente. Il tema della situazione di "debolezza" del paziente nelle situazioni di urgenza investe anche quello della natura giuridica del rapporto che si instaura con la struttura sanitaria pubblica o convenzionata, oggetto di tante dispute (e invero non risolte dalla c.d. "Legge Gelli-Bianco"), rapporto che forse richiede una valutazione specifica, in quanto nella condizione di emergenza non sempre il paziente può ritenersi nella disponibilità delle proprie azioni, sicché più che un

¹ Cass. pen., sez. IV, 29 gennaio-9 aprile 2013, n. 16237.

² Cass. pen., sez. IV, 16 maggio-10 giugno 2014, n. 24528.

rapporto contrattuale è ravvisabile una prestazione di pubblico servizio.

Ma al di là di tutte le questioni giuridiche che il tema della medicina d'urgenza solleva, e in specie quelle sia sulla posizione soggettiva del richiedente le prestazioni sanitarie, sia sulla responsabilità del medico e che sono ben delineate nelle relazioni, che invero hanno ad oggetto anche il rapporto tra legislazione statale e legislazione regionale, il rapporto di lavoro dei medici dell'emergenza, le tematiche della prova nel processo penale, ciò che risulta indispensabile è una struttura organizzativa del pronto soccorso che non sia un mero luogo di smistamento, ma risponda davvero alle esigenze di emergenza, e dunque dotata sia di elevate professionalità sia di strumenti e tecnologie che assicurino una risposta immediata ed efficace.

In tale direzione è il modello della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Firenze, così come ideato e fortemente proposto dal Prof. Giancarlo Berni e indi dal suo allievo e successore Prof. Stefano Grifoni, il quale, proprio in questo Convegno, ci ha ricordato come il Pronto Soccorso di Careggi da angusta accettazione supervisionata dal medico si è trasformato in presidio di accurato inquadramento diagnostico, con estensione della osservazione dei pazienti in locali adiacenti al Pronto Soccorso fino a 24/48 ore per decidere se lo stesso debba essere ricoverato o non ricoverato. Sicché il medico in questa struttura non svolge solo una mera funzione di filtro ma garantisce l'appropriatezza del ricovero e quindi la intensità di cure. In altre parole sono state istituite vere e proprie *emergency room* destinate ad una diagnostica di alto livello e stabilizzazione del paziente anche con ricorso a procedure invasive.

Non vado oltre, perché il Prof. Grifoni da par suo ha illustrato le ragioni, la logica e i risultati della struttura di emergenza che dirige. Posso però, sulla base di questa innovativa esperienza, trarre le seguenti conclusioni: dai convegni talvolta (appunto, talvolta) nascono spunti di riflessione, proposte, indicazioni e con essi modelli "teorici" da riprendere e sviluppare in sede legislativa o amministrativa. In questa sede il Convegno, oltre ad una serie di analisi giuridiche di primario interesse, offre invece un modello già sperimentato, cioè non una costruzione teorica, ma una esperienza concreta. E se – come si confida – una esperienza del genere verrà ripresa presso altre aziende sanitarie, potremo dire che il prezioso lascito dovuto alla operosità e alla intelligenza del Prof. Berni avrà eredi ben al di là della comunità fiorentina.

PRESENTAZIONE DI DUE BORSE DI STUDIO DELLA FONDAZIONE CR FIRENZE ALLA MEMORIA DEL PROF. GIANCARLO BERNI

Pierluigi Rossi Ferrini

Giancarlo Berni è stato certamente un ottimo medico, non solo sul piano della preparazione professionale, ma anche su quello del rigore scientifico con cui affrontava i problemi clinici e del buon senso quando si trattava di stabilire un programma di cure. Il buon senso è una virtù senza la quale il rigore scientifico rischia di sconfinare nell'accanimento terapeutico.

Ma le persone che si sono affidate alle sue cure e che oggi lo piangono, lo ricordano con commozione anche per le doti umane che gli permettevano di stabilire un rapporto empatico immediato, di spiegare con chiarezza la situazione clinica, e di stabilire infine la cura senza prevaricare le aspettative dei malati nel rispetto più assoluto di una autentica alleanza medico-paziente.

Ma ricordare soltanto questi aspetti della vita professionale sarebbe limitativo perché Giancarlo Berni ha visto il malato non solo nella sua interezza di uomo, ma ha cercato di andare oltre la malattia del singolo individuo, ed ha fatto ogni sforzo per migliorare l'efficienza assistenziale delle strutture pubbliche.

Jean Bernard diceva¹ che “i problemi della medicina sono di due specie: gli uni riguardano la medicina in quanto tale; gli altri sono determinati dalle conseguenze sociali, economiche e morali derivanti dal progresso della medicina”. Giancarlo Berni è stato sensibile a tutte queste problematiche nel loro complesso.

Per questo motivo è stato per lunghi anni consigliere dell'ordine dei

¹ J. BERNARD, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Bouchet-Chastel, 1973.

Medici della provincia di Firenze, curando così con particolare attenzione il momento deontologico della professione medica, aggredito e talvolta schiacciato dalla rivoluzione tecnologica. L'avanzamento tecnico ha tolto anche spazio al colloquio con il malato, ed a quel momento di fantasia che pur è essenziale per la formulazione di ipotesi diagnostiche.

Per questo stesso motivo si è particolarmente interessato nella regione toscana alla medicina d'urgenza ed al pronto soccorso. La rapidità dell'intervento medico è diventata la chiave del successo per superare o ridurre i problemi legati a tante situazioni cliniche acute: per citare soltanto alcuni esempi di un trattamento particolarmente efficace quando sia eseguito subito dopo l'insorgenza della sintomatologia basti pensare alla straordinaria importanza dell'angioplastica coronarica ed alla terapia trombolitica in genere. Una efficiente organizzazione per il trasporto dei malati presso una struttura in grado di affrontare immediatamente i problemi dell'emergenza diviene perciò essa stessa un momento fondamentale della cura, considerando che la sua tempestività costituisce spesso il presupposto perché questa sia interamente efficace.

E allora ben si comprende l'impegno che Berni ha profuso per la organizzazione del servizio di trasporto dei malati e per la organizzazione del servizio di medicina di urgenza a Santa Maria Nuova prima, ed a Careggi poi. Di tutto questo parlerà sicuramente il Collega Stefano Grifoni che ha raccolto a Careggi la sua eredità.

L'Ente Cassa di Risparmio di Firenze (oggi Fondazione CR Firenze) non poteva ignorare l'impegno professionale e civile di Giancarlo Berni, che quindi è entrato con voto unanime nel suo consiglio di amministrazione. Come vicepresidente lo ho accolto con la gioia di un amico e di un collega, felice di poter condividere con lui le scelte che riguardavano la sanità, la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica. Non abbiamo mai deciso nulla in proposito senza confrontarci anche informalmente. La discussione è stata sempre franca e leale, talvolta anche vivace in funzione di una mentalità un po' diversa nei confronti della ricerca: più accademica la mia, e quindi maggiormente proiettata verso il futuro, e più ospedaliera la sua, nel senso della ricerca ansiosa di un risultato pratico immediato. Abbiamo comunque sempre trovato un felice punto di accordo, guidati da onestà intellettuale ed avendo entrambi a cuore l'interesse dei malati.

Tra le ultime scelte che abbiamo fatto insieme c'è stata quella ri-

guardante l'intervento della Fondazione per l'organizzazione a Careggi di un servizio di autopsia virtuale, che offre la possibilità di eseguire una TAC nei pazienti deceduti per morte improvvisa o per supporto alla medicina forense. Tutto questo nell'interesse dell'avanzamento della cultura medica, sempre alla ricerca di strette correlazioni anatomo-cliniche, e per ridurre nei familiari il trauma psicologico dell'autopsia di un congiunto che si aggiunge a quello della sua scomparsa. Molti esponenti del mondo religioso presenti a Firenze ci hanno confortato col loro autorevole parere, ed abbiamo avuto consensi anche sul piano della medicina legale. Oggi, grazie ad una idea che Berni ha avuto per primo, e che personalmente ho condiviso immediatamente con entusiasmo, l'autopsia virtuale a Careggi è già una realtà operativa.

La Fondazione CR Firenze vuole non soltanto ricordare questo suo autorevole consigliere, ma sente di doverlo indicare ai giovani come esempio da imitare di medicina ed umanità.

Per questo motivo ho il piacere di annunciare che sono state istituite a Suo nome due borse di studio per giovani medici che vogliano approfondire la loro preparazione nel settore della medicina d'emergenza. Questo messaggio ai giovani, più di ogni altra parola, appare assolutamente confacente allo stile pragmatico ed all'etica di Giancarlo Berni.

GIANCARLO BERNI E LA MEDICINA D'EMERGENZA

Stefano Grifoni

Ringrazio per l'invito gli organizzatori del convegno, il prof. Giuseppe Morbidelli del quale tutti conoscono l'alta professionalità e l'impegno e il prof. Pier Luigi Rossi Ferrini al quale mi lega nel tempo una forte stima professionale.

Non potrei parlarvi della medicina di urgenza in Italia in Toscana e a Firenze senza ricordare il prof. Giancarlo Berni che fino al 2005 ha ricoperto la carica di Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Careggi. A lui devo la mia formazione professionale.

Tutte le professioni, se esercitate responsabilmente, impongono delle scelte, ma la medicina, avendo a che fare con la salute e la vita dei cittadini, ne impone di maggiori. E con il professore nel tempo di scelte e di cambiamenti ne abbiamo fatti in nome e in onore di una professione alla quale abbiamo sempre creduto, lavorando instancabilmente con la forza e l'entusiasmo che lui riusciva a comunicare insieme alla sua umanità, passione, rigore scientifico, coraggio e generosità. Tutte qualità messe a disposizione dei suoi allievi e dei suoi pazienti con una grande capacità di diffondere il proprio sapere.

Io e il prof. Berni ci siamo incontrati nell'ottobre del 1980 a Santa Maria Nuova dove il professore dirigeva il reparto di Medicina Interna e qui svolgeva la sua attività anche nella cosiddetta "astanteria". Forse molti di voi ricorderanno quei tempi quando i medici erano normalmente impegnati all'interno dei reparti e poi, a turno, dovevano "coprire" il servizio di emergenza.

L'ambiente dedicato al Pronto Soccorso era costituito di solito da uno spazio piccolo, spesso niente più che un corridoio ingombro di barche, collocato immediatamente all'ingresso dell'Ospedale: accanto al Pronto Soccorso c'erano le Astanterie, dove sostavano i malati in attesa di essere indirizzati nei reparti.

Insieme al professor Berni abbiamo dato vita nel tempo ad un rile-

vante cambiamento culturale e strutturale di questi luoghi e oggi i risultati sono sotto gli occhi di tutti. Grandi pronto soccorsi chiamati Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza, come quello di Careggi che è stato inaugurato nella sostanza e capacità di intervento nel luglio 2015, esempio strutturale e architettonico illuminato e che vanta ad oggi spazi per circa 4000 metri quadrati, a cui si rivolgono migliaia di cittadini non soltanto per un problema acuto insorto improvvisamente, ma anche per poter ottenere rapidamente una risposta. Negli ultimi dieci anni gli accessi al PS di Careggi sono passati da 34.000/anno a circa 100.000/anno. Non basta: oggi il 70% delle persone che si rivolgono al Pronto Soccorso lo fanno di loro iniziativa, spontaneamente, ovvero senza altre intermediazioni esterne, forse perché non hanno ricevuto una risposta adeguata ai loro bisogni in altre sedi o forse semplicemente perché non l'hanno mai cercata.

Infatti negli anni si è diffusa una nuova cultura e una nuova sensibilità nella popolazione. Il Pronto Soccorso è ritenuto un luogo dove è possibile risolvere qualsiasi problema e l'85% dei cittadini riconosce il Pronto Soccorso come la risposta valida alle proprie esigenze.

Quale doveva essere la figura del medico all'interno di queste strutture? Esattamente quella di un medico dedicato con una idea dinamica della assistenza che onora la sua professione risolvendo i problemi dei cittadini bisognosi di cure; un operatore orientato verso un approccio olistico alla medicina, in cui si privilegia la complessità dell'insieme dell'organismo umano rispetto alle singole parti che lo compongono. Un medico che deve sapere ma anche saper fare, e mentre pensa e riflette, deve agire.

Volevamo una medicina tempo dipendente rapida che deve dare risposte immediate attraverso percorsi e protocolli. Nel poco tempo che spesso c'è a disposizione nel trattamento dei pazienti critici, questo medico deve effettuare una diagnosi e allo stesso tempo inserire *devices* e cateteri nel corpo dei pazienti. Rapido pensiero diagnostico e rapidità di azione, consapevole e addestrata. La rapidità di azione esige idee chiare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

Questa è la medicina in cui io e il prof. Berni abbiamo creduto, che volevamo realizzare e che abbiamo nel tempo delineato sempre più dedicata alle problematiche della emergenza/urgenza.

Pensate quindi a quale grande evoluzione ma anche grande rivoluzione culturale, strutturale e organizzativa si è affermata nel tempo. Con

il professore siamo riusciti a risolvere uno dei grandi problemi di salute pubblica grazie ad un cuore e una mente aperta, grazie al pensiero di soccorrere tutti i cittadini che chiedevano aiuto con la applicazione operativa e morale e etica della professione medica riuscendo a coinvolgere tutta la nostra scuola fiorentina di medicina di urgenza, lo stato, le regioni e la regione Toscana nelle sue più alte istituzioni, il presidente, gli assessori alla sanità e i direttori generali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi che in questi anni si sono succeduti.

Da una angusta Accettazione, come solo atto amministrativo, supervisionata dal medico si è passati ad un accurato inquadramento diagnostico ed alla estensione della osservazione dei pazienti in locali adiacenti al Pronto Soccorso fino a 24/48 ore per decidere se lo stesso debba essere ricoverato o non ricoverato. Il medico in queste strutture opera quindi attraverso la funzione di filtro garantendo l'appropriatezza del ricovero e quindi l'intensità di cure. Da una funzione di ricovero diretta dei pazienti critici verso le aeree specialistiche di cure intensive oggi nel Pronto Soccorso sono nate le Emergency Room destinate ad una diagnostica di alto livello e stabilizzazione del paziente anche con ricorso a procedure invasive.

Con il prof Berni abbiamo perseguito nel tempo un processo evolutivo che ha portato ad una separazione sempre più evidente fra l'Emergency Medicine – specialità tempo correlata – dove il tempo diventa una variabile critica di successo del processo decisionale e la intensive e *critical care*, dove l'assistenza rapportata alla evoluzione del quadro clinico è indipendente dal tempo e dove il paziente viene inviato dopo una fase di inquadramento e di stabilizzazione svolta in Pronto Soccorso.

Ho visitato tanti ospedali nel mondo per conoscere modelli organizzativi diversi, per vedere lavorare chi ormai in Emergency Medicine operava da anni e Paesi dove la medicina di urgenza si era già evoluta grazie anche alle macroemergenze, che costituiscono un terreno tipico in cui la medicina d'urgenza deve operare rapidamente ed in modo efficace.

Basti pensare a calamità naturali come tornado, cicloni, terremoti, alluvioni, ad eventi infausti come le guerre, o a disastri come quello delle torri gemelle nel 2001, e degli attentati ormai all'ordine del giorno. Mi ricordo che tutte le volte che partivo lui si preoccupava che avessi i soldi necessari per il soggiorno di lavoro e come un padre mi faceva sempre tutta una serie di raccomandazioni: come un padre ma soprattutto

un maestro che dava movimento al pensiero e che trasmetteva l'amore per l'arte medica che è l'unico modo di insegnare, innescare cioè la passione e il desiderio di conoscere e di migliorarsi.

Negli anni dei miei soggiorni di studio all'estero ho visto operare questa medicina in contesti che in Italia erano allora addirittura inimmaginabili acquisendo la consapevolezza che nel mondo era una dei punti di forza del sistema sanitario mentre da noi in Italia ancora negli anni '90 stentava a nascere autonomamente ed a strutturarsi all'interno degli ospedali e delle realtà universitarie. In quegli anni la metodologia clinica e la semeiotica avevano difficoltà a rinnovarsi rispetto all'evoluzione tecnologica perché la tecnologia non può sostituirsi al medico ma lo aiuta nel sostenere il sospetto clinico.

È certo che la tecnologia è un elemento strategico in una medicina tempo-correlata dove il tempo ha un suo reale valore, un immenso valore, dove si respira continuamente la paura della malattia e della morte, della invalidità, dove il referto medico è vissuto come una condanna o una assoluzione, dove le persone vivono il dramma del lutto, piangono e pensano con ansia al loro futuro. Per questo con il prof. Berni facemmo inserire nel 2000 all'interno delle strutture di emergenza le radiologie utili per velocizzare il percorso del paziente e oggi l'ecografia e la formazione ecografica di tutte le parti del corpo è nel bagaglio del medico di emergenza. E poi l'idea della formazione dei giovani medici che doveva trovare in Italia non una frammentazione di insegnamenti ma solo un corso di specializzazione, quello della Medicina d'Urgenza certificato da una scuola, quella della Harvard che da anni operava in America in questo settore.

E così insieme alla Università degli studi di Firenze e alla Regione Toscana abbiamo concretizzato un ulteriore sogno, quello della scuola di specializzazione: non più ramo della Medicina Interna ma specializzazione autonoma che oggi opera su tutto il territorio italiano. Da questo insegnamento nascono i nuovi medici che si addestrano sul campo nelle strutture ospedaliere. Addestramento sul campo perché in Pronto Soccorso tutto diventa più forte, più diretto, meno mediato o stemperato dalla routine, perché niente è programmabile, niente può essere previsto e bisogna essere sempre pronti ad affrontare al meglio qualsiasi evenienza, qualsiasi problematica, e saper agire davanti a situazioni in cui non si può rinviare una decisione, perché dilazionare i tempi può voler dire mettere a rischio la vita del paziente.

Era proprio questo che insieme al mio maestro cercavamo: una medicina moderna, sicuramente più complessa e difficile, che doveva rispondere ad una varietà di condizioni iniziali senza il tempo di acquisire molte informazioni, ma allo stesso tempo una medicina fortemente coinvolgente, con il vantaggio riconosciuto di poter sfruttare le nuove tecnologie e le nuove metodologie in tempi rapidi, quelli che rispondono solo alla necessità di una veloce diagnosi.

Una medicina che opera efficacemente con interventi terapeutici salva vita utilizzando farmaci potentissimi che hanno efficacia solo se somministrati tempestivamente.

Una medicina che cerca di assottigliare la barriera tra l'uomo e le sue paure, ed in cui l'ansia del responso non è dilazionabile nel tempo. Sono convinto che questa medicina insegni ad ascoltare ed il medico, per poterla esercitare fruttuosamente, deve necessariamente imparare ad ascoltare.

È questo un altro insegnamento del mio maestro: ascoltare le persone, le loro storie. E considerare il disagio del paziente che viene a trovarsi in una situazione non attesa, non consueta, disteso su un letto in mezzo ad altre persone che non conosce. Il prof. Berni riusciva a compiere il miracolo dell'esistenza che si materializza attraverso la sofferenza. Una sofferenza condivisa tra medico e paziente durante tutti gli attimi che vanno dalla diagnosi alla terapia.

Mi piace ricordare con voi come quest'uomo sapeva gestire il dolore e la paura dei pazienti con pochi strumenti: l'attenzione, la gentilezza, talvolta una carezza, la simpatia strumenti poco costosi ma preziosissimi.

Avviandomi alla conclusione penso solo che la medicina di urgenza indichi un tracciato, un metodo, un mezzo per far avanzare la medicina tutta in un contesto moderno universalistico sostenibile, che vada oltre il modello euristico o quello bayesiano o quello algoritmico.

Un metodo che deve basarsi sulle nuove conoscenze scientifiche, sulle nuove disponibilità tecnologiche e sulle nuove terapie.

Un metodo che deve contribuire a modificare l'approccio al paziente in emergenza urgenza, riducendo i personalismi del singolo e incrementando il peso dell'organizzazione e dell'intervento il Team a favore della sicurezza del paziente e dell'intero sistema.

Oggi la medicina di urgenza grazie al professor Berni riveste un ruolo determinante nella riduzione della mortalità e nel miglioramento dell'autonomia e della qualità della vita. Grazie al suo potenziale diagnostico

dovuto alla contemporanea presenza di elevate professionalità e tecnologie, assume un ruolo centrale e difficilmente sostituibile in risposta ad un bisogno soggettivamente percepito come urgente dal cittadino. Infatti oggi costituisce una priorità per i cittadini il poter disporre di buoni servizi di pronto soccorso e la consapevolezza che tali servizi siano effettivamente disponibili fa crescere la fiducia nei confronti dell'intero sistema sanitario.

La medicina di urgenza risponde alla nuova cultura delle responsabilità, che accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza ed economicità, si pone come ulteriori obiettivi la correttezza e la trasparenza in tutti gli aspetti della gestione della salute pubblica.

Oggi la medicina di urgenza risponde pienamente al criterio di uguaglianza dei cittadini di fronte alle situazioni a maggior rischio sanitario e garantisce la fruibilità di interventi di alta specializzazione e delle innovazioni tecnologiche senza distinzioni sociali o di genere religioso o etnico e per questo tutti noi Italiani dobbiamo essere orgogliosi.

La medicina di urgenza è superamento delle criticità burocratiche, per il semplice motivo che non è ammessa burocrazia nel trattamento delle urgenze, dove è necessario e indispensabile puntare dritto allo scopo senza il fraporsi di ostacoli inessenziali. La medicina di urgenza valorizza il rapporto medico-paziente, che deve essere considerato come una componente indispensabile nella strategia dell'atto di cura. Prendendo in effettiva considerazione quanto è percepito dal paziente pone questo rapporto inscindibile per ottimizzare l'efficacia del trattamento in urgenza e ne consente una forte umanizzazione.

In conclusione il professore ha generato il cambiamento della professione medica che vive parallelamente al cambiamento sociale. Il cambiamento della società che stiamo vivendo in questi anni dovrà far riflettere sulla necessità di mettere in atto progetti tendenti sempre a proteggere i cittadini più indifesi, più bisognosi di assistenza, progetti che rispondano pienamente ai nuovi bisogni della popolazione in relazione alle nuove sfide sociali legate ai flussi immigratori, all'aumento delle patologie croniche, all'aumento delle disabilità, all'aumento di atti violenti contro le donne, all'aumento degli anziani. Già sono nati i percorsi socio sanitari per le malattie acute dei disabili psichici e fisici, il codice rosso a difesa delle donne vittime di violenza, ed ora è in corso lo studio per la realizzazione di percorsi in uscita dall'ospedale degli anziani soli, malati e abbandonati a se stessi.

Qualcuno ha detto che la medicina è un'arte che viene esercitata in attesa di essere scoperta. Ho sempre pensato che questo straordinario aforisma cogliesse la reale natura delle cose.

La medicina è una complessa miscela di arte, nel senso che la tradizione assegna a questo termine, tecnica e metodo scientifico. In questo contesto la medicina d'urgenza può essere vista come una frontiera che coniuga il sapere della scienza medica con una forma particolare di intuizione, che non è ovviamente divinatoria, ma che viene dalla conoscenza e dall'esperienza.

È una medicina tempo-correlata, umanistica, che recepisce pienamente il concetto di uguaglianza dei cittadini. Nata in una città come Firenze culla dell'umanesimo.

È la medicina che il prof. Berni ha sempre esercitato e in cui ha sempre creduto, che spero di poter proseguire in suo nome, per valorizzare ancora di più le radici della scuola medica fiorentina per tutti i giovani medici e per tutti i cittadini. Infine permettetemi di ringraziare la Fondazione CR Firenze per aver destinato una borsa di studio biennale ai giovani medici di medicina di urgenza intitolata al grande uomo e grande medico, prof. Giancarlo Berni, che ci ha da poco lasciati, per ricordare nel suo nome e nel suo segno la quotidiana battaglia che lui ha sempre combattuto per la salute di tutti.

LA GEOMETRIA VARIABILE DELLA MEDICINA D'EMERGENZA FRA LEGISLAZIONE NAZIONALE ED ATTUAZIONE REGIONALE

Marta Mengozzi

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Il profilo competenziale e l'individuazione del relativo titolo. – 3. Il versante organizzativo in senso stretto. – 4. I rapporti di lavoro con il personale. – 5. Gli atti di esercizio della competenza.

1. Introduzione

La disciplina dell'organizzazione del settore della medicina di emergenza si rivela un utile prisma attraverso il quale scomporre ed osservare le difficoltà che il regionalismo italiano sconta, legate in molti casi non solo, e forse non tanto, alla ricostruzione del riparto delle competenze legislative tra Stato e regione – riparto che, come è noto, pone problemi sia “interni” alla materia stessa nel caso delle competenze concorrenti, suddivise sulla base del criterio principi generali/normativa di dettaglio, sia “esterni”, riguardo all'intreccio ed alla sovrapposizione di materie diverse – ma anche, più banalmente, ad inefficienze ed inattuazioni da parte degli attori politici ed amministrativi, oltre che ad ostacoli di ordine economico-finanziario, purtroppo fortemente condizionanti ogni aspetto dell'organizzazione pubblica in questo momento storico.

Un complesso di fattori sui quali non è facile agire e di cui si cercherà di dare brevemente conto.

2. Il profilo competenziale e l'individuazione del relativo titolo

La disciplina dell'organizzazione del settore dell'emergenza – al pari di quella degli altri settori della sanità – è in effetti da ricondurre, ormai piuttosto pacificamente, alla materia concorrente “tutela della salute”.

Non si tratta, come del resto accade spesso, di un dato che emerge con chiarezza dall'elenco costituzionale delle materie, ma esso ha agganci piuttosto solidi nella giurisprudenza costituzionale: almeno a partire dalla sentenza n. 181/2006, la Consulta ha infatti sempre considerato la disciplina e l'organizzazione del SSN, e anche del personale che vi opera, come strumentale alla tutela della salute e, dunque, rientrante nell'ambito oggettivo di tale materia¹.

Si tratta, del resto, di una soluzione che – attraverso la scomposizione che tale tipologia competenziale comporta tra norme di principio e di dettaglio – finisce, almeno in teoria, con il garantire, da un lato, una certa uniformità sul piano nazionale, e per lasciare, dall'altro, alle Regioni un margine di adattamento alle proprie esigenze organizzative.

L'assetto appena ricostruito come pacifico, non era, però, così scontato all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V. Sul piano delle possibili opzioni ermeneutiche, infatti, la materia dell'organizzazione avrebbe potuto essere ascritta anche alla competenza residuale delle regioni, facendo leva sulla natura di enti regionali delle strutture sanitarie (aziende sanitarie e presidi ospedalieri, pienamente regionalizzati e costruiti come enti strumentali della regione). Il servizio sanitario nazionale consiste oggi, infatti, come è noto, nel “complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali”²: la sua

¹ Sull'interpretazione della materia in parola, cfr. G. CARPANI-D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di “tutela della salute”*, in R. BALDUZZI-G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, 89 ss.; D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA-F.S. MARINI-D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale*, Napoli, Esi, 2015, 583 ss.

² Art. 1, 1° comma, d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal d.lgs. n. 229/1999. Sulla integrale regionalizzazione del servizio sanitario attuata con le riforme degli anni '90, v. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè, 2005, 28 ss.; nonché R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI-G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002; R. BALDUZZI-D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI-G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit.; E. CATELANI-G.