

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

18° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 LUGLIO 1998
(Antimeridiana)

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Seguito e conclusione dell'audizione del dottor Carlo Sizia, presidente nazionale della Associazione sindacale medici dirigenti (Cimo-Asmd)

Seguito dell'audizione del dottor Serafino Zucchelli, vice segretario nazionale della Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed)

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6		SIZIA	Pag. 5
			ZUCHELLI	3

Audizione del professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente nazionale della Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo)

PRESIDENTE	Pag. 6, 8, 13		PERRONE DONNORSO	Pag. 6
BRUNI (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	9			
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	12			
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	8			
MONTELEONE (<i>AN</i>)	10			

Intervengono il dottor Carlo Sizia, presidente nazionale della Associazione sindacale medici dirigenti (Cimo-Asmd), accompagnato dal dottor Luciano Mulas, componente del comitato centrale della Associazione medesima; il dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed), accompagnato dal dottor Serafino Zucchelli, vice segretario nazionale dell'Associazione medesima; nonché il professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo), accompagnato dal professor Giorgio Bertolizio e dal professor Erasmo Rondanelli, rispettivamente segretario nazionale e consigliere di giunta dell'Associazione medesima.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

Seguito e conclusione dell'audizione del dottor Carlo Sizia, presidente nazionale della Associazione sindacale medici dirigenti (Cimo-Asmd)

Seguito dell'audizione del dottor Serafini Zucchelli, vice segretario nazionale dell'Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle audizioni riguardanti l'inchiesta attivata sui rapporti tra ospedali ed università in merito alla formazione dei medici. Ricordo che, a completamento dei lavori iniziati nella seduta del 25 giugno scorso, oggi saranno ascoltati, per fornire chiarimenti ai senatori intervenuti nel dibattito, il dottor Carlo Sizia, presidente nazionale dell'Associazione sindacale medici dirigenti (Cimo-Asmd), nonché i dottori Enrico Bollero e Serafino Zucchelli, rispettivamente segretario nazionale e vice segretario nazionale dell'Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed).

Do la parola al dottor Zucchelli.

ZUCHELLI. Signor Presidente, vorrei chiarire la situazione dell'Anaa-Assomed in ordine alla domanda rivolta dal senatore Di Orio relativa ai nostri atteggiamenti.

Bisogna essere estremamente chiari e sintetici. Riteniamo in primo luogo che il carico formativo assunto dalle facoltà di medicina in questi ultimi anni sia eccessivo, che non corrisponda alle reali necessità del paese e che comunque debba essere ridotto. Tre sono i modi per operare la sua riduzione.

In primo luogo, si rileva la necessità di avere un minor numero di medici; in secondo luogo, in materia di formazione degli specialisti le norme oggi esistenti – precisamente i decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 e l'atto governativo di indirizzo approvato il 31 luglio 1997 – stabiliscono che la formazione specialista non è affare esclu-

sivo e proprio della facoltà di medicina, ma che essa deve essere coadiuvata da tutte le strutture del sistema sanitario nazionale. Addirittura viene determinato quantitativamente il rapporto nella partecipazione delle strutture del sistema: si dice che di norma tale rapporto sia di due terzi; pertanto due terzi del tempo per la preparazione specialistica devono essere vissuti dagli specializzandi nelle strutture ospedaliere e soltanto un terzo nelle strutture universitarie.

Per quanto riguarda il terzo modo per decongestionare e ridurre le esigenze formative, le capacità e lo sforzo formativo delle università, secondo quanto stabilito dai decreti legislativi nn. 502 e 517, non è detto che la formazione degli infermieri, con le nuove lauree create, debba essere gestita in proprio ed esclusivamente dalle facoltà di medicina: può essere benissimo richiesto l'aiuto delle regioni e delle strutture del sistema sanitario nazionale. Tutto questo, che è previsto dalla legge, non è stato però ancora posto in essere. Quindi, tutti i tentativi legislativi e normativi che vengono ora proposti, dopo aver premesso che il carico formativo è eccessivo, partono da questo punto di vista.

Le proposte avanzate sono fondamentalmente due: una proposta, che si giudica irrealistica, è di creare tanti policlinici autonomi separati (ricordo gli otto o nove esistenti nel nostro paese). Riteniamo tale soluzione, per le manifestazioni patologiche dei policlinici poste in essere nelle storie anche recenti, cattiva e impercorribile, se non fosse altro per la mancanza di denaro; in ogni caso, devo dire che la riteniamo negativa non soltanto per la penuria di risorse economiche, ma anche perchè è una strada del tutto sbagliata.

Si vanno poi profilando altre ipotesi di soluzione del problema, come quella di attivare i cosiddetti «ospedali misti di insegnamento»; mi riferisco in maniera esplicita alla proposta che ho visto circolare prima in quest'Aula recante la firma del senatore Di Orio ed altri. Crediamo che tali proposte, pur costituendo un passo in avanti rispetto a quelle avanzate in precedenza, siano ancora cariche di profonda ambiguità e sostanzialmente da respingere, perchè il concetto cui esse si ispirano è il seguente: creare delle situazioni miste che non siano più a gestione diretta del sistema sanitario nazionale, ma siano a gestione mista (ospedale, sistema sanitario nazionale e università). Addirittura, nella definizione degli organi di gestione è detto in maniera esplicita che il potere di gestione autonoma delle facoltà di medicina in queste strutture diventerebbe molto forte, sottraendole di fatto alla gestione del sistema sanitario nazionale.

Quindi, devo dire che giudichiamo sbagliata la proposta di tagliare una fetta del sistema sanitario nazionale e sostanzialmente, sia pure con tante parole che potremmo definire consolatorie, di attribuire ad esso la capacità formativa e quindi di controllare soltanto *ex post* l'attività assistenziale che in esso si realizza. Riteniamo invece che il rispetto delle norme esistenti nei decreti legislativi nn. 502 e 517 e in particolare il contenuto degli atti governativi di indirizzo approvati il 31 luglio 1997 – da perfezionare ulteriormente – siano la strada attraverso la quale le due strutture possono convivere.

Devo tuttavia aggiungere che esiste un problema di rispetto della legge in questo paese. Le norme esistono – lo abbiamo dimostrato – ma non vengono applicate. Dobbiamo innanzitutto provare ad applicare le norme esistenti prima di giudicarle non adeguate.

PRESIDENTE. Invito il dottor Sizia a svolgere le sue considerazioni.

SIZIA. Prendo la parola per integrare l'intervento che ho svolto nella precedente seduta.

Vorrei iniziare il mio discorso facendo riferimento alle osservazioni a suo tempo esposte in quest'Aula dalla senatrice Bernasconi in merito a quelle affermazioni sindacali secondo le quali esiste la necessità di un contingentamento dell'accesso sia alla facoltà di medicina che alle specializzazioni in rapporto alla capacità di assorbimento del mercato del lavoro. La senatrice Bernasconi ha sostenuto la necessità di prestare grande attenzione al cosiddetto diritto allo studio, da tutti riconosciuto. Credo che nessuno dei sindacati oggi presenti in questa Commissione ritenga che sia da inibire il diritto allo studio: in verità, il problema è che non corrisponde alla realtà il fatto che tutti gli studenti in Italia si debbano laureare in medicina e chirurgia.

D'altra parte, non si può negare l'esistenza di un diritto allo studio se si offre a tutti i cittadini un'uguale opportunità allo studio. È evidente, quando si stabilisce un numero chiuso programmato, che comunque si contingenta il numero, per cui accedono alla facoltà solo coloro che nelle selezioni raggiungono le migliori posizioni in graduatoria. Un paese deve certamente garantire uguali opportunità a tutti i cittadini, ma poi saranno i più meritevoli a frequentare la facoltà rispetto alla quale hanno dimostrato di avere più affinità e capacità. Poi però, non si può neanche negare che, accanto al diritto allo studio, esista un diritto al lavoro e proprio un esponente di spicco della sinistra non può certamente sottacere tale diritto.

Corrisponde a verità l'affermazione della senatrice Bernasconi che il servizio sanitario nazionale non deve garantire il posto di lavoro ai medici, ma il problema che ci troviamo di fronte è che abbiamo splafonato il numero ottimale del rapporto cittadini-medici; mentre gli altri paesi europei hanno uguali sbocchi sia nel sistema sanitario pubblico che in quello privato, l'Italia è l'unico Stato ad avere il parametro di un medico per 170 cittadini.

E vengo agli aspetti di più diretta pertinenza sollevati dal senatore Di Orio, che mi spiace non sia presente questa mattina.

Vorrei, in particolare, soffermarmi sulle problematiche concernenti la separatezza degli organici tra comparto ospedaliero e comparto universitario ai fini della formazione medica e, soprattutto, specialistica; sull'accesso alle apicalità e sulla maggiorazione in una certa quota percentuale dei Drg (*Diagnosis related group*) per quelle realtà in cui si prevede un percorso formativo. A tale proposito svolgerò una piccola integrazione ricordando una richiesta del Presidente della Fnom (Federazione nazionale ordine medici) tendente a dare a questo organismo un diverso e più inci-

sivo ruolo rispetto alla idoneità dell'accesso alla professione, una volta terminato il processo formativo.

Il sindacato che in questa sede rappresento non ritiene inoltre che il problema centrale sia costituito dalla separatezza degli organici ma piuttosto dal mancato rispetto delle leggi in vigore e dalla mancanza di coerenza tra le stesse. Se è nostra intenzione stare al passo con gli altri paesi della comunità europea è evidente che ospedali ed università debbano contribuire con pari diritti e doveri alla formazione professionale *post-laurea*.

Si rende invece ovviamente opportuna una sorta di reciprocità per accedere alle apicalità: così come i medici che operano nel settore universitario possono accedere alla apicalità nell'ambito degli ospedali pubblici, anche per coloro che operano nell'ambito della sanità pubblica si deve prevedere analoga possibilità in ambito universitario. In particolare, le regole per accedere alle apicalità nei due settori debbono essere identiche al fine di evitare favoritismi, discriminazioni, discrezionalità oltremodo insopportabili. D'altra parte, riteniamo di una certa gravità continuare ad accedere alle apicalità mediche e ospedaliere attraverso istituti di dubbia legittimità quali quelli attualmente esistenti.

Riteniamo, infine, che l'aumento del Drg (*Diagnosis related group*) da applicare in talune realtà in relazione a coloro che operano nell'ambito formativo non debba superare il 10 per cento del Drg applicato laddove la formazione non è prevista.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione degli esponenti dell'Associazione sindacale medici dirigenti (Cimo-Asmd). Avverto che l'intervento del dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed), avrà luogo nella seduta pomeridiana.

Audizione del professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente nazionale della Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo)

PRESIDENTE. Do la parola al professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente nazionale della Associazione nazionale ospedalieri (Anpo), ringraziandolo per aver aderito al nostro invito.

PERRONE DONNORSO. La posizione dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo) non si discosta nella sostanza da quanto è stato detto fino ad ora: è probabilmente opportuno chiarire se all'università spetti il compito della formazione culturale degli studenti o piuttosto la verifica dell'effettiva praticabilità della professione da parte del personale. Mentre la facoltà di rilasciare il diploma di laurea in medicina è riconosciuta all'università in tutti i paesi del mondo solamente in Italia essa è depositaria dell'intero *iter*: oltre a rilasciare il diploma di laurea, essa amministra infatti i corsi di specializzazione, quindi concede l'idoneità alla professione ed abilita alla professione di medico chirurgo. Nessuno si è chiesto ad esempio come mai tutti i laureati in medicina del nostro paese

siano in possesso di questa abilitazione perchè, se così fosse, si sarebbe intuito un qualche malfunzionamento nelle procedure esistenti.

Caratteristica propria dell'università dovrebbe essere quella di curare la preparazione culturale degli studenti in medicina; agli ordini professionali dovrebbe spettare invece la verifica dell'effettiva praticabilità della professione da parte dei laureati in medicina; non si comprende invece perchè all'ordine dei medici - sappiamo che è *in itinere* una legge di riforma e di riordino degli stessi - non debbano spettare competenze nell'ambito della abilitazione alla professione di medico chirurgo.

Quanto all'aumento del Drg laddove si svolgono attività di formazione, vorrei evidenziare una differenziazione: mentre sui Drg ospedalieri grava il peso della retribuzione del personale medico, ciò non avviene su quelli universitari poichè lo stipendio degli universitari è pagato a parte; di conseguenza, il Drg nelle università deve essere diminuito ed anche fortemente.

Riteniamo inoltre che l'università non possa continuare a procedere in piena autonomia in tutti gli aspetti che coinvolgono il Servizio sanitario nazionale: vedi, ad esempio, i protocolli stipulati tra università e regioni solitamente predisposti come se riguardassero solamente le prime.

Inoltre, l'attuazione delle nuove normative europee sulle scuole di specializzazione dimostra quotidianamente come l'università sia impossibilitata a gestire da sola le 300 ore di corso previste, non disponendo del materiale sufficiente per garantire agli studenti ed a coloro che sono in possesso di specializzazione un'acquisizione di professionalità tale da consentire un adeguato inserimento nel mondo del lavoro. Nonostante ciò l'università non si avvale degli ospedali d'insegnamento che esistono in giurisprudenza da ormai lungo tempo.

In conclusione, deve essere ridimensionata la sostanziale arroganza mentale che con rincrescimento si riscontra ogni qualvolta si ha a che fare con i colleghi del mondo universitario.

L'obiettivo da raggiungere - tra l'altro, in tempi rapidi ed in modo trasparente - è pertanto quello di integrare questi due mondi affinchè l'università compia pienamente la sua missione educativa ed il Servizio sanitario nazionale la sua missione medico-assistenziale.

È errato, infine, l'approccio filosofico con cui si affronta il problema dell'integrazione tra l'attività ospedaliera e quella universitaria: il problema concernente l'assegnazione dei posti letto finalizzati alla ricerca è infatti mal posto poichè l'attenzione deve essere essenzialmente posta sulla puntualizzazione delle patologie oggetto di terapia e di studio.

Non posso non ringraziare la Commissione per la disponibilità dimostrata ad ascoltare la voce dei primari ospedalieri, anche perchè con la nuova normativa sulla rappresentatività introdotta dai provvedimenti «Bassanini» nutro forti dubbi sulla possibilità che ciò avvenga ancora: per statuto, infatti, in Italia possiamo iscrivere soltanto i primari, che in totale non raggiungono il 10 per cento degli operatori dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale. Quella di non voler più ascoltare la voce dei primari ci è sembrata pertanto una scelta politica operata a monte che evi-

denzia la filosofia con la quale si intende affrontare le problematiche del sistema sanitario nazionale.

Se qualcuno ritiene di poter mandare avanti tale sistema senza la collaborazione dei primari ospedalieri, si sbaglia. Assistiamo continuamente all'emanazione di provvedimenti, peraltro estremamente fantasiosi, finalizzati a risolvere il problema della pleora medica con il pensionamento a 65 o a 60 anni. Probabilmente a qualcuno dovremmo regalare il pallottoliere perchè la disoccupazione o sottoccupazione di 80.000 medici non si può certo risolvere con il pensionamento di 1.000, 2.000 o anche 4.000 primari del Servizio sanitario nazionale.

Ringrazio ancora la Commissione per la disponibilità dimostrata nel voler ascoltare le ragioni dell'Anpo.

PRESIDENTE. Ringraziando il professor Perrone Donnorso per il suo intervento, preannuncio che probabilmente oggi stesso, essendo presenti in Commissione diversi colleghi docenti universitari, avrà un contraddittorio diretto.

Non è questa la sede per fare considerazioni legate alla legge delega, anche se gli elementi di novità sulla formazione medica in essa contenuti fanno sì che i temi affrontati nel corso della discussione odierna si sovrappongano.

Do ora la parola ai senatori che intendono porre quesiti.

DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il problema che più di ogni altro mi preme sottolineare in questa sede, essendo io stesso un docente universitario, è quello relativo all'università.

Il concetto di università in tutto il mondo deriva dal latino *universitas*, che significa gruppo di studenti raccolti attorno a maestri riconosciuti, e fino a quando le cose non cambieranno detti maestri continueranno ad essere i professori universitari. In Italia alcuni medici hanno scelto di intraprendere la carriera universitaria, altri quella ospedaliera. In realtà sarebbe opportuno persino discutere sul termine «scelta». Io stesso, giunto ad un certo punto della mia vita universitaria di fronte ad un bivio ho avuto la fortuna di trovare un maestro che ha creduto in me. Ho visto però moltissimi amici, compagni di cordata con notevoli capacità, che alla fine hanno dovuto abbandonare la carriera universitaria per seguire quella ospedaliera.

Tralasciando questo aspetto, ritengo ora opportuno discutere delle funzioni dell'università e della sua integrazione con il Servizio sanitario nazionale. Come per tutti i docenti universitari le funzioni di un clinico sono innanzi tutto la didattica e la ricerca. È chiaro che un clinico universitario per poter svolgere attività didattica e di ricerca ha bisogno della materia prima, ovvero dei pazienti che vanno considerati casi clinici. Tuttavia non occorre un elevato numero di posti letto, essendo sufficiente disporre di una quantità di casi clinici adeguata allo svolgimento di una corretta attività di ricerca. È evidente poi che il clinico deve essere in grado di curare il paziente allo stesso modo del collega ospedaliero; infatti, se le

sue cure fossero qualitativamente inferiori, tutta la teoria verrebbe meno dimostrando che il clinico può svolgere un'ottima ricerca ma non è in grado di offrire sul piano dell'assistenza le stesse cure del medico ospedaliero.

Oggi in Italia l'università, sia che agisca in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale che in termini di policlinico universitario a gestione diretta (e in Italia, su 35 facoltà di medicina, abbiamo 11 policlinici a gestione diretta, di cui soltanto 9 già operativi), non dispone di mezzi adeguati. Nell'istituto da me diretto ho potuto constatare che i tre quarti delle apparecchiature mediche più sofisticate e costose non appartengono all'amministrazione universitaria ma all'ospedale.

Pertanto è giusto prevedere che in futuro in Italia – come avviene ormai in tutta Europa e in altri paesi del mondo – si adotti un sistema misto che può trovare la sua espressione migliore nel cosiddetto ospedale d'insegnamento. Sono infatti convinto che non tutti i bravi medici lavorino negli ospedali; vi sono ottimi medici anche nelle università.

Ribadisco quindi la necessità di dar vita a tale sistema misto la cui nascita però non è compito dei medici universitari. Spetta al Governo creare questo nuovo soggetto nel quale medici universitari e ospedalieri potranno integrarsi svolgendo funzioni didattiche e di ricerca, garantendo nel contempo una buona assistenza grazie alla disponibilità di quei mezzi che l'università non possiede.

Un'altra alternativa potrebbe essere quella di far sì che le cliniche universitarie – ma questa è una decisione che deve prendere lo Stato attraverso i Ministeri competenti – entrino in possesso dei mezzi e delle attrezzature ospedaliere come quando, ad un certo momento, il Servizio sanitario nazionale si è appropriato delle risorse che erano a disposizione dei vecchi enti che ha incorporato.

Solo quando l'università disporrà di tutti gli strumenti necessari allo svolgimento di una corretta attività di ricerca, quindi dopo un certo lasso di tempo, si potrà giudicare il suo operato.

BRUNI. Mi associo in parte a quanto affermato dal senatore De Anna. Come egli non ha espresso una difesa totale dell'università, io, in qualità di medico ospedaliero e di primario chirurgo, non intendo assumere la totale difesa della struttura ospedaliera.

Credo che l'istituzione di un sistema misto tra ospedali e università sia oggi l'unica strada da percorrere. L'università, fino a poco tempo fa, aveva prevalentemente il compito di svolgere attività didattica e di ricerca, mentre l'ospedale assolveva unicamente una funzione di assistenza.

A mio giudizio oggi una situazione mista rappresenta senz'altro la soluzione migliore. Del resto in alcune parti del paese ciò accade già grazie anche all'istituzione di alcune figure, i professori a contratto, che hanno il compito di insegnare in ospedali che magari sono convenzioni con alcune università. Ad esempio, nella clinica chirurgica dell'università di Milano ad alcuni professori a contratto, prevalentemente primari, è stato

dato l'incarico di «adottare» nel loro reparto alcuni specializzandi fino al termine del corso di specializzazione.

È l'inizio di una strada che dovremmo continuare a percorrere: più assistenza nelle università, più didattica e ricerca negli ospedali. Per raggiungere tale obiettivo però, senatore De Anna, non possiamo avere università con soltanto due o tre posti letto perchè in quel caso non solo si può fare ben poca didattica, ma soprattutto non si può fare assistenza. Posso capire che questo sia stato un modo per favorire certe situazioni anomale venutesi a creare nelle università con l'introduzione dei professori associati, tuttavia non credo sia questa la giusta soluzione.

Quindi, sebbene sia necessario fare ancora molta strada, ritengo che il percorso da seguire sia proprio quello che il senatore De Anna ed io sosteniamo ormai da diverso tempo. Spero che prima o poi l'associazione mista tra università e strutture ospedaliere sia posta in essere, anche perchè in tal modo si avranno specialisti nel vero senso della parola; fino a questo momento, infatti, gli specialisti non hanno raggiunto una formazione completa dopo la laurea e la scuola di specializzazione, non per colpa loro ma per la situazione che si è creata nel tempo.

A questo punto vorrei parlare in difesa dell'amico Perrone Donnorso, il quale ha fatto un riferimento, per quanto riguarda la sanità, alla normativa concernente l'età pensionabile. A tal proposito ho presentato un emendamento al disegno di legge delega n. 3299 (atto Senato), perchè credo sia arrivato il momento di stabilire a che età i medici debbano andare in pensione; non deve più esistere alcuna differenza tra il settore ospedaliero e quello universitario; è un capitolo che occorre al più presto chiudere. A me interessa se si debba andare in pensione all'età di sessanta, sessantacinque o sessantotto anni: l'importante è stabilire una volta per sempre quale sia l'età pensionabile, che deve essere identica per entrambi i comparti.

MONTELEONE. Signor Presidente, vorrei intervenire su due questioni.

Innanzitutto saluto il dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione medici dirigenti (Anaa-Assomed, con il quale molti anni fa a Trento - ricordo che sono primario di radiologia - presi parte alla prima Conferenza nazionale dei radiologi (non so se il dottor Bollero ricorda quell'incontro, dal momento che nel corso della sua vita avrà preso parte a tanti convegni), nel corso della quale furono poste alcune questioni tuttora attuali.

Vorrei far riferimento al documento del 30 giugno 1998 inviato a me e a tutti i componenti della Commissione sanità dalla Anaa-Assomed. A mio giudizio, questo documento dovrebbe essere oggetto di una discussione a parte da svolgere nell'ambito di questa Commissione. In tale documento si parla in particolare di un indebolimento del Sistema sanitario nazionale che sembra coinvolgere tutte le forze politiche, sia di maggioranza che di minoranza, e del contributo faticoso e responsabile che i medici dirigenti hanno offerto fino a questo momento.

Non posso non rilevare che tutto ciò che vent'anni fa era oggetto della diatriba, mai risolta, tra ospedale ed università permane ancora oggi come oggetto di discussione, la quale impedisce la valorizzazione adeguata delle risorse umane ed ostacola un processo di riorganizzazione che faticosamente si sta perseguendo, mortificando ulteriormente il ruolo dei medici.

Ritengo che le considerazioni contenute in quel documento vadano viste nel quadro dell'*excursus* storico della rappresentanza sindacale. Pertanto avrei preferito in questa occasione una puntualizzazione da parte dell'Anao-Assomed sul percorso negli anni della propria strategia sindacale. Forse l'Anao-Assomed si tira fuori da quello che è il ruolo di rappresentanza proprio di questo sindacato?

Approfitto poi della presenza del presidente nazionale dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo) per sapere che cosa si intende con il termine «trasversale» nelle forze politiche; fare affermazioni di questo tipo significa mettere tutti nello stesso calderone – come si usa dire – ma è bene che lo si faccia distinguendo i ruoli. Ho sentito poco fa in questa sede accusare di arroganza mentale il mondo universitario, il quale logicamente risponderà accusando di altrettanta arroganza mentale il mondo ospedaliero.

A distanza di tanti anni e permanendo questa diatriba, credo che lo scontro non sia la soluzione giusta; forse è giunto effettivamente il momento di distinguere i ruoli e di operare un confronto e non uno scontro. Occorre guardare con favore alla soluzione che prospetta un punto di incontro, in tema di formazione, negli ospedali di insegnamento.

Non si può negare che oggi la sanità abbia due velocità; è fuori dubbio. Parlare di sanità a velocità unica in Italia non è – a mio giudizio – il modo per affrontare una discussione seria. A mio parere, il ruolo svolto dalla sanità da Roma in su è diverso da quello svolto da Roma in giù. Questa realtà deve essere oggetto di discussione per definire finalmente quale sia la situazione di normalità in regioni come, ad esempio, la Lucania (regione nella quale abito) o il Veneto. Se si definisce una volta per tutte e preventivamente questa situazione di normalità per tutte le regioni, si potrà riprendere il discorso dell'aziendalizzazione della sanità, che – come ben sapete – oggi è oggetto di discussione. In caso contrario, ritengo seriamente che un confronto – oso dirlo – tra università e ospedali ritornerà solo come motivo di scontro.

Per quanto riguarda il problema del ruolo delle rappresentanze sindacali, devo dire che, se 6.500 radiologi – questo è il loro numero complessivo a livello nazionale – non hanno diritto di rappresentanza, mentre questa è riconosciuta a 1.000 medici iscritti alle confederazioni CGIL, CISL e UIL, è inevitabile l'insorgenza di scompensi. Questo è un discorso che precedentemente è stato sottinteso, mentre adesso sarà maggiormente valutato: è una questione che emerge se si vuole parlare di rappresentanza. I medici sono una categoria e non una corporazione; se non si ha il concetto di categoria come rappresentanza in questo senso, è chiaro che 6.500 radiologi vengono presi e messi da parte. Se si vuole avere un'altra opinione

in merito a questa rappresentanza, allora si portano al momento decisionale i 1.000 medici iscritti alla CGIL, CISL e UIL.

Per quanto attiene alle scuole di specializzazione e di formazione, ricordo di essere promotore, assieme al senatore Camerini qui presente, di un disegno di legge: in relazione alla sua stesura, non si è mancato di operare nel senso indicato e promuovendo peraltro consultazioni con le componenti interessate perchè non è certo nostra intenzione alimentare ulteriormente la conflittualità tra il mondo universitario e quello ospedaliero.

In uno dei punti dell'ordine del giorno conclusivo del Consiglio nazionale Anaao-Assomed, tenutosi a Bologna il 30 giugno 1998, si evidenzia la necessità di definire nuove regole di convivenza fra Servizio sanitario nazionale e facoltà di medicina che favoriscano il funzionamento delle istituzioni e la pari dignità dei professionisti che in esse operano; un'altra indicazione riguarda la stabilizzazione della carriera per i medici che hanno rapporti di precariato con il sistema sanitario nazionale secondo criteri di passaggi in ruolo tramite concorso riservato.

Considerato che non è sempre possibile instaurare un dialogo diretto, approfitto della presenza dei nostri ospiti per avere una risposta più esplicita su che cosa si intende per nuove regole di convivenza tra il Servizio sanitario nazionale e le facoltà di medicina. Vorrei inoltre sapere quali sono le proposte concrete per risolvere i problemi concernenti l'università, gli ospedalieri, la disoccupazione dei medici. Credo che se il sindacato sarà in grado di fornire proposte concrete, ciò costituirà senz'altro la base per un dialogo costruttivo.

CAMERINI. Tutti quanti siamo consapevoli che il problema del rapporto tra mondo universitario e ospedaliero e quello della conflittualità che si rileva, forse favorita dalla separatezza esistita fino ad ora tra questi due mondi, debbano trovare ormai una soluzione. I problemi che abbiamo di fronte relativi alla formazione sono differenti rispetto a come si ponevano trent'anni fa: la facoltà di medicina, che all'epoca si articolava in quattro anni di corsi di studio (dopo i due anni dedicati alle conoscenze di base), è diventata sempre più complessa; si pensi, ad esempio, a tutti i corsi delle scuole di specializzazione, ai diplomi universitari, alla facoltà di odontoiatria, al problema della formazione cosiddetta «continuativa», che necessita nel modo più assoluto di una soluzione, tenuto conto che ha luogo in molti paesi e che è una istanza dell'Unione europea.

Si rileva effettivamente una eccessiva attività assistenziale in ambito universitario; l'attuale tendenza è, comunque, quella di lasciare all'università parte delle attività assistenziali in misura proporzionale alla ricerca ed alla formazione.

Allo stato attuale a livello universitario si riscontrano strutture distorte legate, in gran parte, alla proliferazione delle cattedre. Penso che tutti voi conosciate i risultati dello studio effettuato sul funzionamento, per esempio, dei policlinici, dove si è riscontrata una media di 12 posti letto per ogni primario e di 2 posti letto per ogni specializzando; quanto si verifica è chiaramente al di fuori della legge, senza aggiungere poi

che l'assistenza dovrebbe costituire la base e non il fine per poter realizzare quanto sopra esposto.

Del resto, la letteratura medica aggiornata mostra risultati di ricerche integrate compiute da università e da ospedali che cooperano con risultati positivi. La legge vigente già prevede, in questo meccanismo integrato, la partecipazione molto attiva del Servizio sanitario nazionale alla formazione specialistica ed alla formazione necessaria per il conseguimento dei diplomi universitari. E lo sostiene in maniera ancora più stringente il documento in questione, nel quale si afferma che la titolarità dei corsi d'insegnamento previsti dall'ordinamento didattico è affidata di norma a personale in ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si effettua la formazione.

Credo che al di fuori delle posizioni espresse in questa Commissione esista una larga maggioranza convinta che i meccanismi di integrazione e soprattutto della partecipazione del Servizio sanitario nazionale al processo di formazione debbano essere più stringenti. Pertanto è opportuno prevedere ulteriori strumenti di rafforzamento dell'attività formativa del Servizio sanitario nazionale anche per contribuire a diminuire la separazione che ha finora caratterizzato il rapporto tra i due mondi.

Del resto è stato riconosciuto anche nei sistemi sanitari liberistici che occorre passare da forme di *competition* a forme di *cooperation*.

PRESIDENTE. Rinvio alla seduta pomeridiana la replica dei rappresentanti dell'Anpo nonché, come già preannunciato, quella del rappresentante dell'Anao-Assomed.

I lavori terminano alle ore 9,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

