

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

17° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 25 GIUGNO 1998

—————

**Presidenza del vice presidente DI ORIO  
indi del presidente TOMASSINI**

**INDICE**

**Audizione del presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, del vice segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (Anaa Assomed) e del presidente nazionale della Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO)**

PRESIDENTE:		
- DI IORIO ( <i>Dem. Sin.-L'Ulivo</i> ) . Pag. 3, 13, 22		<i>PAGNI</i> ..... Pag. 5, 18, 19
- TOMASSINI ( <i>Forza Italia</i> ) 5, 7, 10 e <i>passim</i>		<i>SIZIA</i> ..... 10
BERNASCONI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) ..... 15		<i>ZUCHELLI</i> ..... 7, 20, 22
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) ..... 14		
MIGNONE ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> )..... 17, 18, 19		

*Intervengono il dottor Aldo Pagni, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici; il dottor Serafino Zucchelli, vice segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (ANAAO ASSOMED), accompagnato dal dottor Alberto Andrion; nonchè il dottor Carlo Sizia, presidente nazionale della Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO), accompagnato dai dottori Giancarlo Cannella e Riccardo Cassi, componenti del comitato centrale della Confederazione medesima.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,15.*

### **Presidenza del vice presidente DI ORIO**

**Audizione del dottor Aldo Pagni, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, del dottor Serafino Zucchelli, vice segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (ANAAO ASSOMED), nonchè del dottor Carlo Sizia, presidente nazionale della Confederazione italiana dei medici ospedalieri (CIMO)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici, dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri-sindacato italiano medicina pubblica e della Confederazione italiana medici ospedalieri.

In attesa dell'arrivo del presidente Tomassini, ritengo opportuno dare comunque inizio ai lavori, anche per non fare attendere i gentili invitati.

Questo incontro, tra l'altro, riguarda il tema delle relazioni tra sistema sanitario e università.

Nella scorsa seduta di giovedì 18 giugno si è svolta l'audizione del Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica, professor Luciano Guerzoni, il quale ha espresso il giudizio, condiviso da gran parte della Commissione, secondo cui nell'area dei rapporti tra università e servizio sanitario nazionale bisogna realizzare interventi normativi poichè in questo momento vi è una sostanziale difficoltà operativa. Come sicuramente saprete, alcuni articoli del testo del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, affrontano già tali rapporti. Credo utile informare tutti che, per esempio, questo ramo del Parlamento ha già avviato, con il senatore Camerini, una riflessione per quanto riguarda la formazione permanente, nell'ambito della quale si sta esaminando una possibilità: è stato presentato, infatti, un disegno di legge che affronta la questione dell'ospedale d'insegnamento, di cui sono il primo firmatario.

In questa sede vorrei rapidamente riassumere i temi sinora affrontati.

Innanzitutto penso sia sotto gli occhi di tutti il fatto che in questo periodo i rapporti siano complessi. La facoltà di medicina, nel tempo, è andata assumendo un ruolo che non le era proprio fino a qualche anno fa ed è via via diventata qualcosa di diverso. Ricordo che quando ero preside di facoltà c'erano due corsi di laurea e poche specializzazioni. Adesso abbiamo la formazione delle professioni sanitarie, due corsi di laurea e – se verrà approvato alla Camera dei deputati il provvedimento sulle professioni sanitarie non mediche licenziato da questo ramo del Parlamento – tre corsi di laurea, e un numero altissimo, che voi ben conoscete, di specializzazioni: credo che il nostro paese abbia la fortuna (o la sventura) di prevedere il maggior numero di specializzazioni nell'area medica dell'intero sistema europeo; a ciò vanno aggiunti anche i vari dottorati e le competenze complessive che si attribuiscono alla facoltà di medicina.

In realtà, quindi, partendo soltanto da questo giudizio della «massa critica» necessaria per fornire una risposta a questa richiesta di informazione, si potrebbe già affermare che il sistema è andato evolvendosi, per cui – chiaramente – nel paese non sono più sufficienti le risposte che attualmente offre la facoltà di medicina.

La Commissione d'inchiesta, come già nella scorsa legislatura aveva fatto la Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie (ero relatore sulla materia anche in quell'occasione), continuerà ad affrontare tale tematica partendo proprio da questo giudizio. Nella scorsa legislatura intervennero in Commissione gli allora Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, professor Giorgio Salvini, e della sanità, professor Elio Guzzanti. Verificammo, così, che gran parte dei sistemi delle facoltà universitarie di medicina in convenzione con il servizio sanitario nazionale era stata di fatto denunciata o si trovava in piena area di conflitto; soltanto i policlinici universitari (che mi sembra attualmente nel paese siano nove) si sottraevano a questa difficoltà. Rispetto a tali tematiche, quindi, emergeva la difficoltà di governare un sistema in cui tutta questa attività di volta in volta veniva contestata.

In riferimento al citato decreto legislativo n. 502, si è parlato ancora con i rappresentanti del Governo, che hanno ribadito – per l'appunto – che quest'area di rapporti è attraversata da conflitti, alcuni gestionali ed altri di ruolo. Comunque, come Commissione d'inchiesta, riteniamo vada verificata la possibilità di passare all'altro sistema oppure di prendere atto delle eventuali modifiche proponibili.

L'odierna audizione, quindi, si colloca all'interno del dibattito avviato nella precedente legislatura (conoscere le risultanze della precedente Commissione d'inchiesta che furono, per l'appunto, incentrate sul policlinico Umberto I di Roma, le cui vicende costituirono allora l'evento scatenante, ma che comunque affrontarono complessivamente le questioni dell'intero sistema) che anche l'attuale Commissione d'inchiesta intende affrontare: credo che la Commissione, anche in questa legislatura, possa svolgere un buon lavoro e fornire

risposte allo stato di difficoltà che si avverte nel paese, cercando di individuare le possibili soluzioni.

Lascio ora la parola al presidente Tomassini, che nel frattempo è arrivato.

### **Presidenza del presidente TOMASSINI**

**PRESIDENTE.** Ringrazio il vice presidente Di Orio per l'introduzione ai lavori e mi scuso per il ritardo.

Cedo quindi la parola al presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, dottor Aldo Pagni.

**PAGNI.** Ringrazio preliminarmente il presidente Tomassini ed i senatori della Commissione per avermi invitato.

Ho già avuto occasione di partecipare in quest'Aula ad un'audizione con il presidente Tomassini sui problemi della formazione, che sicuramente hanno a che fare con la forbice esistente tra ospedale e formazione.

Innanzitutto, mi pare necessario rilevare il rapporto tra l'accesso alla facoltà di medicina e gli sbocchi occupazionali e professionali dei medici. Nell'audizione che la Commissione ha svolto la scorsa settimana, il sottosegretario Guerzoni ha dichiarato che la facoltà di medicina richiede il 38-40 per cento delle risorse degli atenei: una situazione che sta diventando esplosiva e abbastanza drammatica, denunciata dalla nostra Federazione.

Le iscrizioni annuali agli ordini sono in media di 9.000-10.000 medici, e non sono rappresentate solo dagli iscritti all'anno, ma anche dai fuori corso che si laureano e che integrano il numero dei laureati in medicina. Di questi, una parte accede alle specializzazioni per le quali sono previsti cinque anni, mentre i medici generali debbono superare un concorso per accedere ai corsi di formazione complementare gestiti dalle regioni per due anni; le specializzazioni hanno una programmazione anomala, in quanto sono proposte dal Ministero della sanità sulla base delle indicazioni delle regioni: senza tener conto dell'esistenza delle scuole di specializzazione già istituite nè del numero degli specialisti e dei disoccupati o sottoccupati, si programmano scuole di specializzazione e lo si fa senza alcuna armonizzazione tra l'utilizzazione che il servizio sanitario nazionale farà del personale medico laureato e la programmazione della formazione.

Sottolineo ancora una volta la drammaticità del fatto che 60.000-80.000 medici sono disoccupati, sottoccupati, variamente impiegati o che si stanno occupando di medicine alternative come sbocco professionale. Sottolineo inoltre che nell'ambito della medicina specialista ci sono 50.000 medici che non hanno ancora trovato una collocazione professionale. Ed allora, o qui si fa un discorso programmatico a li-

vello centrale, con un piano di rientro a 5 o 10 anni, sulla falsariga di quello che hanno fatto la Spagna e altri paesi, oppure si rischia di andare incontro ad una catastrofe di dimensioni incalcolabili, perchè non è possibile dare aspettative ai giovani medici e poi a 30 anni dire loro che non c'è posto. Oggi il tempo medio d'ingresso nella professione è di 7-10 anni dal conseguimento della laurea, il che vuol dire deterioramento e obsolescenza rispetto agli studi fatti e che hanno comportato un notevole impegno umano ed economico.

Vorrei ricordare che negli anni 1969-1970 si passò da 30.000 iscritti alla facoltà di medicina a 180.000, e di questi se ne laureò il 10-15 per cento, e che oggi nella professione l'insediamento prevalente è tra i 30 e i 50 anni; il che vuol dire che, se li mandassimo tutti in pensione a 65 anni, non risolveremmo il problema, perchè dovrebbero passare almeno altri 15 anni prima che si riesca a smaltire l'«onda lunga» esistente attualmente. Abbiamo calcolato che fino al 2020 non si riequilibrerà la situazione, ma ciò peraltro non succederà se non riusciremo a fare un piano di rientro che parta dall'accesso alla facoltà di medicina, prevedendo il numero programmato. Questo riguarda l'università, ma anche la società perchè uno studente di medicina costa 35 milioni ogni anno allo Stato, senza contare quello che costa alle famiglie. Però non è possibile dire ad uno che si laurea a 25 anni: «Tu ti sei laureato, ora per altri 5-6 anni il titolo di studio lo puoi applicare nella formazione, perchè la professione non la farai». La formazione in campo medico purtroppo non è una formazione culturale in senso generale, che quindi può essere utilizzata a livello generale in qualsiasi altro settore, in quanto è una formazione professionalizzata.

Da questo punto di vista, il numero delle specializzazioni non è parametrato sul fabbisogno, in quanto le scuole di specializzazione continuano a formare persone con borse di studio, persone senza borse di studio, persone con borse di studio private o con specializzazioni che non hanno sbocco professionale, e così via. Cito tra tutte la specializzazione in psicologia medica. Ricevo una serie di telefonate di medici che si sono laureati in medicina, si sono specializzati in psicologia medica, dopo quattro anni di scuola di specializzazione, e che ora si trovano a spasso, perchè non esiste l'area o il settore specifico nei concorsi che si fanno a livello regionale, poichè la disciplina non è nell'area della medicina e in quanto psicologi sono considerati non psichiatri e in quanto medici non sono considerati psicologi. Eppure si continua a mantenere una specializzazione in psicologia medica che in realtà è un controsenso.

Ho visto dalla relazione che ha fatto il sottosegretario Guerzoni che si parla della necessità di restituire all'ospedale la professionalizzazione specialistica, piuttosto che lasciarla in mano all'università che continua a farne un'attività di tipo professionale molto spesso teorica perchè manca un certo tipo di strutture in certe circostanze. Io credo che questo problema non possa che essere rivisto sulla base di un quadro di programmazione che va dall'accesso alla facoltà di medicina alla posizione di coloro che escono dal servizio, e che non si possa continuare a fare interventi parziali o discorsi che non danno alcun risultato.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Pagni di quanto ha detto, che assume ancora maggiore solennità proprio per la carica ben al di sopra delle parti che egli ricopre, in qualità di presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici.

Passiamo ora la parola al vice segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri, dottor Serafino Zucchelli.

ZUCHELLI. Signor Presidente, intervengo in sostituzione del dottor Bollero, che al momento è all'estero.

Prima di prepararmi a questo tipo di audizione ho letto i verbali della precedente riunione in cui il sottosegretario Guerzoni ha fatto alcune dichiarazioni e sono stato confortato perchè molte delle opinioni da lui espresse ci trovano d'accordo; quelle del dottor Pagni poi sfondano una porta aperta perchè le nostre opinioni sono sostanzialmente analoghe.

Cercherò di essere sintetico e di affrontare i problemi che ormai si sono un po' incancreniti. Credo che l'azione legislativa del Parlamento debba in qualche modo sanare la situazione, perchè non è tanto un problema di distinzione tra ospedalieri e universitari, bensì un problema di funzionamento delle istituzioni di questo paese, in quanto la facoltà di medicina deve servire al sistema sanitario nazionale. Abbiamo invece l'impressione che spesso le istituzioni del paese siano distorte e servano a certi fini e non a quelli corretti sul piano istituzionale.

Anche il senatore Di Orio, nella sua introduzione iniziale, parlava dello stato attuale e dell'entità del carico formativo dell'università nella situazione nuova che si è venuta a creare. Credo che questa sia una fotografia della realtà dei fatti, però non sono convinto che questi carichi formativi debbano essere tutti svolti dall'università; penso peraltro che non si debba intervenire soltanto cambiando la norma, perchè esistono anche questioni di applicazione della norma esistente.

Ad esempio, per quanto riguarda il numero di incarichi, il numero dei medici di base deve essere ridotto, perchè il nostro paese ha bisogno di meno medici. In secondo luogo, il numero degli specializzandi deve essere adeguato alle necessità del paese, ma lo stesso discorso riguarda anche il modo di crearli, che è già previsto dalla normativa vigente, cioè dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, come rivisti dal decreto del gennaio 1998, che ha stabilito quali devono essere i criteri per l'individuazione della attitudine a svolgere azione didattica nei confronti degli specializzandi. È quindi già previsto in linea teorica tutto il circuito ospedaliero, che prevede che i due terzi del tempo della specializzazione debbano essere svolti all'interno delle strutture ospedaliere, così come il fatto che all'università competa prevalentemente la specializzazione di tipo teorico-formativo, mentre l'attività pratica sul campo, quella che finora poco è stata esercitata, in realtà deve essere svolta in strutture che consentano di farlo. A tutt'oggi però il sistema legislativo vigente non ha affrontato in maniera concreta questo problema. Il decreto legislativo n. 502, infatti non tratta specificamente della frequenza del circuito ospedaliero, per una serie di motivi intuibili.

Quindi, onorevoli senatori, il percorso formativo è senz'altro da rivedere, ma non necessariamente attraverso una rivisitazione globale della legge, quindi non cambiando le leggi, ma adattandole da un lato alle necessità di questo paese, dall'altro alle modalità di formazione, perchè gli specializzati devono essere formati in parte dalle strutture universitarie e in parte dalle strutture ospedaliere, in cui devono trascorrere i due terzi del tempo di specializzazione.

Il secondo problema riguarda il finanziamento. Giustamente il sottosegretario Guerzoni evidenziava una anomalia, perchè non solo l'università spende per la formazione il 38-40 per cento dei fondi, ma spende anche i soldi del servizio sanitario nazionale. Questo è un finanziamento improprio che deve essere definito. Per quale motivo si deve ricorrere a questo finanziamento di tipo surrettizio?

Altro elemento che secondo me serve a fare una diagnosi della realtà esistente riguarda il concetto di autonomia, che è così caro al mondo dell'università e che deve in realtà essere caro ad ogni cittadino di questo paese. Si tratta di un concetto estremamente nobile e che sicuramente va allargato. Noi abbiamo un concetto di autonomia che è stato utilizzato sul piano del gruppo, della gestione del potere, e così via. In realtà c'è stato un abuso del concetto che poco ha a che fare con il concetto di autonomia.

L'impressione complessiva è che mentre il servizio sanitario nazionale, pur faticosamente, mostrando gravi ritardi e smagliature profonde, si sta confrontando con i problemi del paese attraverso un processo di modernizzazione, altrettanto non può dirsi delle facoltà di medicina che vivono in una situazione di «autoreferenzialità». Questa è la nostra opinione. Poichè però la diagnosi serve a poco e ciò che conta è la terapia, occorre assolutamente trascinare il mondo universitario ad un confronto con le necessità del paese, compito quest'ultimo affidato ai legislatori.

Sulla diagnosi, quindi, siamo tutti d'accordo. Il problema è individuare le soluzioni che non sono certo semplici da trovare. Fondamentalmente ne sono state individuate tre. La prima, accarezzata da molti, è la separazione, ovvero policlinici che agiscono autonomamente. Non solo, però, mancano i soldi per attuarla, probabilmente la stessa gestione autonoma dei policlinici – che è sotto gli occhi di tutti – non fornisce certo esempi insigni, meritevoli, in questo paese come in altri, di essere seguiti. Mi riferisco, ad esempio, al policlinico Umberto I di Roma e alle facoltà di medicina dell'università di Napoli. Alcune colleghe napoletane mi hanno riferito che in un policlinico della città partenopea, titolare anche della funzione di emergenza del pronto soccorso, un paio di anni fa chiusero per due mesi durante il periodo estivo, probabilmente perchè faceva caldo. Il rapporto con le esigenze della collettività sembra essere concepito, quindi, in modo anomalo. Pertanto, per quanto riguarda l'ipotesi di policlinici autonomi, credo che la maggioranza sia ormai d'accordo di non ripetere questo tipo di esperienza.

Altre soluzioni contengono, in maniera più o meno esplicita, il desiderio di risolvere i problemi ritagliando all'interno del servizio sanitario nazionale – lo affermo perchè l'ho sentito dire molte volte in qualità di consulente di un gruppo di lavoro del ministro Berlinguer – una per-

centuale di ogni parte del servizio stesso, ovvero un certo quantitativo di denaro, un determinato numero di letti e un certo numero di malati. Si prende in gestione la parte necessaria alle esigenze formative (ipotizzo, ad esempio, un 8 per cento), si stabiliscono le regole di gestione, dopodichè si chiede che venga analizzato il prodotto, sia esso formativo che assistenziale, della propria azione.

Di fronte ad una simile ipotesi, blandita da molti dei proponenti degli attuali progetti, affermiamo la nostra decisa contrarietà. Non siamo d'accordo fondamentalmente per due motivi: il primo è che si tratta sempre di una forma di separazione, anche se meno definitiva; il secondo è che tale ipotesi presenterebbe anche lo svantaggio di sottrarre ulteriori finanziamenti, che tra l'altro sono già scarsi, al servizio sanitario nazionale.

Riteniamo inoltre che compito fondamentale del legislatore debba essere quello di prestare attenzione ai diritti del malato. La tutela della salute dei cittadini esige che il problema sia risolto al più presto.

Creare forme di separatezza in cui le regole che presiedono la gestione della salute sono diverse non è corretto. Crediamo quindi, per un motivo di civiltà e di tutela dei diritti prima ancora che per un'efficace gestione dell'autonomia, che ciò vada evitato.

A mio avviso, nel contesto attuale, è possibile trovare, se correttamente applicata, la soluzione ai vari problemi. Innanzi tutto, dopo aver determinato il giusto carico formativo delle facoltà di medicina, occorre individuare, basandosi su parametri certi, la quantità di letti da assegnare all'università per lo svolgimento dei suoi compiti assistenziali (e la storia dimostra che i letti non bastano mai).

Abbiamo ascoltato interventi del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica nei quali si sottolineava un eccesso di funzione assistenziale delle facoltà di medicina, ormai ospedalizzate e quindi non più in grado di svolgere le funzioni proprie. Hanno perfettamente ragione; siamo d'accordo, ma dalla diagnosi occorre passare ai fatti. Occorre individuare, in modo preciso e non in linea teorica, partendo dal sistema ospedaliero della capitale, un paradigma tipo (uno o due letti), sull'esempio di quanto già avviene in Europa.

Il primo passo, quindi, è determinare tale «paradigma tipo». In secondo luogo occorre stabilire dove collocare questi luoghi di formazione. Per quanto riguarda la formazione pre-laurea è opportuno collocare detti luoghi nell'ambito di aziende ospedaliere che però devono continuare ad agire secondo i criteri di efficacia e di economicità propri di un'azienda, consapevoli del fatto che all'interno della propria struttura opera la facoltà di medicina. Questo ovviamente comporta – come in tutti i paesi d'Europa – finanziamenti aggiuntivi e il rispetto delle esigenze didattiche dell'università. E tutto ciò non si ottiene creando aziende miste, «mostri giuridici» a diversa gestione, ma facendo coesistere le esigenze delle facoltà di medicina con quelle di strutture ospedaliere nelle quali il cittadino deve essere ugualmente tutelato esistendo, sul piano dell'assistenza, le stesse regole. Non si tratta di applicare semplicemente un principio di uguaglianza con gli organi sanitari – sarebbe una visione estremamente miope alla quale dobbiamo sottrarci – ma di

tutelare la salute dei cittadini, che deve essere garantita nella stessa misura ovunque venga erogata l'assistenza.

Pertanto, prima di tutto occorre un dimensionamento quantitativo, in secondo luogo il rispetto delle esigenze finanziarie. Tuttavia i finanziamenti aggiuntivi concessi alle aziende sanitarie che al loro interno hanno la facoltà di medicina dovranno essere gestiti con gli stessi criteri aziendali di efficienza richiesti alle altre strutture.

**PRESIDENTE.** Do ora la parola al presidente nazionale della Confederazione italiana medici ospedalieri (CIMO), dottor Carlo Sizia.

**SIZIA.** Innanzi tutto mi associo alle parole di ringraziamento del dottor Pagni e del dottor Zucchelli nei confronti della Commissione per averci dato l'opportunità, con questa audizione, di esprimere le nostre posizioni. Ho il vantaggio di non intervenire per primo e quindi mi richiamerò agli interventi di quanti mi hanno preceduto e che peraltro condivido in larga parte.

Mi permetto di svolgere però alcune riflessioni aggiuntive e di fare qualche integrazione. A me pare che competa al legislatore, a qualsiasi paese esso appartenga, l'obbligo di essere coerente armonizzando tra di loro i provvedimenti che emana.

Non si può pensare di riequilibrare i rapporti ospedale-università elaborando semplicemente un disegno di legge, considerando anche che essi sono oggetto di altri provvedimenti presentati dal Governo e da diverse forze politiche in materia di specializzazione medica post-laurea. Non possiamo permettere che vengano emanati contemporaneamente provvedimenti incongruenti l'uno rispetto all'altro. Nel disegno di legge sulla formazione dei medici si sostengono tesi diverse da quelle contenute nel disegno di legge delega. Ciò non ha senso ed è indice di incoerenza. D'altra parte non è pensabile, ad esempio, procedere in maniera non omogenea in tema di età pensionabile dei medici dipendenti, ritenendo che essa possa differire da quella dei medici universitari, che pure svolgono attività assistenziale e non solo a fini didattici.

Posto che esiste – come ha ricordato il presidente Pagni – un'emergenza occupazione nel nostro paese non è pensabile che il legislatore non compia uno sforzo per armonizzare l'età pensionabile delle varie categorie: medici dipendenti, medici universitari e in parte anche i medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale. Se l'età pensionabile ha una ricaduta sull'occupazione, altrettanto può dirsi per il divieto di cumulo tra l'attività libero professionale e le cosiddette pensioni anticipate. Non si può invocare una riduzione forzata e brutale dell'età pensionabile dei medici se poi non si compie alcuno sforzo per eliminare un divieto di cumulo tra pensioni anticipate e reddito da lavoro autonomo professionale che rappresenta un ostacolo alla pensione anticipata che creerebbe certamente uno spazio occupazionale a favore dei medici disoccupati.

Per quanto riguarda più direttamente il problema della formazione post-laurea, specialistica, il legislatore deve correggere una omissione della legge 23 dicembre 1978, n. 833: non c'è alcun coinvolgimento isti-

tuzionale dei medici ospedalieri e dei loro rappresentanti al momento della stipula dei cosiddetti protocolli di intesa regioni-università, il caposaldo da cui nascono l'integrazione, l'assistenza e la didattica universitaria ed ospedaliera. Come è possibile ipotizzare che tali rapporti, che devono coinvolgere due categorie così numerose ed impegnate nell'assistenza e nella formazione, nascano senza il coinvolgimento delle rappresentanze dei medici ospedalieri nella stipula dei protocolli di intesa e nei rapporti di attuazione delle predette intese? Se non c'è, insomma, un mezzo di confronto, come si possono integrare ospedali ed università ai fini della formazione post-laurea di medici specialisti? Per la formazione, ai sensi di questa disciplina di legge, bisogna avere a disposizione strutture idonee, per cui si pone un problema di verifica di tale idoneità: è necessario un volume assistenziale che determini un tessuto tale per cui ci si può specializzare con i parametri stabiliti dall'università. Per specializzarsi, oggi, non basta aver frequentato seminari e ore di lezioni magistrali, ma bisogna avere svolto un'attività assistenziale; pertanto non si possono fare miracoli: se non c'è volume assistenziale, non si può produrre un certo numero di specialisti che costituiscano un prodotto formato di medico specialista e non «semilavorato» (fino ad adesso, infatti, si è prodotto uno specialista «semilavorato» e non uno formato). Allo stesso modo, non si può procedere facendo finta che «la mano destra non sappia quello che fa la sinistra»; si deve cioè coordinare anche tutto il processo del disegno di legge in termini di formazione del medico specialista.

La relazione sul nuovo modo di formare medici specialisti è piena di riferimenti lodevoli, ma se ci si pone come riferimento l'Europa si deve specificare anche la retribuzione di questi medici specializzati: non si può, infatti, stabilire quanti medici specialisti si possono formare se non si sa quanto li si può pagare. Anche sulla questione del tessuto necessario, non si possono compiere dei miracoli: non si può retribuire un medico specializzando, obbligandolo al tempo pieno – magari – del rapporto, se non si sa quanto lo si può pagare. Nelle proposte di legge dei vari partiti, infatti, si fa riferimento alla quantificazione della retribuzione del medico specializzando, che avrebbe tutta una serie di obblighi di lavoro (orario, incompatibilità, e così via), senza però precisare quanto realmente si intenda pagarlo.

C'è poi anche un riferimento all'instabilità del rapporto. Si afferma, infatti, che il rapporto di lavoro del medico specializzando è privatistico, annuale e rinnovabile: in questo modo si crea anche un'instabilità del processo formativo; si potrebbe invece specializzare il medico prevedendo tre, quattro o cinque anni e poi, se questi non raggiunge quanto previsto nel termine previsto, magari gli si potrebbe pagare ancora un anno e poi più nulla. Diversamente si crea un'instabilità addirittura annuale nel rapporto privatistico di lavoro, perchè non ha senso un'ipotesi di retribuzione da una parte fissa e dall'altra variabile, non soggetta a contribuzione previdenziale (in quanto per cinque anni a tali soggetti non si corrisponde una contribuzione adeguata a livello previdenziale), che non crea una storia pensionistica. Questi soggetti iniziano a lavorare dopo gli studi, a circa quarant'anni, e raggiungono i 65 anni senza avere alle

spalle una carriera contributiva a livello previdenziale, per cui avranno poi miserrime pensioni. Bisogna studiare insieme tutti questi problemi, perchè se non ci si coordina, non si può riuscire a risolverli.

Se questa è la situazione, bisogna fare anche chiarezza sul significato che avrà il cosiddetto contratto di formazione lavoro introdotto dal disegno di legge di delega. Si prevede un contratto di formazione lavoro di quattro-cinque anni, ma il medico che ha superato tale contratto (che non è un tipo di formazione specialistica in senso pieno, perchè non rilascia, alla fine, un diploma di medico specialista) potrà accedere ai concorsi per il primo livello della dirigenza del lavoro sanitario o – in prospettiva – del lavoro medico, se quest'ultimo sarà finalmente introdotto?

Queste mie considerazioni, che non vorrei possano apparire in difformità o contraddizione con i precedenti interventi svolti dal dottor Pagni o dal dottor Zucchelli (intervenuto in rappresentanza del dottor Bolero), vogliono rappresentare semplicemente un ulteriore stimolo al Parlamento, al legislatore in senso lato, affinché si affronti con urgenza (ma anche con complessità di intervento) tale materia, che è estremamente esplosiva. Infatti, comunque sia, prima o poi, questi 70.000-80.000 medici sottoccupati o disoccupati si rivolgeranno contro le istituzioni o contro il mercato del lavoro medico, creando un disservizio e comunque una offerta impropria di medicina, perchè è difficile riconvertire un laureato o uno specializzato in eccesso laddove non vi sia un assorbimento di medici specialisti.

Sono un pediatra e so bene che è inutile oggi formare altri pediatri nel nostro paese: in Italia, i bambini non nascono più e pertanto è meglio ridurre anche il flusso del «rubinetto» degli specialisti pediatri o ginecologi ostetrici, mentre è necessario incrementare il numero degli oculisti e degli anestesisti (al mio fianco peraltro è presente un anestesista-rianimatore) perchè c'è carenza di medici specializzati in alcune materie.

Bisogna quindi attuare una programmazione, ma l'autonomia è proprio il contrario della programmazione. Anche l'università non può chiamarsi fuori, perchè – ripeto – c'è bisogno di programmare: dopo 20 o 30 anni di non programmazione anche il Parlamento non deve avere il pudore di nominare la tanto vituperata espressione «numero chiuso», che appare oggi quanto mai opportuna.

Con questo non si intende introdurre più alcun nuovo elemento, ma si vorrebbe programmare un numero di medici laureandi e specializzandi adeguato alle necessità del mercato del lavoro medico. Non ha senso una produzione in eccesso in questo campo, perchè, *ex post*, ciò determina comunque delle storture difficilmente correggibili: bisogna, pertanto, provvedere prima.

PRESIDENTE. Ringrazio molto il dottor Sizia per la sua esposizione e mi complimento con tutti coloro che sono intervenuti perchè hanno evidenziato aspetti diversi di un unico problema.

Il dottor Pagni si è riferito soprattutto al problema della pletera di medici, del loro numero attualmente eccessivo; il rappresentante della

ANAAO ha sottolineato il problema dell'«interreazione» (che probabilmente è un punto centrale di questo tema) tra le strutture preposte all'insegnamento e quelle adibite alla cosiddetta attività di diagnosi e cura; da ultimo, invece, è stato affrontato l'aspetto più complessivo della normativa contrattuale in generale, che poi coinvolge i medici anche nell'aspetto didattico.

È su questi importanti contributi che invito i senatori a porre questi ai nostri ospiti.

DI ORIO. Vorrei porre una questione che ritengo significativa nell'ambito dell'approfondimento di questi problemi.

Conosco i documenti sindacali degli ultimi anni, forse anche quelli di molti anni fa, in cui i sindacati medici ospedalieri chiedevano con forza ed energia che si determinasse una separazione degli organici tra universitari ed ospedalieri, e in proposito ci sono documenti della ANAAO. Ricordo che nella facoltà di medicina di cui ero preside, quando abbiamo stipulato una convenzione, il vero ostacolo che abbiamo incontrato è stato quello di armonizzare il personale universitario ed ospedaliero. Quel problema è rimasto invariato.

PRESIDENTE. Ritengo che sia il nodo principale.

DI ORIO. Infatti. Se questa posizione rimane un caposaldo della vostra iniziativa sindacale, tutte le strutture convenzionate dovranno saltare perchè il personale (medico o no) delle facoltà universitarie in convenzione non è sufficiente neanche per far fronte all'uno per cento dell'attività che viene svolta.

Pochissimi reparti risultano sufficienti sul piano del personale medico, nessuno lo è per il personale non medico, fatta salva la situazione dei policlinici universitari che nascono con un'altra storia. Questo secondo me è un punto fondamentale perchè in realtà si tratta di capire qual è la vostra posizione circa questi organici: è rimasta quella che ho letto nei documenti sindacali, oppure ci sono state variazioni? Anche perchè ritengo – e questo è un altro punto che in questa riflessione deve essere portato all'attenzione – che vi sia una certa disparità di attivazione di strutture universitarie e di disponibilità universitaria rispetto al sistema sanitario nazionale. Nel mondo universitario notiamo che è semplicissimo attivare una struttura a direzione universitaria (basta una delibera della facoltà), mentre poi per il primariato esistono possibilità di attivarlo *de facto* per gli ordinari, con il riconoscimento della facoltà per gli associati; i ricercatori sono collocati in molte realtà anche in posizioni di responsabilità in diversi servizi, e così via.

Considerata quindi tale differenza dal punto di vista della semplicità di attivazione per l'università, che a mio giudizio ha creato maggiori problemi alle strutture universitarie, perchè la selezione di figure peraltro con responsabilità apicali ha determinato sicuramente l'ingorgo che si può facilmente constatare, l'altra domanda che volevo fare è questa: dato che la pratica dell'attribuzione dell'apicalità continua, essendo questa infatti una prassi operativa nel mondo dell'università, qual è la

vostra posizione rispetto a questo? Ad esempio, io ho perso il conto dei primari che ci sono al policlinico Umberto I di Roma. Noi non consideriamo più i numeri, ma sicuramente si tratta di un numero altissimo. E devo dire che purtroppo la responsabilità apicale in quel caso è vista all'interno delle logiche accademiche, nel senso che è più importante il cattedratico che riesce a convenzionare il maggior numero di suoi aiuti, e questo vale anche per le cariche accademiche successive, per cui è un meccanismo di riproduzione del consenso universitario che niente ha a che vedere con le esigenze di carattere generale, non soltanto per l'assistenza, ma anche per la ricerca e la formazione.

Quindi vorremmo conoscere il vostro pensiero sulla possibilità di organici misti, che è un punto determinante; infatti basterebbe che si ribadisse la vostra posizione in modo deciso che, francamente, non avremmo di fatto alcuna struttura universitaria, neanche una, oppure pochissime, con personale non medico. Peraltro c'è anche il problema del personale infermieristico; voi non lo rappresentate, come so bene, in quanto non è di vostra competenza, ma poi nei reparti è determinante.

Secondo punto: qual è la vostra posizione circa queste due velocità, per cui l'università può facilmente attivare strutture senza di fatto alcun impedimento, mentre in ospedale esiste un meccanismo che fa riferimento al sistema del finanziamento?

Infine voglio fare non una domanda, ma una considerazione: abbiamo anche sentito che per quanto riguarda i Drg vi è una posizione diversa da parte dell'università; ho avuto anche un confronto con colleghi di facoltà universitarie che hanno ribadito che per loro il Drg non si può applicare. Io ho una visione completamente diversa, ma su questo ci dovremo confrontare. Anche quello però è un punto fondamentale, perchè è un po' il problema di come viene riconosciuta l'attività che viene svolta in un sistema di questo tipo.

CAMERINI. Signor Presidente, ho ascoltato con molto interesse quanto hanno detto i nostri ospiti e vorrei rivolgermi anzitutto al dottor Pagni, che ci ha dato un quadro complessivo della situazione. La mia domanda è in sintesi: in ogni sistema formativo sono necessarie le verifiche: qual è la situazione degli esami di abilitazione professionale nel nostro paese? Dai dati che conosco, le persone che passano questo tipo di esame oscillano tra il 97 e il 98 e qualcosa per cento, qualcosa di molto distante rispetto a quello che succede in facoltà come architettura, giurisprudenza, veterinaria, e così via. Quindi questo esame è diventato puramente simbolico e non ha praticamente alcun significato. Sono portato a credere che compito dello Stato, in senso lato, sia quello di verificare che le persone che andranno ad esercitare la professione medica abbiano una preparazione adeguata. Tra l'altro un esame rigoroso rappresenterebbe un processo di verifica per quanto riguarda la qualità della preparazione nelle varie facoltà di medicina. Infatti vi può essere una facoltà in cui viene promosso il 50 per cento degli studenti e una in cui ne viene promosso il 90 per cento; già in questo modo si fornirebbe un indicatore di qualità del processo formativo.

La domanda è: dottor Pagni, non crede che sia veramente giunto il momento di una riforma rigorosa dell'esame di abilitazione professionale, con esami che devono essere in qualche modo obiettivi e svolgersi contemporaneamente in tutto il paese, senza che debbano essere le università a svolgerli? Il controllato non può essere il controllore, vi deve essere un organo dello Stato, il Ministero della sanità o l'ordine dei medici, a realizzare questo tipo di valutazione.

Vorrei inoltre porre una seconda domanda al dottor Zucchelli in relazione a quanto ha affermato prima. Mi ha interessato molto anche perchè la penso in maniera molto simile a lui, però partirei da quello che ha detto prima il collega Di Orio, cioè dalle nuove richieste formative e dal passaggio dalla facoltà di medicina di 40 anni fa che preparava le persone nel triennio clinico alle facoltà attuali, con la preparazione pre-laurea, le specializzazioni, i diplomi, e così via. Lasciamo da parte il problema della formazione continua che rappresenta un problema aggiuntivo.

Data la complessità delle problematiche formative, credo che queste non possano che afferire anche alle strutture ospedaliere, laddove esistono strutture e competenze professionali idonee. Questo noi pensiamo - e dico noi perchè ci siamo confrontati tra di noi - che debba realizzarsi in ospedali dove c'è la facoltà di medicina, ma anche in ospedali dove ci sono le competenze (chiamiamoli per intenderci ospedali di formazione o d'insegnamento), nei quali si realizza il processo formativo. Si potrebbe chiedere: come si identificano i problemi e le domande formative? Credo che il problema non sia tanto complicato. C'è una serie di dati, per esempio ci sono i dati europei che sono pubblicati nella *Chart of trading of medical specialists of European Community*; c'è un decreto ministeriale italiano in cui vengono chiaramente definite le cose che deve fare uno specializzando. Quando allora si prevede che un cardiocirurgo deve aver effettuato almeno 300 interventi, di cui almeno il 20 per cento da primo chirurgo, oppure, come dice la *Chart* europea, che per ogni specializzando in cardiologia debbono esserci almeno 500 ricoveri, quando si leggono quei dati, si comprende che la situazione italiana è completamente diversa da quella europea.

Quindi, se uno applica questi criteri il problema può essere risolto anche in termini molto rigorosi. Tra l'altro, abbiamo approntato un disegno di legge che va proprio in tale direzione.

BERNASCONI. Onorevoli colleghi, questo incontro doveva servire per chiarire i problemi relativi alla formazione del medico. Tutti gli auditi, invece, hanno mostrato una notevole sintonia nell'accentuare l'importanza del problema della disoccupazione medica. Come ha giustamente affermato il senatore Di Orio, a noi interessavano anche altri aspetti, come il difficile problema dell'individuazione delle sedi di formazione primaria e secondaria del medico. Il discorso invece si è concentrato sulla questione dell'accesso alla facoltà di medicina.

Vorrei ricordare ai colleghi - al di là di una deriva sindacale che potremmo manifestare tutti come categoria, giacchè anche noi siamo medici - l'esistenza di diritti costituzionalmente garantiti. Tra questi vi è

il diritto allo studio, che ha un valore primario e non può confondersi con il problema dell'accesso al lavoro. Il problema non è solo quello di intendersi su quali siano i diritti prevalenti ma anche quello di fare chiarezza circa le illusioni che si alimentano sul destino di chi intraprende un determinato corso di laurea. Distingueresti pertanto questi due aspetti.

Altra cosa è l'aspetto, cui accennava il senatore Camerini, riguardante l'opportunità di una eventuale limitazione nell'accesso alla facoltà di medicina, al fine di garantire una buona preparazione ai futuri medici e di disporre di strutture di insegnamento idonee; si potrebbe limitare l'accesso alla facoltà perchè non si è in grado di formare adeguatamente un numero elevato di studenti. Ma da qui inibire un diritto per l'assenza di prospettive lavorative certe diventa invece un'altra cosa, a mio parere in contrasto con il diritto allo studio.

Vorrei ricordare inoltre che è sbagliato considerare come un dovere del servizio sanitario nazionale quello di garantire il necessario spazio occupazionale a tutti i laureati in medicina. Il servizio sanitario nazionale è una forma di tutela che lo Stato fornisce a sue spese per la quale vengono impiegati tanti medici quanti sono i bisogni assistenziali da coprire.

Vorrei ricordare che molti di voi in altre occasioni – e mi riferisco in particolare al dottor Sizia – hanno sostenuto il discorso della competitività del mercato anche in campo sanitario e l'importanza di forme di tutela di tipo privatistico. Diventa strano, allora, chiedere al servizio sanitario nazionale una sorta di tutela pubblica dei bisogni occupazionali.

Il problema che a me sembra molto rilevante è un altro e ci vede impegnati nella riforma del sistema sanitario nazionale, di cui al disegno di legge n. 3299, che ha come relatore il senatore Papini: capire, attraverso incontri con le associazioni di categoria più rappresentative, se in campo formativo possa operare soltanto l'università o se invece sia possibile individuare altre sedi deputate allo svolgimento di tale funzione. Potremmo parlare di ospedali di insegnamento ma anche di altri profili professionali quali ad esempio la bioingegneria o il *management* sanitario, che possono avere una sede di riconoscimento diversa da quella universitaria.

Pertanto il problema che più ci interessa è stabilire il modello istituzionale di formazione sanitaria; l'ultima delle nostre preoccupazioni, invece, è stabilire per legge l'età pensionabile. Lo scontro sul disegno di legge è avvenuto, purtroppo, su un aspetto che a mio avviso poteva anche non essere inserito nell'ambito del provvedimento, ovvero prevedere per il personale docente universitario della facoltà di medicina e chirurgia la stessa età pensionabile dei medici ospedalieri. È questo l'aspetto che ha scatenato le polemiche.

Mi sembra che si stia ragionando su un microcosmo senza affrontare i veri problemi del settore tra i quali, in primo luogo, c'è quello di definire – ripeto – il modello istituzionale di formazione della categoria medica. Questo è il punto che vorrei venisse affrontato.

PRESIDENTE. Al riguardo, mi permetto di intervenire anch'io molto brevemente. Dai diversi interventi è emersa l'esistenza di uno scarso coordinamento tra il sistema della formazione e i compiti delle regioni, delle università e degli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico.

A fronte di ciò c'è un malessere, espresso dagli atteggiamenti sindacali, relativo al problema dell'occupazione. Non si può negare, d'altro canto, che in questo paese il principale sbocco per un medico è proprio la struttura pubblica che pertanto dovrebbe svolgere, sulla base delle proprie necessità, una programmazione chiara. Si tratta di un punto di vista del tutto personale.

Sono d'accordo con la senatrice Bernasconi sul fatto che lo Stato non deve garantire l'occupazione successiva al conseguimento della laurea ma ritengo che esso debba preoccuparsi di chiarire quali siano le reali prospettive.

In questo senso voglio sottoporre alla vostra attenzione due questioni. La prima riguarda non tanto il coordinamento tra le strutture di insegnamento classico, le università, e gli strumenti dell'esperienza pratica, gli ospedali, dove si effettuano le diagnosi e le cure, quanto piuttosto la necessità di una riforma complessiva di tutto il sistema formativo, dalla professioni sanitarie non mediche alla formazione del medico-specialista, ovviamente con adeguati sistemi di esperienza pratica voluti d'altronde dai dettami europei.

Occorre inoltre fare chiarezza su chi, nell'ottica del perverso sistema delle cattedre che ha ben descritto il senatore Di Orio, diventa, suo malgrado, professore, e su chi è invece obbligato a diventare docente, pur avendo scelto di esercitare la professione o al massimo di svolgere un ruolo di *tutor*, senza averne le caratteristiche. Quindi il problema è quello di creare una struttura che risponda alla programmazione partendo magari dall'ipotesi di una camera di compensazione iniziale che mi pare sia stata ben identificata dal dottor Pagni.

Il secondo problema, sottolineato dal senatore Camerini, concerne la qualità della formazione espressa dall'esame di abilitazione alla professione medica. In Italia l'abilitazione riguarda solo il medico laureato al quale, peraltro, si attribuisce la capacità di fare tutto. Attualmente invece nulla è previsto, non solo per quanto riguarda la specializzazione ma anche per quanto concerne l'ulteriore passo delle professioni sanitarie, ovvero i sistemi ultra specialistici sui quali la competenza dovrebbe essere garantita da un «marchio di qualità» a tutela dei pazienti.

Prima di dare la parola al senatore Mignone, che ha chiesto di intervenire, vorrei pregare gli ospiti di tener presente, in fase di replica, che alle ore 16,30 iniziano i lavori dell'Aula ai quali noi tutti dobbiamo partecipare.

MIGNONE. Signor Presidente, nell'ambito del fenomeno negativo della disoccupazione medica vedo una mancanza di uniformità. Vi sono zone che presentano una notevole carenza di medici e aree metropolitane dove invece esiste un'alta concentrazione di medici. Ci sono regioni che attualmente «importano» medici e, viceversa, esiste un alto livello

di disoccupazione medica nei territori metropolitani. Tale difformità si rileva anche nell'ambito delle specializzazioni dove, da un lato, abbiamo una carenza di radiologi, di anestesisti e di laboratoristi, e dall'altro, un eccesso di cardiologi e di altri medici specialisti.

Nell'ambito della medicina territoriale, poi, abbiamo ancora dei grandi problemi forse proprio perchè per esigenze di una categoria di medici vengono ancora frapposte delle barriere all'accesso al mondo del lavoro: mi riferisco al mondo dei convenzionati, che naturalmente tengono ben fissi determinati parametri; non solo, ma frappongono tanti laccioli in merito all'anno di iscrizione perchè si possa accedere alla convenzione. Sappiamo che oggi in Italia ci sono 300-400 medici che non possono accedere a certi servizi (dalla guardia medica, alla convenzione) perchè non sono riusciti a laurearsi in un determinato anno e quindi hanno avuto anche difficoltà a seguire i corsi di formazione prescritti dall'Unione europea.

Rivolgo dunque un quesito al dottor Pagni: l'ordine dei medici non ritiene opportuno recuperare una sua funzione di coordinamento affinché nel mondo medico si possa determinare un maggiore equilibrio per attenuare il problema della disoccupazione?

*PAGNI.* Nell'ambito del breve tempo a disposizione per l'imminente inizio dei lavori dell'Aula, tenterò di fornire una risposta al senatore Di Orio, al senatore Mignone, al senatore Camerini e alla senatrice Bernasconi, il che è forse abbastanza presuntuoso. Vorrei però riferire alcuni punti di risposta fondamentali.

La questione del rapporto tra formazione e sviluppo è emersa perchè tali aspetti non possono essere tenuti disgiunti.

Sul diritto allo studio, cui si riferiva la senatrice Bernasconi, si chiedeva quale fosse il costo sociale della laurea in medicina e se doveva essere privato. Ma se questo diritto allo studio lo estendiamo, non c'è altra conclusione che quella secondo cui la laurea è un titolo accademico; e se così è, ognuno ha il diritto di ottenere il passaggio all'esame di abilitazione, che dovrebbe però essere la selezione per l'ingresso nella professione. L'esame di abilitazione dovrebbe essere selettivo. Chi lo fa? Questa è una delle proposte che l'università ha fatto, mantenendo invariato il numero degli accessi; qualcuno, poi, dovrebbe selezionare a 25 o 26 anni un medico dicendogli: «Tu hai un titolo accademico».

*MIGNONE.* Miglioriamo l'insegnamento nelle università, piuttosto che bocciare all'esame di abilitazione.

*PAGNI.* Se tale esame oggi ha una percentuale di risultati positivi del 98 per cento, evidentemente è un rituale-farsa e non un esame di abilitazione. L'unico ordine che non ha nessun rappresentante nella Commissione per l'esame di abilitazione è quello dei medici, perchè nel 1910 e nel 1946 ciò non è stato previsto. Ricordo che persino per le guardie forestali è prevista la presenza di un loro rappresentante nel collegio delle commissioni. Noi nominiamo, eventualmente, una terna di

esterni che sono presenti all'esame di abilitazione. Ma se l'esame di abilitazione rimane quello che è, di fatto la laurea equivale all'abilitazione professionale; quindi, il titolo accademico proveniente dal diritto allo studio diventa l'esame di abilitazione, che dovrebbe comportare quindi l'ingresso nella professione.

L'eccessivo numero di iscritti in passato ha portato ad una proliferazione delle facoltà di medicina distribuite su tutto il territorio nazionale all'insegna della politica «un'università sotto casa», con il risultato che le cattedre sono state aumentate sdoppiandole, triplicandole o quadruplicandole ed in più sono aumentati gli associati.

Perchè, allora, è difficile risolvere il problema degli organici misti, senatore Di Orio? Perchè avremo pure pochi infermieri nelle strutture, ma anche tanti associati che non hanno neanche uno studente e che di fatto, in quanto associati, vogliono diventare primari e siccome diventano primari hanno poi bisogno di un reparto. Vi è un esempio toscano – che il dottor Cassi qui presente in qualità di componente del Cimo conosce benissimo – di come si inventano 100 nuovi posti di primario sulla base di associati che in qualche modo devono essere inquadrati come tali. Non si risolve il problema degli associati e dei primari e dell'apicalità se non si risolve a monte tutto il processo, se non si recuperano a monte le distorsioni che sono avvenute all'interno delle facoltà di medicina per rispondere all'eccessivo numero di studenti derivante dagli anni della liberalizzazione degli studi.

I problemi sono estremamente collegati.

Sulla difformità, senatore Mignone, osservo che quello dei 350.000 medici è un caso italiano. In Europa quello di 1 a 600 è considerato il rapporto ottimale medico-paziente; il rapporto tra specialisti e medici generali dovrebbe essere di 6 a 4 (6 medici specialisti e 4 medici di famiglia), ma da noi non si verifica nulla del genere. Non so dove lei possa individuare carenze di medici e possiamo anche esaminare il rapporto individuale nelle varie zone, regione per regione e provincia per provincia: c'è forse qualcosa di diverso nelle province di Trento e Bolzano.

MIGNONE. C'è l'esempio della Basilicata!

PAGNI. Anche tutto questo comporterebbe che il convenzionamento dovrebbe avere delle strutture disponibili. Si potrà osservare che ci sono delle zone carenti che non vengono coperte, ma ciò avviene perchè ciò richiederebbe un investimento in zone «rarefatte» di popolazione al quale non corrisponderebbe la possibilità per un professionista di esercitare. È un problema di riequilibrio che potremmo poi anche affrontare.

Non è colpa di nessuno se i laureati abilitati nel 1994 non possono fare nè i medici di famiglia nè gli specialisti, dipende solo dal fatto che, avendo introdotto la previsione che per operare nell'ospedale bisogna avere il titolo di specialista e per fare il medico generale bisogna fare formazione complementare è stato di fatto introdotto il criterio che l'esame di abilitazione non lo fa l'esame di abilitazione alla professione,

ma due tipi di concorso: quello della formazione complementare e quello delle specializzazioni, tutti e due non programmati assolutamente o programmati in maniera insoddisfacente.

D'altra parte abbiamo 50.000 medici generali che, in rapporto ai 57 milioni di abitanti, generano una media di un medico ogni 800 abitanti, ed il massimo (quindi, non il valore medio) è di un medico ogni 1.500 abitanti. Non possiamo pensare che continuando a ritagliare il numero dei cittadini in carico ad un medico si risolvano i problemi della disoccupazione se prosegue il *trend* negativo che stiamo portando avanti, per cui escono dal servizio 3.500 medici e ne entrano in servizio 9.000 o 10.000: la situazione, piuttosto, diverrà sempre più drammatica, perchè aumenterà ulteriormente il numero dei disoccupati e dei sottoccupati che cercheranno di trovare uno spazio professionale.

Il problema, quindi, non può essere risolto a livello di un singolo settore: occorre riprendere in mano tutto il gomitolo e tirare il primo filo, altrimenti non si arriva a nulla.

*ZUCHELLI.* Intendevo rispondere a quanto asserito dalla senatrice Bernasconi, che però in questo momento non è in Aula. Sono uno scarso cultore dei diritti, ma credo che esistano non diritti assoluti ma soggettivi che vanno temperati con i diritti degli altri.

Insigni paesi, cultori dei diritti di cittadinanza ben di più del nostro e da più lungo tempo (come la Gran Bretagna o gli Stati Uniti), prevedono il numero chiuso e credo che questo non sia considerato come un *vulnus* gravissimo alle libertà individuali. Credo, piuttosto, che un Parlamento, un legislatore corretto debba mettere sul piatto della bilancia la difesa del diritto soggettivo ed il disordine sociale che invece si è determinato insieme alla gravità dei problemi che ci troviamo ad affrontare. Queste, comunque, sono delle mie riflessioni personali sulle quali si può convenire oppure no.

Rispondo invece al senatore Di Orio che quanto affermato è interessante ed è in analogia a quanto affermava la senatrice Bernasconi ed altri intervenuti sulla questione posta: «Voi, al di là di tutto, come volete che venga fatta la specializzazione?». Mi ricollego a quanto affermava il senatore Camerini. Non partiamo dalla *tabula rasa*. Il meccanismo di modernizzazione rallentata e ritardata del nostro paese è già stato avviato da anni. Ricordo che abbiamo indetto decine e decine di convegni per smuovere il pachiderma, questo paese rallentato, mediterraneo (chiamatelo come volete) per ricordare che le nostre specializzazioni dovevano diventare come quelle presenti nel resto del territorio europeo, e per questo abbiamo tenuto convegni a Venezia, a Firenze ed in altre città. Ma mentre le nostre erano solo «cartacce», quelle degli altri paesi erano di specialisti che sapevano intervenire professionalmente.

Recentemente, due o tre anni fa, nella precedente legislatura, sono state istituite delle commissioni governative miste dei due Ministeri interessati per cercare di delineare alcuni punti specifici: come doveva essere organizzata la specializzazione, quanti interventi doveva fare lo specialista e dove doveva farli. Al riguardo ricordo una breve nota co-

mica, un po' paradossale: noi ospedalieri sostenevamo che uno specialista cardiocirurgo doveva aver fatto un certo numero di interventi; i simpatici colleghi universitari ne volevano invece uno estremamente basso, perchè erano perfettamente consapevoli che se il numero di interventi richiesto fosse stato elevato sarebbero andati al di là delle loro capacità e competenze.

Sappiamo che abbiamo dovuto ridurre le specialità da 120-130 a 45-50 soltanto per poter essere ammessi «alla mensa», per così dire, e poter affermare di essere degni di essere considerati europei; abbiamo definito quanti interventi e quali tipi di prestazioni sanitarie debba avere effettuato un medico per diventare specialista. Una volta stabilito questo, è la matematica ad imporci che il circuito formativo del paese venga utilizzato nella sua totalità; è un lusso che non possiamo permetterci quello di escludere tutto il circuito ospedaliero, limitando invece asfitticamente la preparazione degli specializzandi universitari soltanto ad alcune strutture che non sono in grado di assicurare una sufficiente erogazione in termini quantitativi (non parlo della qualità) di assistenza in questo campo per formare uno specialista.

Tant'è che a cinque anni dalla predisposizione delle leggi (grande capacità di questo paese; prima almeno non c'erano le leggi, adesso le leggi le abbiamo fatte), ovviamente non le applichiamo. E questa è una prova di grande irresponsabilità. Dato che siamo in una sede parlamentare, legislativa, io dico: esistono le leggi, esistono le norme, prima di dire che ne vogliamo delle altre, proviamo ad applicare quelle esistenti. Queste non sono state applicate!

Nel nostro paese è previsto che il circuito formativo sia tutto rappresentato dalle strutture, anche perchè poi qui siamo quasi tutti medici e sappiamo che lo specialista lo è a vari livelli. Il cardiologo deve saper fare sia il cardiologo di primo livello, che il cardiologo di più alto livello; e il cardiologo, ad esempio, per essere concretamente formato, in Germania trascorre sei mesi a casa dello specialista cardiologo. Quindi il circuito formativo del cardiologo deve prevedere sei mesi a casa del cardiologo, poi che egli vada nelle strutture territoriali, nella struttura intermedia e in quella di alta specializzazione.

Per questo – e non perchè siamo matti – abbiamo contribuito a creare questo tipo di circuito formativo, che però deve essere reso operante. Le regioni che dovevano fare le convenzioni non ne hanno fatta neanche una; dovevano individuare le strutture, e il decreto è stato ritardato artatamente per tre anni e poi è stato emanato finalmente nel gennaio di questo anno. Esso indica i criteri per includere tutte le strutture, ma occorre fare attenzione perchè i criteri non devono essere posseduti dalla singola struttura, ma dal complesso del circuito formativo, perchè è evidente che l'ospedale periferico non potrà avere anche la sala di anatomia patologica, ma questo non è importante se nel circuito formativo complessivo la sala di anatomia patologica comunque c'è.

Una volta stabilito questo, che – ripeto – non solo è frutto del buon senso, ma è anche previsto dalle leggi (basterebbe applicarle!), ogni struttura deve essere utilizzata. Del resto, se ammettiamo che il piccolo

ospedale sia aperto per effettuare interventi di appendicectomia oppure di colicistectomia, è forse più importante che queste strutture possano eseguire questi interventi; peraltro, se li effettuano vuol dire che li possono insegnare, che li possono far vedere. E non parlo di interventi particolarmente importanti; ovviamente, nella struttura importante si faranno le cose di più alto rilievo, nelle strutture di più basso livello si faranno cose di più ordinaria amministrazione.

Chi deve provvedere allora alla formazione? Anche questo è stato espressamente stabilito. Ebbene, tutti debbono insegnare. Per la parte prevalentemente di tipo accademico, anzi diciamo per la parte metodologica (in quanto la facoltà di medicina deve insegnare la metodologia in modo che il sapere possa automantenersi, perchè non possiamo insegnare tutti gli anni per tutta la vita ai cittadini e ai medici per i prossimi 150 anni; è evidente che una metodologia una volta insegnata poi si automantiene), interverrà l'università. Le facoltà di medicina faranno determinate cose. Le loro cliniche non saranno molto numerose e molto ricche di casi? Faranno certi casi importanti e fondamentali. Il circuito della scuola stabilisce quindi quale deve essere il circuito formativo e gli studenti si recheranno un po' qua e un po' là. Da una parte si faranno attività formative, in un'altra si faranno attività pratiche, e così via. Se si vuole, ci si riesce, le forze sono sufficienti. Il senatore Di Orio dice che non ce ne sono. Ma se le mettiamo insieme, ce ne sono a non finire di forze!

DI ORIO. Universitarie?

ZUCHELLI. Ma non solo, è questo il discorso. Parlo di forze complessive.

DI ORIO. Voi vi opponevate a questo!

ZUCHELLI. Ma quando mai!

DI ORIO. Ma che scherziamo? Voi vi opponevate! Io ho anche denunciato una convenzione perchè voi eravate contrari all'organico misto!

ZUCHELLI. Dai nostri documenti ufficiali non è mai uscita una posizione di questo tipo, assolutamente!

DI ORIO. Ma come no? Non scherziamo!

PRESIDENTE. A questo punto devo interrompervi. Proprio su questa disputa, sarà comunque importante una nuova convocazione dei nostri ospiti, anche perchè svolgeremo un'audizione con altre organizzazioni sindacali del settore. Purtroppo incombono i lavori dell'Aula e quindi dobbiamo interrompere questa audizione. Siccome però noi continueremo le audizioni con le associazioni sindacali più rappresentative in

campo medico, alla loro prossima convocazione vi inviteremo nuovamente, insieme appunto alle altre organizzazioni; ovviamente voi interverrete per la replica, gli altri per la esposizione più completa delle loro posizioni.

Vi ringrazio per avere accolto il nostro invito e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

---

*I Consiglieri preposti alla segreteria della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario*  
DOTT. MASSIMO MARTINELLI E DOTT.SSA STEFANIA SCARROCCHIA

