

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

16° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 18 GIUGNO 1998

—————

Presidenza del vice presidente DI ORIO

INDICE**Audizione del sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 17
BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-L'Ulivo</i>)	12
BRUNI (<i>Rin. Ital. e indipendenti</i>)	10, 11
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	11, 15
GUERZONI, <i>sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica</i>	6, 10, 13 e <i>passim</i>
MIGNONE (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	13

Esame dello schema di relazione su sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta alle strutture sanitarie della regione Sicilia

PRESIDENTE	Pag. 18
----------------------	---------

Interviene il sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica Luciano Guerzoni.

I lavori hanno inizio alle ore 15,20.

Audizione del sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica Luciano Guerzoni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del sottosegretario di Stato al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica Luciano Guerzoni.

Ringrazio innanzitutto il Sottosegretario per aver accolto l'invito della Commissione per lo svolgimento dell'odierna audizione nell'ambito dell'indagine sui rapporti tra università e servizio sanitario nazionale.

Svolgerò una breve introduzione riassumendo la situazione. Come sapete, i rapporti tra università e servizio sanitario nazionale, normati nella legge n. 833 del 1978 e nei decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, sono sempre stati piuttosto difficili. Su tale questione, nella precedente legislatura, la Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie svolse un'indagine a causa dei contrasti che emersero relativamente al policlinico universitario «Umberto I» di Roma, nell'ambito della quale furono ascoltati l'assessore alla sanità della regione Lazio, Benedetto, il ministro della sanità *pro tempore* Guzzanti, e il ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica *pro tempore*, Salvini, i quali espressero chiaramente la convinzione circa la necessità di una modifica profonda e chiesero a noi parlamentari di passare ad una fase normativa nuova sui rapporti tra università e servizio sanitario nazionale.

Da allora la situazione si è modificata ulteriormente ed i compiti attribuiti all'università, segnatamente alle facoltà di medicina, sono molto ampi; infatti, la facoltà di medicina fornisce il personale sanitario per ogni livello del sistema sanitario stesso mentre ciò non avveniva in passato, come ricorderanno i colleghi. Oggi, ci sono i diplomi universitari che, di fatto, provvedono alla formazione di tutte le professioni sanitarie presenti nel paese; ci sono due corsi di laurea ed inoltre è stato recentemente approvato dal Senato un provvedimento, che ora è al vaglio della Camera, che prevede l'istituzione di un altro corso di laurea riguardante le professioni sanitarie; nella facoltà di medicina ci sono inoltre 49 specializzazioni, che è il numero più alto a livello europeo, nonché i dottorati di ricerca.

Per provvedere a queste tipologie di formazione ci sono soltanto i professori universitari acquisiti a pieno titolo nell'ambito della formazione e c'è la possibilità di acquisire altre competenze attraverso contratti di in-

segnamento (la normativa non è mai stata innovata sotto questo punto di vista). Sono stato preside di una facoltà di medicina per sei anni e conosco la situazione: uno dei corsi di laurea, quello di odontoiatria, per esempio, si reggeva unicamente su personale estraneo alla struttura universitaria, senza che vi fosse alcuna selezione dello stesso in quanto semplicemente era stato creato un corso di laurea e non c'era personale in grado di dare risposte in quella direzione.

Altri settori in cui insegna in prevalenza personale non di provenienza universitaria sono quelli dei diplomi universitari e delle scuole di specializzazione, le poche rimaste, quale la scuola speciale per il perfezionamento di dirigenti e docenti in assistenza infermieristica.

La Commissione di inchiesta sulle strutture sanitarie istituita nella precedente legislazione giunse ad alcune conclusioni – fui relatore in proposito – e cioè si ritenne che non fosse possibile mantenere quella situazione e che, quindi, era necessario pensare ad un sistema nuovo. L'allora ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica Salvini riferì che, a parte i policlinici universitari, tutte le altre strutture ospedaliere presso le facoltà di medicina sono in convenzione con il servizio sanitario nazionale, alcune con una certa autonomia ma molto limitata, ed apprendemmo che gran parte di quelle convenzioni era oggetto di denunce e contrasti per parte regionale o universitaria: la situazione era dunque di conflittualità (si disse che era una «situazione libanese»).

La riflessione che svolgemmo allora e che rinnovo ora al sottosegretario Guerzoni è se sia il caso di mantenere l'attuale sistema di rapporti tra università e servizio sanitario nazionale. So bene che in relazione al disegno di legge delega per la riforma del decreto legislativo n. 502 del 1992 vi è un accordo tra il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e il Ministero della sanità per inserire una modifica in tal senso ma vorrei conoscere l'opinione del sottosegretario Guerzoni e cioè se ritiene che, nell'ambito della sua riflessione come responsabile del Governo con delega all'università, sia il caso di mantenere l'attuale regime o se non sia necessario, invece, innovarlo profondamente attraverso un provvedimento di legge apposito.

La seconda domanda (per la quale rappresento questo ramo del Parlamento, in quanto abbiamo presentato un disegno di legge sottoscritto da quasi tutti i Gruppi appartenenti alla Commissione) è se ed in quale modo possano procedere quelle esperienze che vanno sotto il nome di ospedale di insegnamento, che superano la separazione tra strutture universitarie ed ospedaliere, in modo che vi siano università con posti letto per svolgere attività didattica ed ospedali che riescono a fare ricerca (cosa che, invece, attualmente non avviene). In questo modo, si configura un ente in cui le esperienze ospedaliere ed universitarie sono aggregate al fine di realizzare congiuntamente quella nuova forma giuridica rappresentata – appunto – dall'ospedale di insegnamento. È chiaro che dobbiamo ragionare anche sullo stato giuridico della questione, ma credo che tale proposta potrebbe essere in qualche modo considerata.

La terza domanda è un po' più specifica – me ne scuso con il sottosegretario Guerzoni – ma non si può evitare di formularla nell'ambito di una Commissione parlamentare di inchiesta, in quanto forse è quella più legata al concetto di inchiesta. Vorrei sapere se al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica risulta che molte attività didattiche non dispongono di posti letto (visto che, come tutti sanno, la riforma delle tabelle didattiche prevede che esse dispongano di posti letto e di strutture sanitarie) e che, quindi, non corrispondono a verità le cosiddette certificazioni dello svolgimento delle attività pratiche per gli studenti di medicina.

Non si tratta di un «rapporto di delazione»: basta rendersi conto che vi sono cattedre universitarie che svolgono gli esami, ma che non sono convenzionate con il sistema sanitario nazionale e quindi non dispongono di posti letto; moltissimi colleghi professori associati si trovano in queste condizioni. Vi sono, infatti, cattedre universitarie cui non corrispondono strutture sanitarie e quindi non si capisce cosa possano testimoniare per quanto riguarda l'attività di carattere pratico dell'insegnamento della medicina (che è costituito, appunto, da una parte teorica ed una pratica).

Infine, vorrei ottenere chiarimenti sull'attuale situazione dei policlinici (visto, che, al riguardo, nei mesi scorsi alcuni casi sono stati denunciati anche dalla stampa), in relazione alla quale questa Commissione ha deciso di non svolgere una propria inchiesta, perchè ha operato la scelta di ragionare più sul sistema che sul singolo ospedale, come ad esempio quello del policlinico universitario di Roma. Abbiamo constatato in proposito una carenza normativa, ma il sottosegretario Guerzoni, che è un giurista, conoscerà senz'altro meglio di noi gli aspetti di carattere giuridico che riguardano tale questione. È a tutti noto, comunque, che si è riscontrata una grande difficoltà nel comporre le esigenze della regione, che ha tuttora responsabilità di finanziamento per quanto riguarda le strutture sanitarie, e una situazione universitaria che tende a mantenere i suoi privilegi – almeno così è apparso per quanto riguarda il policlinico «Umberto I» di Roma – e quindi a sottrarsi al confronto con la regione in merito agli aspetti del finanziamento.

Mi risulta, ad esempio, che l'assessore regionale del Lazio, Cosentino (che ascolteremo in una prossima audizione), ha avuto non poche difficoltà per far comprendere all'università che si trattava di una struttura finanziata dal servizio sanitario nazionale e che quindi, a causa di questo, doveva accettare certe regole; è stato difficile, ad esempio, imporre un direttore generale dall'esterno, come poi è stato necessario fare, a livello della regione Lazio.

Vorrei fare un'ultima considerazione. A Milano, ma anche in molte altre realtà, sembrerebbe che la gestione dei posti letto convenzionati tra università e servizio sanitario nazionale si sottragga ad un criterio aziendale: vorremmo avere chiarimenti a tale proposito per comprendere a fondo la questione, perchè anche in quel caso dobbiamo ragionare in termini di D.R.G. oppure di tasso di occupazione di posti letto. A molti è noto, purtroppo, che in alcune strutture universitarie i posti letto non

sono coperti in ordine alla loro completa funzionalità. Vorremmo sapere, pertanto, se il sottosegretario Guerzoni non ritenga che questa separazione (cui l'università, anche rispetto ai parametri del servizio sanitario nazionale, sembra doversi sottrarre) debba essere superata.

A nessuno sfugge che l'università è sicuramente competente in ordine alla didattica e alla ricerca, ma lo è anche sull'assistenza; per questo, a mio giudizio, dovrebbe rispondere del tutto o almeno in larga parte a parametri corrispondenti. Purtroppo l'università, in tutte le realtà in cui è convenzionata con il servizio sanitario nazionale, per quanto riguarda la responsabilità dei docenti, i parametri oggettivi di rifinanziamento e quant'altro, si sottrae alle norme che valgono per il servizio sanitario nazionale; a nessuno sfugge - ripeto - che vi sono specifiche competenze dell'università, ma nel momento in cui viene praticata assistenza, bisogna ragionare in termini di posti letto convenzionati. Infatti, spesso il professore universitario convenzionato si comporta esattamente come un ospedaliero per quanto riguarda la visione gestionale del reparto stesso e, quindi, anche da questo punto di vista dovrebbe sottoporsi alle regole che valgono per il sistema sanitario nel suo complesso.

GUERZONI, *sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica*. Innanzi tutto ringrazio il presidente Di Orio e tutta la Commissione per avermi rivolto l'invito a riferire le valutazioni e gli indirizzi che il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sta seguendo in merito alla complessa e delicata problematica che attiene al rapporto tra le università - e segnatamente la facoltà di medicina - e il servizio sanitario nazionale.

Le questioni sollevate dal Presidente sono numerose, ma ciascuna di esse meriterebbe una risposta approfondita; cercherò, nel poco tempo disponibile, di tracciare almeno alcune linee di risposta.

Parto da una valutazione forse ancora più radicale di quella prospettata con molto garbo dal presidente Di Orio: riteniamo che l'attuale assetto dei rapporti tra università e servizio sanitario non sia più sostenibile e confacente agli obiettivi propri sia delle università che del servizio sanitario nazionale. Pertanto, condividiamo pienamente (anzi, con una percezione per certi versi ancora più acuta) la valutazione secondo cui vi è l'esigenza di impostare tali rapporti sulla base di una modificazione radicale.

Voglio segnalare alla Commissione che, anche sul versante delle università, si sta determinando una situazione di tensione difficilmente sostenibile, rappresentata dal fatto che le facoltà di medicina, e in modo specifico i policlinici universitari, costituiscono ormai un grande onere per i bilanci delle università: a fronte di tetti di spesa prestabiliti con legge (legge 27 dicembre 1997, n. 449 e provvedimento collegato alla finanziaria 1998) e di vincoli assai rigidi per il personale e, quindi, in una situazione di autonomia delle università - un'autonomia che, però, sul piano del *budget* e della gestione del personale ha i vincoli di cui sopra -, l'onere rilevante sui bilanci degli atenei rappresentato dalle facoltà di medi-

cina rischia di innescare una tensione che – come dicevo – è difficilmente sostenibile.

Dalle indicazioni di cui dispongo – e non pretendo di riferirle a voi con criteri di scientificità, anche se potrò fornire alla Commissione dati più fondati – il comparto delle facoltà di medicina presenta ormai un'incidenza media del 38-40 per cento sul bilancio degli atenei. È facile comprendere che, in una situazione di risorse vincolate, un'incidenza di questo genere rischia di innescare tensioni e di determinare una situazione in prospettiva non sostenibile perchè il riparto del restante 60 per cento delle risorse dovrebbe essere sufficiente per fare fronte a tutte le altre responsabilità ed iniziative universitarie.

È quindi necessario superare una situazione di questo tipo che non solo investe l'ambito finanziario ma, in modo particolare, coinvolge anche l'aspetto organizzativo perchè limita l'attivazione da parte dell'università dei nuovi percorsi formativi richiesti dal sistema produttivo; infatti, laddove si registra una così forte incidenza della facoltà di medicina sul sistema universitario, non esistono margini per soddisfare le nuove richieste di personale, di strutture, o di materiali.

In primo luogo, quindi, condividiamo la necessità di superare questo assetto perchè – al di là di quanto già sostenuto – ha determinato una confusione di ruoli che nuoce all'università e al servizio sanitario nazionale.

Vorrei poi ribadire un concetto che i membri di questa Commissione hanno ben chiaro essendo esperti della materia. Il compito specifico dell'università non consiste nell'erogare assistenza sanitaria; l'università deve essere – utilizzando un termine ormai di moda – un'agenzia formativa ed è questo il suo fine istituzionale dettato dall'ordinamento; quindi, ricerca e formazione rappresentano i compiti peculiari dell'università.

Nell'attuale assetto dei rapporti fra facoltà di medicina e servizio sanitario nazionale si è creata una confusione di ruoli e di compiti per cui – come ricordava poc'anzi con alcune esemplificazioni il presidente Di Orio – le università si sono assunte o di fatto sono venute assumendo un ruolo assistenziale che ad esse non compete.

Non c'è dubbio che le facoltà di medicina debbano prestare un servizio assistenziale ma in quanto servizio coerente e necessario per le attività di ricerca e di formazione e non come finalità aggiuntiva a queste ultime. La problematica situazione attuale dell'università e del servizio sanitario nazionale è dovuta proprio a questa confusione di ruoli. Il problema dei posti letto e dei policlinici che tendono a sottrarsi alle regole e alle dinamiche del servizio sanitario nazionale si pone perchè si stanno sovrapponendo logiche diverse e diverse responsabilità istituzionali.

Le facoltà di medicina devono tornare a svolgere il proprio ruolo nell'ambito della ricerca e della formazione ed erogare, quindi, quel tanto di attività assistenziale funzionale a tale ruolo. Ad esempio, il problema del numero dei posti letto non è da porre in termini di compatibilità economica e di logica aziendale ma deve essere affrontato tenendo presente che i posti letto sono necessari per l'esercizio dell'attività di ricerca e di formazione, così come è stato accennato in una delle ultime domande

poste dal presidente Di Orio; non è quindi possibile permettere alle facoltà di medicina di assumere un ruolo nel servizio assistenziale che – ripeto – risulta spesso debordante.

In base a questa stessa logica si è innescato un meccanismo che è all'origine delle tensioni quotidianamente in atto nelle aziende miste e nei policlinici universitari, cioè il meccanismo dell'equiparazione funzionale ed economica tra personale universitario e personale del servizio sanitario nazionale. Si è ipotizzata una equiparazione di funzioni tra soggetti che, in base allo statuto giuridico e all'appartenenza istituzionale, hanno attribuzioni diverse e difficilmente componibili e compatibili. In questo modo si è dato vita ad un meccanismo di rincorsa tra dipendenti che operano nelle stesse strutture: una parte del personale è regolamentata dallo stato giuridico universitario, l'altra da quello ospedaliero; un settore contrattualizzato, mentre l'altro è disciplinato per legge. La confusione nasce quindi dal sistema stesso.

Esistono poi responsabilità precise del mondo accademico del comparto della medicina in ordine all'affidamento della funzione formativa in modo pressoché esclusivo ai docenti universitari. Come voi sapete, la legislazione vigente già prevede che nei corsi universitari e, soprattutto, nelle scuole di specializzazione siano utilizzate risorse docenti a prescindere dalla loro appartenenza al ruolo universitario o a quello sanitario. In base agli elementi a mia disposizione posso affermare che la dinamica dei poteri interni a queste istituzioni ha fatto sì che oggi – come ricordato dal presidente Di Orio – la formazione di tutti i livelli del personale sanitario è affidata quasi esclusivamente ai docenti universitari o di fatto da loro gestita. Questa è un'altra distorsione del sistema.

Auspichiamo, quindi, che sulle proposte che intendiamo formulare si avvii un confronto parlamentare: il disegno di legge di delega al Governo per il riordino del servizio sanitario nazionale, attualmente in discussione al Senato, può offrire l'opportunità per aprire un dibattito che investa almeno gli indirizzi fondamentali della riforma che riteniamo comunque necessaria, anche prescindendo dallo strumento legislativo con cui si intende attuarla.

Allora, rispondendo molto sinteticamente, almeno in parte, ai quesiti del presidente Di Orio, riteniamo che si debba andare a nuovi modelli di relazioni tra università, più specificamente le facoltà di medicina, e servizio sanitario nazionale, che configurino una gestione integrata tra università e regioni. Voglio evitare fin dall'inizio equivoci: non abbiamo in mente un modello di sanità universitaria separato; proponiamo che si vada alla ricostruzione dei rapporti definendo nuovi modelli di relazioni e di gestione integrati tra università e regioni, ma con una chiara definizione dei compiti, delle responsabilità e delle funzioni rispettive.

Ciò vuol dire che – pur essendo ovvio; già oggi è così – ma ancor di più nella prospettiva della nuova tipologia, le strutture assistenziali, di cui si servono o che comunque fanno capo alle facoltà di medicina, devono rientrare nella logica e negli obiettivi della programmazione del servizio sanitario nazionale (dunque nessuna sottrazione), cioè nella logica di un'a-

zienda che eroga un servizio. Partendo, a nostro avviso, dalla chiara individuazione e sottolineatura dei compiti specifici dell'università, che sono la formazione e la ricerca nel campo medico, con quel tanto di attività assistenziale necessaria per la formazione e la ricerca avanzata, vale a dire funzionale a questi obiettivi per l'inscindibilità tra didattica e ricerca universitaria.

Ciò significa anche che, pensando a nuovi modelli, l'esperienza dei policlinici universitari a gestione diretta deve essere rapidamente superata. Essa ha messo in luce l'emergere di logiche che portano l'università a debordare dalle funzioni che le sono istituzionalmente e socialmente affidate, determinando ripercussioni interne al sistema universitario che creano tensioni sempre più problematiche e in molti casi conducono ad una elusione delle finalità proprie dell'università e al mancato assolvimento, al tempo stesso, delle richieste che il servizio sanitario e la collettività rivolgono a questa struttura.

Sulla formazione, e quindi sull'ipotesi di ospedale di insegnamento, (non è una questione di nomi) abbiamo ben presente l'esperienza degli altri paesi europei, soprattutto quella dei paesi anglosassoni, quali Inghilterra e Canada, in questo campo: non è dunque una questione di nomi, ma di chiarezza sui compiti e sulle funzioni rispettive. Come in tutto il sistema europeo, riteniamo che sia di competenza del sistema universitario soprattutto la formazione metodologica e disciplinare, mentre la formazione di tirocinio ed addestrativa non rientra, né deve necessariamente rientrare, tra i compiti propri della formazione universitaria.

Inoltre riteniamo che laddove ci siano risorse utilizzabili ai fini della docenza, a prescindere dagli statuti giuridici e dalle appartenenze amministrative, esse vadano pienamente utilizzate. Come Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, stiamo ampliando, non solo per la facoltà di medicina, la gamma di attivazione dei contratti di insegnamento, delle chiamate di esperti anche dall'estero; dunque, a fronte di una molteplicità di risorse nell'ambito della docenza, devono essere chiare le responsabilità istituzionali e le competenze. Nell'ipotesi di riforma non vi è alcuna idea di esclusività della funzione formativa da parte dei docenti universitari rispetto ad altri; vi è l'affermazione di una responsabilità della funzione formativa che, per quanto attiene alla parte metodologica e disciplinare, fa capo, come avviene in tutta Europa, al sistema universitario.

Riteniamo anche che, attraverso gli strumenti che poi saranno individuati in sede parlamentare, la definizione di nuovi modelli di relazione ci debba condurre al superamento dei meccanismi di equiparazione funzionale ed economica che attivano rincorse i cui riflessi negativi sono a tutti noti.

PRESIDENTE. Ringrazio innanzi tutto il sottosegretario Guerzoni per la sua esposizione. Voglio rilevare il fatto che gli esponenti della opposizione parlamentare, assenti, hanno perduto una importante occasione di confronto con il Governo.

Mi sembra che il Sottosegretario non abbia fornito una risposta sul problema di come soddisfare la richiesta di formazione. Infatti, ha detto che le facoltà di medicina debbono tornare a svolgere un ruolo di ricerca e formazione e non di assistenza, ma noto in ciò un contrasto in quanto nella tabella 18 concernente la materia sanitaria viene stabilito un numero di posti letto per ciascuna struttura, per ciascun insegnamento clinico della facoltà di medicina, sommando i quali emerge una quantità di posti letto rilevante, dai 300 ai 480-500 posti letto, per una facoltà di medicina media; ci sono poi i policlinici da 1.500 posti letto, che debbono essere gestiti dagli ospedalieri. Questo è il punto fondamentale, per cui il ruolo dell'universitario non può essere solo in funzione della ricerca e della formazione ma anche dell'assistenza perchè c'è la responsabilità di quei posti letto.

GUERZONI, *sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica*. Voglio chiarire subito affinché non si creino equivoci: ho detto che l'assistenza non è di per sé tra le attività e le finalità istituzionali dell'università, ma l'università deve farsi carico di quel tanto di assistenza funzionale alle attività istituzionali di ricerca e formazione. È stata opportunamente ricordata la tabella 18 secondo la quale per una facoltà media di medicina i posti letto dovrebbero essere circa 350-400, che sono quelli tipologicamente funzionali per l'esercizio dell'attività di ricerca e di didattica. Si tratta quindi di erogazione di un servizio assistenziale, di prestazione assistenziale: non ho detto che tale servizio non deve essere effettuato ma che deve essere ricondotto in quei limiti. Il presidente Di Orio sa meglio di me che oggi il numero di posti letto non è definito in ragione delle esigenze della didattica e della ricerca ma di altre logiche, che non sono più neanche quelle del servizio sanitario nazionale, e che il dimensionamento attuale è molto superiore. Tanto è vero che, come è noto a tutti, le reazioni che ci sono state alle proposte di riforma nel mondo delle facoltà di medicina sono dovute al fatto che, in prospettiva, pur con tutta la gradualità necessaria, è previsto un radicale ridimensionamento delle attività assistenziali attualmente svolte dalle facoltà di medicina; ben al di là di quel dimensionamento, previsto dalla stessa Tabella, per lo svolgimento delle attività di ricerca avanzata e di formazione, ivi compreso il tirocinio nell'attività assistenziale.

BRUNI. Signor Presidente, innanzi tutto rivolgo un ringraziamento al signor sottosegretario Guerzoni per quanto ci ha riferito, anche se in realtà si trattava di cose che già sapevamo. Infatti, avevamo capito bene che l'assistenza riguardava prevalentemente gli ospedalieri, mentre la ricerca e la formazione riguardavano prevalentemente l'università; tuttavia, avevamo compreso bene anche che l'università doveva praticare un minimo di assistenza in riferimento alla ricerca e alla formazione, ma non è mai stato così. Da tempo, però, affermiamo (anche con il presidente Di Orio) che questa situazione dovrebbe essere modificata: vorremmo, cioè,

che nell'università si praticasse un po' più di assistenza e che negli ospedali si svolgesse un po' più di ricerca e formazione.

Dobbiamo fare qualcosa in proposito, perché in questo modo non si può andare avanti.

Chiedo, pertanto, se non sia opportuno procedere nella direzione di formare ospedali che svolgano anche la funzione di ricerca e formazione, per evitare che le università siano le sole a lavorare in tal senso.

CAMERINI. Signor Presidente, prima di rivolgere la mia domanda al sottosegretario Guerzoni, vorrei svolgere una brevissima introduzione.

Come è stato affermato poc'anzi dal presidente Di Orio, il processo formativo è cambiato radicalmente nel tempo: 30 anni fa la facoltà di medicina prevedeva solo 6 anni di istruzione universitaria; attualmente – come è già stato evidenziato – vi sono i diplomi, le specializzazioni e il problema della formazione permanente. Dunque, ci troviamo di fronte ad un processo formativo totalmente cambiato rispetto al passato.

In secondo luogo credo che i saperi – cioè «saper fare» ed il sapere insegnare – debbano essere strettamente integrati: nessuno di noi si rivolgerebbe ad un docente magari erudito in qualche materia ma carente dal punto di vista della prassi medica. Il frazionamento delle conoscenze (favorito, ad esempio, dalle specialità) attualmente è tale per cui i saperi sono diventati estremamente distribuiti. È molto difficile, quindi, che l'università possa avviare un processo formativo avendo a disposizione un numero di strutture e di tecnologie limitato.

In merito ai processi formativi (ad esempio, in cardiocirurgia, una disciplina che conosco bene, la legge italiana e le norme dell'Unione europea prevedono che ogni specializzando debba fare almeno 250 interventi di chirurgia generale, di cui 50 come «primo»: se la specialità dura 5 anni, i 25 specializzandi di un reparto dovrebbero svolgere, quindi, almeno un totale 1.250 interventi come «primi». Si pongono così alcune problematiche di pedagogia sanitaria che non sono assolutamente risolte; oggi ci troviamo di fronte a situazioni (che obiettivamente dobbiamo definire vergognose) di specializzandi in chirurgia, ad esempio, che al quarto anno della specializzazione non hanno ancora effettuato un intervento.

BRUNI. E che non faranno neanche dopo!

CAMERINI. Pertanto, ci troviamo di fronte ad una paurosa sproporzione tra le richieste e le disponibilità pedagogiche previste dalla nostra legge e dalla normativa europea.

Allo stato attuale delle cose, dobbiamo assolutamente risolvere questa situazione (che, anche se non si verifica dappertutto, è presente in molte realtà) per la quale continuiamo ad essere fuori dall'Europa.

Per questo motivo, a mio avviso, è necessario che, laddove ci sono le strutture accreditate le competenze disponibili afferiscano al sistema formativo. Su questo vorrei una risposta dal sottosegretario Guerzoni.

BERNASCONI. Signor sottosegretario Guerzoni, portando alle estreme conseguenze il suo discorso vorrei sapere se lei ritenga che dovremmo fortemente rivedere non solo i policlinici a gestione diretta (in particolare le dimensioni, oltre alla strutturazione e alla funzione), ma anche le convenzioni esistenti in tutta Italia tra università ed ospedali. A questo punto, infatti, potremmo liberare tutti i primariati ospedalieri occupati dagli universitari, che hanno divisioni di 60 letti, e riaffidarli agli ospedalieri. Semmai, potremmo prevedere una sottodivisione in cui all'universitario – secondo la tabella 18 e altre revisioni di norme universitarie – si affida un numero minimo di letti, cioè di assistenza diretta, funzionali solo alla ricerca e alla formazione.

Ciò, però, è molto più traumatico, anche per gli stessi universitari, rispetto alla proposta di abbandonare le funzioni di assistenza a 65 o a 68 anni. Quest'ultima proposta ha creato dei traumi non negli ospedalieri, che oggi per legge già vanno in pensione a 65 anni (quindi, non solo abbandonano l'assistenza, ma addirittura lasciano la struttura e cessano il rapporto di lavoro), ma negli universitari, che non accettano il parallelismo con il personale ospedaliero. Agli universitari viene lasciato il rapporto di dipendenza dall'università per quanto riguarda l'insegnamento e la ricerca, ma a 65 anni devono abbandonare la gestione dei letti. Ciò – ripeto – non è da loro accettato e, pertanto, fanno pressioni sulla Commissione sanità sulla base del presupposto secondo cui «non è possibile insegnare senza fare».

Questo è il primo problema. In secondo luogo, al di là delle considerazioni svolte dal senatore Camerini sulla coniugazione tra i diversi saperi – sapere fare e sapere insegnare, sapere pratico e sapere teorico – che in medicina sono strettamente correlati, vorrei evidenziare che lo stesso ragionamento varrebbe anche per altri ruoli universitari. Si dovrebbero allora scindere tutte le convenzioni dei politecnici, ad esempio delle facoltà di ingegneria, con le industrie o con altri settori, cosa che è invece direttamente legata alla loro capacità di svolgere anche attività di ricerca. Se, infatti, il sapere teorico è scisso da quello pratico o se quest'ultimo è una minima componente del sapere teorico, dovremmo rivedere tutto.

Al di là di questo diverso approccio, che già oggi è nei fatti dell'insegnamento del medico – cioè del sapere fare il medico –, pongo al sottosegretario Guerzoni un altro problema.

Il comune ragionamento si limita all'ottica della facoltà di medicina, affronta cioè solo il comparto dell'insegnamento disciplinare medico. Ma oggi, nell'ambito della coniugazione tra ospedale e università, sta affiorando un altro aspetto che il ministro Berlinguer ha ben presente, quello della multidisciplinarietà del sapere medico che comporta il necessario coinvolgimento del comparto tecnologico. Pertanto, nell'ambito della formazione medica possono essere coinvolte altre facoltà. Quali provvedimenti si stanno adottando in questo senso?

MIGNONE. Sottosegretario Guerzoni, lei ha posto in evidenza la confusione esistente nei rapporti tra università e servizio sanitario nazionale per quanto riguarda l'assistenza e l'attività didattica e formativa.

È interesse di tutti superare tale confusione perché questa comporta danni sia alle facoltà di medicina, sul piano dell'efficacia, dell'efficienza e dell'immagine, sia al servizio sanitario nazionale.

Dal suo intervento, però, non riesco a comprendere come si possa concretizzare la separazione dei ruoli istituzionali, la distinzione tra attività formativa di base e di ricerca e attività assistenziale; il mio timore, infatti, è che si arrivi a costituire addirittura una classe medica elitaria. Pertanto, è necessaria una maggiore concretezza per raggiungere l'obiettivo della separazione delle funzioni.

Inoltre, vorrei porre un quesito su quanto affermato dal Sottosegretario in ordine all'ingente onere finanziario che l'attività di assistenza sanitaria fa ricadere sull'intera università. Vorrei conoscere l'entità di tale onere e la sua ripartizione tra servizio sanitario nazionale e università.

GUERZONI, *sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica*. Vorrei innanzi tutto ringraziare i senatori per i loro interventi che mi consentono di meglio definire alcuni aspetti che, evidentemente, nella fretta e nell'improvvisazione della mia risposta ai quesiti posti dal presidente Di Orio, non ho espresso con sufficiente chiarezza. Spero pertanto di fugare alcune ambiguità.

Non ho parlato né di separatezza tra facoltà di medicina, università e servizio sanitario nazionale, né di riduzione al minimo delle attività assistenziali da parte delle facoltà di medicina.

MIGNONE. Non appare chiaro il processo di integrazione.

GUERZONI, *sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica*. Nell'ipotesi di riforma – che spero di approfondire in altre occasioni e in un altro confronto – non si tratta di seguire una linea di separatezza ma una linea di chiarezza delle responsabilità e dei ruoli.

L'esempio più concreto è stato richiamato anche dalla senatrice Bernasconi in ordine alla questione dei 65 anni. Non intendo entrare nella polemica relativa a questo aspetto, ma non c'è dubbio che se un docente della facoltà di medicina ha come compito istituzionale quello di svolgere attività di ricerca e di formazione, nel campo medico tali attività non possono essere effettuate se non attraverso funzioni anche di tipo assistenziale. Il problema, a questo punto, è quello di riuscire a mantenere lo stato giuridico del professore universitario il quale, nel proseguire la propria attività oltre i 65 anni, deve svolgere, per i compiti di ricerca e di formazione, anche attività assistenziale.

Al tempo stesso, si vorrebbe prevedere la riduzione dell'età massima per svolgere attività assistenziale al fine di parificare – secondo una logica che presenta una propria coerenza e legittimità – soggetti che, lavorando

nella stessa struttura, si trovano ad essere regolamentati da regimi e stati giuridici differenziati. Questo è un esempio calzante della confusione e delle tensioni prodottesi all'interno del sistema nel tentativo di equiparare, in termini funzionali ed economici, personale che svolge compiti diversi e che è sottoposto a regimi giuridici diversi.

Ripeto, quindi, che non si tratta di attuare una separatezza tra strutture assistenziali che fanno capo alla facoltà di medicina e strutture del servizio sanitario nazionale. Tutte le strutture devono entrare nella logica della programmazione del servizio sanitario nazionale, devono assumere i processi di aziendalizzazione – quindi, analisi costi-benefici, economicità, efficienza ed efficacia, propri di qualunque altra azienda che eroga attività assistenziale –, devono essere regolate, nella nostra ipotesi, da appositi accordi di convenzione tra università e regioni. Ma va fatta chiarezza nella confusione attuale tra i compiti propri di una struttura ospedaliera in cui opera una facoltà di medicina e quelli propri di una struttura ospedaliera in cui tale facoltà non interviene e che ha come suo compito primario – e non ne facciamo una questione di esclusività – l'erogazione dell'attività assistenziale; l'altra struttura, invece, ha come compito primario – a meno che non si modifichi l'ordinamento – la formazione e la ricerca.

Io non ho parlato di limitazione *tout court* dell'attività assistenziale delle università; la tabella 18 – sulla cui appropriatezza si potrà discutere in seguito – prevede un dimensionamento dell'attività assistenziale rispetto all'attività formativa.

Potremmo, ad esempio, verificare quali sono e come sono ripartiti i posti letto nei policlinici universitari e nelle aziende miste. Nella distribuzione e nel convenzionamento dei posti letto non esiste una logica che risponde alle finalità di formazione e di ricerca, perché la logica è del tutto casuale e rientra nell'ambito dei rapporti di potere.

La questione è molto delicata e intendo chiarirla. Ho parlato del giusto e appropriato dimensionamento dell'attività assistenziale, quindi delle strutture e dei posti letto, rispetto all'espletamento delle finalità di ricerca e di formazione.

Un'altra questione è stata posta dal senatore Bruni, il quale ha auspicato una integrazione dei compiti di ricerca e di formazione tra università ed ospedali. Voglio precisare che non esiste alcuna rivendicazione di esclusività. Il Ministero della sanità gestisce proprie risorse per la ricerca e alcuni ospedali svolgono attività di ricerca senza che nessuno abbia mai sollevato contestazioni.

Ma io parlo delle competenze proprie dell'università. Sono preoccupato per il processo di degrado, consentitemi di chiamarlo così, dovuto al debordare dell'università rispetto ai suoi compiti. Voglio precisare che quando ho parlato dei compiti dell'università non ho aggiunto che può e deve svolgerli solo l'università: a me preoccupa il fatto che l'università, essendosi assunta – per logiche che tutti conosciamo – compiti che esulano dalle sue funzioni, facendo prevalere quello assistenziale che non le compete, finisca per non rispondere né alla finalità di ricerca né a quella di formazione.

Sono pienamente d'accordo con il senatore Camerini sul mutamento dei processi formativi. Stiamo attivando la riforma dell'università, che va sotto il nome di autonomia didattica, e uno dei vincoli che porremo è che i nuovi percorsi, che dovranno definire le università, dovranno prevedere un patrimonio comune di saperi trasversali, e ciò vale per la medicina, per l'ingegneria come per la giurisprudenza. Non va dunque fatta alcuna distinzione tra sapere teorico e pratico. Ci stiamo occupando del segmento della specializzazione mirata per i diversi sbocchi professionali dei nostri laureati, prevedendo anche in questo caso una integrazione tra sapere teorico e sapere pratico, che è più che mai necessaria per le facoltà di medicina e per il percorso di formazione dei medici.

Per quanto riguarda la formazione metodologica e disciplinare e quella addestrativa e di tirocinio non ritengo debbano essere due momenti separati, né a gestione esclusiva l'uno dell'altra, ponevo bensì l'accento su un discorso di responsabilità istituzionale. Affrontando le questioni della gestione e dell'utilizzazione delle risorse docenti, penso che, ferma restando la responsabilità istituzionale del sistema universitario (come avviene, per esempio, per i politecnici relativamente ai corsi di ingegneria), debbano essere attivate tutte le competenze necessarie per un processo formativo ad ampio spettro: non solo per i corsi di laurea ma anche per i diplomi universitari, le scuole di specializzazione, e così via. Tale formazione richiede competenze e apporti molteplici; l'esempio della cardiocirurgia e la denuncia, come sempre molto meditata, del senatore Camerini sui problemi nel campo della formazione specialistica sono estremamente calzanti. Vorrei solo specificare che, come per altri settori, il panorama è molto differenziato: ciò che va a finire sui giornali perché fa scandalo non sempre rappresenta la realtà dell'insieme delle nostre facoltà di medicina e del settore della formazione specialistica.

Rispetto agli *standard* europei che il senatore Camerini ha richiamato, voglio ricordare che le scuole di specializzazione negli ultimi anni si sono dotate di nuovi statuti, approvati dal Cun, confrontati con la Commissione europea, parametrati su livelli europei.

CAMERINI. Purtroppo, non si effettua una verifica sulle attività di tali scuole.

GUERZONI, *sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica*. Si pone infatti un problema di riforma della normativa sulla formazione specialistica e al riguardo è stato presentato un disegno di legge, molto contrastato, di cui si sta occupando la Camera. Comunque, partiamo da questo dato: i nuovi statuti delle scuole di specializzazione, almeno come modello, assumono e fanno diventare vincolante e normativo il modello europeo ed i parametri che sono stati certificati nel rapporto della Commissione medica europea.

C'è poi un principio, presente già oggi, che non è stato rispettato e che dovrebbe invece essere vincolante: non tutta la formazione deve far capo al dimensionamento specifico della tabella 18. Infatti, la normativa

vigente prevede già la rotazione della formazione specialistica degli specializzandi nelle diverse strutture accreditate. Vogliamo incentivare il sistema che prevede una pluralità di strutture accreditate per curare segmenti della formazione complessiva e non una riduzione, tanto è vero che con l'autonomia didattica – come il senatore Camerini sa perchè abbiamo avuto modo di parlarne recentemente in un incontro proprio nella sua città – prevediamo un sistema di crediti formativi. A questo punto, portando il discorso alle estreme conseguenze, la formazione continua del medico o quella dello specializzando sarà certificata da un credito formativo che in molti casi sarà il singolo interessato a procurarsi dove gli viene fornita nel modo migliore, senza essere vincolato alla sola struttura universitaria o meno.

Su questo siamo perfettamente d'accordo: si tratta di uscire da una situazione che ha determinato confusione, ha consentito o tollerato elusioni di obblighi già previsti dalla legge attuale. Le disposizioni contenute nei decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 circa l'utilizzazione del personale ospedaliero per percorsi di formazione dei diplomi universitari e delle scuole di specializzazione sono state eluse, c'è stato un arroccamento da parte dell'università dal quale è necessario uscire e, nel ridefinire il regime giuridico, va definito un assetto di rapporti che consenta la non riproposizione di quelle situazioni.

Per quanto riguarda le osservazioni della senatrice Bernasconi, non ho parlato di un numero minimo di posti letto per assistenza diretta, ma di un dimensionamento appropriato allo svolgimento dei compiti, condividendo pienamente il rilievo fatto circa la necessità di multidisciplinarietà e l'esigenza di non effettuare una scissione tra saperi pratici e teorici, favorendo invece una pluralità di apporti, di saperi, di competenze, ma anche di istituzioni. Con l'autonomia didattica (il Ministro ha firmato pochi giorni fa l'atto di indirizzo) incentiveremo per tutto il sistema universitario l'attivazione di corsi di laurea, di percorsi formativi gestiti da più facoltà; siamo per superare l'attuale rigidità di comparti per cui ogni facoltà gestisce il proprio percorso formativo, perché riconosciamo che questa è l'esigenza.

Non credo che ci sia il pericolo di dare vita ad una classe medica elitaria: la proposta di riforma è nel senso di prevedere strutture in cui ci sia una presenza e una partecipazione alla ricerca e alla formazione anche di chi non ha lo stato giuridico universitario, realizzando ciò su una base di chiarezza e senza sovrapporre, come è avvenuto con i meccanismi dell'equiparazione funzionale ed economica, logiche che non sono componibili.

Per quanto riguarda le quote di finanziamento, la corresponsione per le prestazioni delle facoltà di medicina da parte del servizio sanitario nazionale avviene sulla base dei Drg, che sono identici per la struttura ospedaliera universitaria e non. Questo è uno dei problemi aperti nelle rivendicazioni da parte delle facoltà di medicina, in quanto i Drg non tengono conto di quel «di più» che è richiesto alla componente universitaria che è l'attività di ricerca e di formazione non come esclusiva ma come dovuta, nel caso dell'istituzione universitaria. Ciò conferma che è necessario più che mai prevedere nuovi modelli. Anche noi riteniamo

che dalla logica dei Drg si debba uscire. Cito un solo esempio: per quello che ne so io – con riserva di verifica – più della metà del personale non docente dell'università La Sapienza di Roma percepisce l'indennità di funzione sanitaria (la cosiddetta indennità «De Maria») e questo rappresenta il risultato di una evidente distorsione. Per quanto, infatti, sia grande il policlinico universitario dell'università La Sapienza, esso non occupa certo la metà della struttura universitaria: ciò vuol dire che con l'erogazione dell'indennità è stato riconosciuto, con decreto del rettore, lo svolgimento di una funzione sanitaria a personale che ha solo incidentalmente un contatto con l'attività dei medici.

Allora, il meccanismo dei Drg, da un certo punto di vista, non copre gli oneri delle università, ma al tempo stesso consente questo tipo di situazione che rappresenta un aggravio di spesa per l'università e per il servizio sanitario nazionale.

Spero, come ho già detto, che avremo altre occasioni, nei prossimi giorni, per entrare nel merito della nostra proposta di riforma. Credo che, al di là dei nomi, possiamo ritrovarci in una logica comune, per la quale il cittadino, come cittadino in formazione e come utente del servizio sanitario nazionale, veda soddisfatte le sue esigenze e riconosciuti i suoi diritti.

PRESIDENTE. Credo si possa evidenziare che le numerose storture segnalate dal Governo e dai colleghi intervenuti confermino la validità di una inchiesta in questo settore. È ormai chiaro, infatti, che esistono situazioni particolari – il signor Sottosegretario ha usato espressioni come «confusione di ruoli» e ha fatto esplicito riferimento all'assunzione di compiti non dovuti – e quindi rapporti che non si possono non definire degni dell'attenzione di codesta Commissione.

Prima di concludere questa audizione, vorrei fare una riflessione, che potremo riprendere nel dibattito dei prossimi incontri. Il sottosegretario Guerzoni ha sostenuto che la facoltà di medicina deve riappropriarsi del suo ruolo di ricerca e formazione; qualora però ciò non accada – e credo sia sotto gli occhi di tutti la difficoltà esistente in materia, considerata l'attuale formazione di tale facoltà –, l'idea di avviare una procedura normativa completamente diversa, in cui differenti realtà lavorino insieme, non sarebbe una risposta del tutto fuori luogo.

Esistono molti problemi che non abbiamo citato, in relazione ai quali non pretendo una risposta in questo momento perché riguardano questioni molto specifiche. Basti considerare, ad esempio, lo stato giuridico dei professori universitari rispetto a quello degli ospedalieri: per nominare un primario universitario, per gli universitari è sufficiente una delibera di facoltà a prescindere dal fatto che il servizio sanitario nazionale lo consideri o no opportuno (e quindi spesso con un aggravio di costi); nel servizio sanitario nazionale ciò non avviene perché un primario, per essere tale, ha una legittimazione economica. Già questo evidenzia quanto sia difficile non rendersi conto che dobbiamo operare con grande attenzione in questo settore.

Ritengo che la strada da percorrere con le prossime audizioni sia quella di fare chiarezza e a tal fine quella odierna del sottosegretario

Guerzoni è stata importantissima: egli infatti – voglio sottolinearlo – non è stato minimamente reticente, pur rappresentando il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e ha riferito con esattezza le questioni in campo, e di questo lo ringrazio in modo particolare.

Nelle prossime audizioni per noi sarà molto importante approfondire proprio tale problema, da una parte, prendendo atto di tutto quello che non funziona e, dall'altra, immaginando qualcosa che possa essere innovativo per portare a piena legittimità questo settore.

Ringrazio ancora il signor Sottosegretario per la sua collaborazione e dichiaro conclusa l'audizione.

Esame dello schema di relazione su sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta alle strutture sanitarie della regione Sicilia (25 e 26 febbraio 1998; 23, 24 e 25 marzo 1998; 4, 5, 6 e 7 maggio 1998)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dello schema di relazione su sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta alle strutture sanitarie della regione Sicilia (25 e 26 febbraio 1998; 23, 24 e 25 marzo 1998; 4, 5, 6 e 7 maggio 1998).

Onorevoli colleghi, insieme ai senatori Mignone, Pianetta e Provera e al presidente della nostra Commissione Tomassini (con il supporto del dottor Girelli) abbiamo svolto alcuni sopralluoghi nella regione Sicilia, nell'ambito dell'indagine relativa alle strutture incompiute o malfunzionanti. È emerso con chiarezza che la situazione (peraltro, interamente riportata nello schema di relazione a vostra disposizione) è identica a quella già denunciata dalla precedente Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie: la Sicilia rimane ancora la regione con il più alto numero di opere incompiute.

Rispetto all'indagine svolta nel 1995 solo poche strutture sono state modificate e quindi di fatto la situazione appare la stessa riscontrata a quel tempo. Pochissime opere sono in via di definizione (anzi, se non ricordo male, solo quella di Messina, che stava per attivarsi); inoltre, abbiamo scoperto l'esistenza di altre situazioni consimili e ciò mostra che in Sicilia persiste un saldo negativo piuttosto accentuato.

Vorrei rimanesse agli atti di questa Commissione che la verifica sulle opere incompiute procederà con ulteriori indagini (credo che il prossimo sopralluogo sia previsto in Campania). Mi pare importante, comunque, sottolineare che nonostante il clamore che si sollevò due anni fa, ai tempi dell'altra Commissione d'inchiesta, in realtà nulla o ben poco è mutato. Possiamo affermare, pertanto, che lo stato di allarme in merito alle opere incompiute rimane nella sua interezza.

Ringrazio tutti i colleghi per l'attenzione prestata e dichiaro conclusi i nostri lavori.

I lavori terminano alle ore 16,35.

