

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

24° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 24 SETTEMBRE 1998

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

## INDICE

**Seguito dell'audizione del professor Angelo Balestrieri, presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, nonché del professor Francesco Maria Avato, preside della facoltà di medicina dell'università degli studi di Ferrara**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 12 e <i>passim</i>	AVATO . . . . .	Pag. 13
BERNASCONI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	9	BALESTRIERI . . . . .	3, 15, 17 e <i>passim</i>
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	6, 17		
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	8		
MIGNONE ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	11		
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	10, 17		
PAPINI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	10, 17		

*Intervengono il professor Angelo Balestrieri, presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, nonché il professor Francesco Maria Avato, preside della facoltà di medicina dell'università degli studi di Ferrara.*

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

**Seguito e conclusione dell'audizione del professor Angelo Balestrieri, presidente della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, nonché del professor Francesco Maria Avato, preside della facoltà di medicina dell'università degli studi di Ferrara**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione dei componenti della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, sospesa nella seduta del 23 luglio scorso.

Ricordo che nel corso di quella seduta, a causa dell'ampiezza della materia e del prolungarsi della seduta, i componenti della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina non hanno avuto possibilità di intervenire per esporre le loro considerazioni a seguito degli interventi dei senatori, come si è invece soliti fare. Do pertanto la parola al professor Balestrieri.

*BALESTRIERI.* Abbiamo accolto di buon grado il vostro invito perché la precedente seduta ci ha lasciato la sensazione spiacevole di essere stati rimproverati e di non aver avuto la possibilità quanto meno di opporre delle giustificazioni.

Sono state infatti poste in evidenza con magistralità tutte le carenze delle facoltà di medicina e del sistema universitario più in generale nella formazione dei medici. Voglio sottolineare che abbiamo analizzato anche noi tali problemi, ponendoci la necessità di rivedere una serie di aspetti, tanto è vero che quelle di medicina sono state le prime facoltà del sistema universitario italiano a sottoporre a revisione la programmazione del corso di laurea.

Comunque, una volta individuata la situazione, che è di alta precarietà, occorre chiedersi quali siano le soluzioni da adottare. La soluzione prospettata da alcuni è quella di attivare il cosiddetto ospedale di insegnamento, verificando dunque, poiché l'università non è in grado di provvedere alla formazione, se tale compito può essere assolto dall'ospedale integrato con l'università. A tale ipotesi abbiamo già risposto affermando che bisogna distinguere il momento della formazione da quello dell'addestramento professionale: la formazione è una funzione ad alto contenuto culturale che deve essere svolta da sistemi con consumata esperienza metodologica ed è l'università, fino ad oggi, la sede naturale della forma-

zione. Anche la formazione che può avvenire presso istituti privati deve essere sottoposta a verifica da parte dell'università statale, lo Stato cioè deve comunque intervenire per verificare se quella formazione c'è stata ed i «verificatori» non possono che essere persone che hanno subito, essi stessi, un percorso formativo.

L'altro aspetto della questione, che non va confuso con il primo, è l'addestramento professionale, importante per professionalizzare una persona che ha già un sapere e dunque per introdurla nel contesto della professione. Indubbiamente, in proposito, oggi l'università ha grandi problemi che vengono da lontano, dal modo in cui le facoltà di medicina sono state considerate dalle autorità di governo. A partire dagli anni '70, dalla riforma sanitaria, è stato privilegiato, come doveva essere, il Servizio sanitario nazionale perché allora era importante modificare quel sistema ma sono state dimenticate la cultura e l'università, le facoltà di medicina. Le nostre strutture formative, dal punto di vista dell'addestramento professionale, sono lentamente transitate, per così dire, nella confusione assistenziale. Per esempio, per quanto riguarda il mio caso: pur essendo professore universitario, con compito primario dunque di formare futuri medici, sono diventato primario ospedaliero, assolvendo – si presti attenzione – ad una funzione importante, quella del recupero della salute, rilevante quanto la formazione. Gli obiettivi, però, sono diversi: l'ospedale, dunque il primario, deve occuparsi della salute delle persone in modo concreto, senza giungere a filosofie o logiche strane.

La confusione tra i ruoli del professore universitario ha determinato sicuramente gravi squilibri. Faccio un esempio: come primario ospedaliero, pur essendo professore universitario, sono stato obbligato dalla normativa in materia a rispettare le regole del Servizio sanitario nazionale (in termini di orari, organizzazione, e così via), ma ciò mi ha indotto a trascurare la mia attività accademica. Inoltre, come primario ospedaliero si deve dar conto del proprio operato a chi organizza l'assistenza nell'ambito delle aziende ospedaliere, cioè ai direttori generali, ai quali interessa poco se il professor Balestrieri debba fare ricerca o attività dirette alla formazione, essendo invece preoccupati di mantenere sempre una certa presenza di malati per far quadrare alla fine dell'anno il bilancio, cui è strettamente legato il ruolo di direttore generale.

Dobbiamo dunque intenderci se si vuole una struttura in cui è ancora presente questo tipo di organizzazione e che deve occuparsi della formazione culturale: in tal caso, come uomo, prima che come professore universitario, esprimo forti perplessità perché significa creare ancora confusione. È pur vero, e lo abbiamo ribadito, che nel Servizio sanitario nazionale ci sono strutture ospedaliere eccellenti dal punto di vista della ricerca, che sicuramente devono essere coinvolte nell'attività di formazione: non c'è ombra di dubbio, ma coinvolgimento non significa trasferire altrove il compito della formazione.

Come ho già detto, abbiamo riformato gli studi medici.

La programmazione delle facoltà di medicina è passata dalla cosiddetta lezione universitaria cattedratica, priva di obiettivi strumentali, ad

un insegnamento basato su obiettivi concreti e predeterminati che le facoltà di medicina devono rispettare organizzandosi a tal fine.

La libertà di insegnamento del professore universitario sta cedendo il passo ad una didattica mirata e organizzata in progetti specifici. All'inizio di ogni anno accademico le facoltà devono programmare la didattica sia a livello orizzontale che verticale. Tale programmazione si basa su «crediti», ovvero su un pacchetto di informazioni da trasmettere in una determinata area e in un tempo stabilito con la possibilità di traslare parte di questi crediti ad un altro momento. Mi spiego meglio. Insegno clinica medica all'ultimo anno della facoltà di medicina e quindi ho anche il compito di dire allo studente che terminato il suo corso di studi ha finalmente acquisito tutte le qualità per esercitare la professione. Tra le mie lezioni e quelle del professore di fisica però vi sono sei anni di distanza e può accadere che quanto trasmesso dal mio collega risulti vanificato dal tempo. L'organizzazione verticale della didattica consentirà al professore di fisica di prendere parte alle mie lezioni di patologia del sistema cardiocircolatorio per spiegare determinati fattori di fisica applicata alla biologia. Questo è il primo grande obiettivo che ci siamo proposti di raggiungere.

Il secondo obiettivo è finalizzato alla preparazione di soggetti che abbiano in sé la «capacità di trasformarsi» sul piano dell'operatività professionale in base alle necessità del territorio, ovviamente nel contesto di aree culturali omogenee.

Si tratta di un lavoro avviato nella consapevolezza che non esiste più la libera formazione, ma una formazione organizzata. In tale ottica ritengo che la collaborazione con il Servizio sanitario nazionale sia necessaria e diventi addirittura indispensabile nella formazione di personale da assegnare immediatamente al Servizio sanitario nazionale. Mi riferisco a due momenti formativi particolari: i diplomi universitari e le scuole di specializzazione, che formano professionisti in relazione alle esigenze territoriali della sanità pubblica.

L'integrazione tra università e Servizio sanitario nazionale in quella sede è importante e rappresenta un elemento naturale. L'università, i cui compiti fondamentali sono la formazione e la didattica e dove prevale l'aspetto professionale, non ha la possibilità di agire da sola. È chiaro quindi che in un secondo momento si deve verificare l'integrazione fra i due sistemi.

Temo invece che l'unificazione nella fase di formazione primaria del medico possa risultare perniciosa perché – come ho tentato di spiegare – si tratta di due momenti formativi diversi, entrambi degni di grande rispetto ma che, a mio avviso, non vanno confusi.

Nel concludere l'intervento sottolineo la mia completa disponibilità a fornire ai membri di questa Commissione tutti i chiarimenti necessari.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai senatori che intendono intervenire.

CAMERINI. Signor Presidente, ho ascoltato con grande interesse l'intervento del professor Balestrieri. Desidero tuttavia fare alcune considerazioni sul documento della facoltà di medicina di Pavia, messo a disposizione dagli auditi.

Anch'io sono convinto della validità di principi quali l'integrazione e la collaborazione e condivido l'importanza del momento formativo che, peraltro, ritengo debba durare tutta la vita. A tal fine nel disegno di legge in materia, che spero riusciremo a licenziare tra breve, abbiamo sostituito il concetto di «aggiornamento», che secondo la maggior parte di coloro che si occupano di pedagogia medica ha un'accezione prevalentemente nozionistica, con quello anglosassone di *continuing medical education*, ovvero con un processo di formazione permanente.

Non mi sento però di condividere la separazione, prospettata dal professor Balestrieri, tra formazione e addestramento professionale. Autorevoli personalità del mondo medico universitario, italiano e non, hanno affermato che la formazione è legata ad un'intima correlazione tra base scientifica e preparazione teorica, da un lato, e alla necessità di acquisire autonomia professionale sul piano operativo e decisionale, dall'altro.

Per tale ragione ritengo artificiosa la separazione tra «sapere» e «saper fare». Credo infatti che la preparazione del medico debba essere globale, ovvero comprensiva della capacità di sapersi comportare e di saper tradurre le conoscenze teoriche in attività pratiche.

Pertanto – lo ribadisco – credo che questa differenziazione tra formazione e addestramento professionale sia artificiosa.

Del resto, sono rimasto colpito da ciò che accade in altri paesi evoluti, quali Regno Unito, Germania, Francia; in quest'ultimo, secondo la normativa sulla formazione, i soggetti che partecipano ad attività di formazione pre-laurea sono tenuti ad operare per sei mesi in ospedale e presso medici di base perchè la gran parte dei problemi che la medicina deve affrontare sono connessi con il territorio. L'affermazione dunque di una separatezza tra formazione e addestramento professionale non mi sembra sia una posizione sufficientemente aggiornata: lo sottolineo con molta umiltà, ma ne sono estremamente convinto e non mi sembra positivo che da parte dell'università, per la quale ho un grande rispetto, si continui a proporre questo spirito di separatezza.

Vorrei svolgere alcune considerazioni sui due documenti fatti pervenire alla Commissione dalla Conferenza dei presidi di medicina ed elaborati rispettivamente dalle facoltà di Pavia e Ferrara che, pur trovandoli molto interessanti, non condivido in più punti.

In particolare, nel documento elaborato dall'università di Pavia si afferma che la facoltà di medicina e chirurgia è istituzionalmente impegnata in tre ordini di attività, didattica, ricerca ed assistenza, e che la didattica è prioritaria rispetto alle altre: questo è vero ma la didattica è inscindibile dalle altre due componenti. Si afferma inoltre che «l'attività della facoltà di medicina ha subito un processo di snaturamento del suo fine didattico e istituzionale subendo un progressivo processo di assimilazione agli scopi assistenziali propri del Servizio sanitario nazionale. Non stiamo qui a ve-

rificare quali siano le cause di ciò o di chi siano le colpe ma, facendo un'analisi critica, non si è trattato soltanto di «subire» ma di una perdita dei fini istituzionali delle facoltà di medicina.

Per quanto riguarda la ricerca, cito spesso un mio carissimo amico pachistano, che dirige il *Pakistan Heart Journal*, secondo il quale la ricerca è uno stato dell'animo e della mente e può venire effettuata nei palazzi come negli *slums*. Analizzando i dati della ricerca che ci è stata presentata, secondo lo stesso documento, il 46,7 per cento dei lavori scientifici è prodotto dall'università, il 32 per cento circa da strutture del Servizio sanitario nazionale. Questo dato rafforza un mio pensiero e cioè che la ricerca deve essere di tutte le componenti operanti nel settore medico: non esistono i monopoli, non esiste l'esclusività.

Può invece essere operata una differenziazione tra vari tipi di ricerca. A questo proposito sono stato colpito da un articolo in una pubblicazione medica in cui si diceva di fare attenzione a cosa si intende per ricerca: infatti, c'è una ricerca di base, e ritengo che sia uno dei campi su cui l'università debba profondamente impegnarsi, una ricerca di «trasferimento», dalle conoscenze di base alla clinica, in cui è importantissimo il ruolo che può svolgere l'università ma non esclusivo, e poi c'è una ricerca clinica, che è il risultato della integrazione tra mondo ospedaliero e universitario. Pertanto, quando si parla di ricerca è necessario operare una chiara distinzione tra i modelli e le tipologie della stessa.

Nel documento elaborato dalla facoltà di Pavia si afferma ancora che «il concetto di efficienza ha cambiato baricentro passando da quello di bontà del prodotto (successo diagnostico-terapeutico) a quello di economicità del prodotto (vendita di prestazioni in attivo)». Credo che, almeno per quanto riguarda la mia parte politica, nessuno abbia mai pensato che la salute debba essere legata a prestazioni in attivo: abbiamo sempre affermato che bisogna razionalizzare il sistema e siamo convinti che questo non debba mirare ad alcun attivo perché l'unico obiettivo che va perseguito è la migliore produzione di salute, pertanto non mi sento di sottoscrivere questa affermazione.

Un altro punto dello stesso documento che mi lascia perplesso riguarda «il conseguimento, da parte delle facoltà mediche, della disponibilità di strutture idonee indispensabili allo svolgimento di tutte le attività ad esse afferenti». Anche questa è un'affermazione che non può essere condivisa. Analizzando la nostra normativa e quella europea emerge che si debbono rispettare alcuni parametri (per esempio, per quanto riguarda la cardiocirurgia, ognuno deve effettuare almeno 300 interventi all'anno, e così via): le disponibilità pedagogiche di cui necessita la ricerca non sono rinvenibili in alcun reparto universitario, una richiesta di quel genere non porta da nessuna parte. Ritengo che l'università debba aprirsi e, sotto il suo controllo (concordo su questo), individuare dove e con quali modalità debbano afferire le strutture in cui esistono capacità e professionalità per partecipare al processo formativo; mentre mi sembra che quell'affermazione parta da un concetto di «cittadella» chiusa, di società chiusa.

Occorre che le facoltà di medicina facciano una, seppur piccola, auto-critica. Sempre nel documento elaborato dalla facoltà di Pavia, si calcola un numero di 600 studenti da ospitare nell'ospedale di una facoltà di medicina e poi si afferma che essi dovranno lavorare in piccoli gruppi formati da 3 studenti: ritengo che questo possa servire per un'ora di *training* ma non a formare veramente gli studenti; inoltre nel calcolo dei 600 si tiene conto dei problemi connessi alle specializzazioni e ai diplomi universitari.

Per tutti questi motivi ritengo che un ripensamento su questi documenti sia necessario ed importante.

Credo inoltre - e concludo - che le facoltà di medicina debbano aprirsi ai problemi del territorio (come quelli relativi alle tossicodipendenze e alla psichiatria sul territorio) cooptando nel processo formativo coloro che possiedono le qualità e le caratteristiche necessarie.

Sono profondamente convinto dell'opportunità di ripensare questo documento perché ritengo che le facoltà di medicina non debbano porsi come società chiuse nell'ambito del processo formativo.

DE ANNA. Ringrazio i professori Angelo Balestrieri e Francesco Maria Avato per la loro disponibilità a fornire i chiarimenti richiesti.

Sono profondamente convinto che per creare un buon medico sia necessaria un'*équipe* di docenti altamente specializzati. Attualmente, nel 99 per cento dei casi, tali docenti sono professori universitari. Analizzando la situazione nel dettaglio, rileviamo che per ogni singola disciplina del corso di laurea occorre una particolare specializzazione. E in tutti i casi si tratta sempre di specialisti che hanno seguito un *training* formativo diverso da quello del primario ospedaliero.

Non sto a ricordarvi gli anni di applicazione legati all'esercitazione pratica degli studenti e all'attività tutoriale nonché le numerose verifiche svolte durante tale percorso formativo per diventare prima ricercatore, poi professore associato, quindi professore straordinario ed infine professore ordinario.

Se analizziamo questo *iter*, che ha una durata di circa 20-25 anni ed è estremamente diverso da quello seguito dal collega ospedaliero, ci rendiamo subito conto che per ogni aspirante docente di massimo livello, dopo quasi trent'anni di applicazione, solo uno raggiunge il traguardo ottenendo la cattedra di professore ordinario. Il medico ospedaliero non è stato sottoposto ad una selezione così rigorosa e si è impegnato invece nel campo dell'assistenza.

Per quanto concerne la formazione dello studente di medicina, ritengo che la docenza debba essere riservata prevalentemente a chi ha seguito un *iter* di preparazione specifico, ovvero il docente universitario. Tuttavia l'università nel 2000 non può restare chiusa nella sua «cittadella», come sosteneva giustamente il collega Camerini, e quindi ai corsi di laurea debbono partecipare anche quei medici ospedalieri che per il loro *curriculum* formativo, per l'esperienza accumulata e le ricerche svolte, hanno dimostrato di avere una particolare propensione all'insegnamento.



Carattere diverso ha invece la docenza post-laurea. Mi riferisco alle scuole di specializzazione il cui insegnamento è di carattere prevalentemente pratico. È chiaro che in questa fase della formazione medica si deve creare un'osmosi tra il mondo universitario e quello ospedaliero. Ciò è ancor più necessario nell'ambito dei diplomi finalizzati alla formazione di figure professionali ormai indispensabili al funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

A mio avviso, quindi, alle soglie del 2000 l'università deve aprirsi alle nuove problematiche, anche nell'ambito di un processo di formazione continua - come ha giustamente detto il collega Camerini - dei medici specializzandi. L'aggiornamento professionale diventa poi ancor più importante per quei diplomi nati per creare le figure professionali richieste dal nostro Servizio sanitario nazionale.

BERNASCONI. Signor Presidente, credo che sui principi generali ognuno di noi abbia già espresso il proprio parere nella precedente seduta e pertanto vorrei porre domande specifiche finalizzate al chiarimento di dubbi.

Innanzitutto vorrei capire se i documenti elaborati dalle facoltà di medicina e chirurgia di Ferrara e di Pavia abbiano esclusivamente valore interno alle due università o se invece siano stati convalidati dalla Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina, acquistando con ciò un significato più ampio. Inoltre, le soluzioni prospettate, al di là di un'evidente posizione comune a livello universitario, sono diverse. Mi chiedo pertanto che valore dobbiamo attribuire ad essi.

La seconda domanda riguarda la quantificazione del rapporto ottimale studenti-posti letto, individuato nei due documenti in 200 studenti per 800 posti letto. Finalizzando l'assistenza alla formazione e alla ricerca, quindi considerandola ad esse residuale, mi chiedo che impatto possa avere sul Servizio sanitario nazionale una proposta di ristrutturazione istituzionale basata su tale rapporto. Significa che dobbiamo aumentare in modo rilevante la quantità di posti letto nelle facoltà universitarie o che dobbiamo sopprimere quelle facoltà che, secondo una logica prettamente universitaria, hanno aumentato il numero delle cattedre e ripartito drasticamente al loro interno il numero dei posti letto al punto che esso (4-6 per cattedra) è ormai decisamente esiguo? O ancora, dobbiamo sostenere che nelle facoltà di medicina di alcune grandi città si debba procedere ad una drastica riduzione del numero degli studenti pena la necessità di chiuderle in attesa di un dimensionamento adeguato?

Un'altra questione è la ricerca. Come ben sapete alcune università hanno chiesto ed ottenuto il riconoscimento di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs). Per definizione si tratta di strutture del Servizio sanitario nazionale legate, almeno per quanto riguarda i fondi della ricerca, al Ministero della sanità e non al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. Anche in questo caso l'assistenza è residuale alla ricerca.

Mi chiedo se questa profonda revisione dell'appropriazione universitaria della ricerca – che io non condivido perché come ha affermato il collega Camerini la «buona ricerca» si può realizzare in tante sedi – farà sì che le università non possano più essere Irccs. Tuttavia, poiché il riconoscimento di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico comporta maggiori finanziamenti, credo che si troverà sempre un modo per continuare a ricevere soldi dal Ministero della sanità cercando però la maniera di essere sottratti ad un controllo e ad una finalizzazione della ricerca ai bisogni sanitari.

In conclusione, desidero capire esattamente cosa si intende realizzare con i due documenti presentati.

PAPINI. Colgo l'occasione di essere in sede di audizione per porre una domanda ai nostri ospiti. Mi rendo conto che qui si stanno trattando interessi molto significativi, consistenti ed importanti, però ho un dubbio che non riesco a sciogliere, non essendo medico.

Io sono laureato in scienze politiche, con indirizzo economico, e per arrivare alla laurea ho svolto anche attività di ricerca. Ritengo che aver fatto ricerca sia stato fondamentale per la mia formazione professionale. Poi sono andato a lavorare presso una società di consulenza, prima come impiegato, poi come dirigente, ma, mentre mi si chiedeva di essere continuamente aggiornato nel mio campo, non mi si è mai chiesto di fare ricerca. Mi si chiedeva cioè un continuo aggiornamento, ma non di produrre io stesso aggiornamento e informazione scientifica. Mi rendo conto che questo esempio può essere considerato non calzante, ma vorrei capire bene quale ricerca si possa fare nell'ambito del servizio sanitario e dell'università quando, per altro verso, si dice che in questo ambito si deve lavorare come in qualsiasi altro ambito industriale, senza porsi problemi di ricerca. E allora, quale ricerca si può fare?

MONTELEONE. Professor Balestrieri, già in altra occasione abbiamo avuto modo di confrontarci. Quando abbiamo cominciato a discutere sull'aggiornamento professionale continuativo nella professione medica abbiamo sentito il bisogno di consultarvi. Quindi ad alcuni quesiti lei ha già sufficientemente risposto.

Oggi ci troviamo in una fase ulteriore, finale, di chiarimento ed io voglio porle il seguente problema. Così come sono andate le cose, ho la sensazione che si potrebbe incorrere in un rischio, cioè che si crei conflittualità tra mondo ospedaliero ed università, cosa che per me sarebbe assurda, alla luce delle esperienze di questi anni. Il rischio è grosso ed io ritengo che ci sia bisogno di equilibrio nell'affrontare questa questione, contemperando le diverse esigenze per raggiungere l'effetto che noi auspichiamo, cioè un aggiornamento che vada nell'ottica dell'esperienza universitaria, alla luce della nuova situazione determinatasi sul territorio per quanto concerne il comparto ospedaliero. Ed io auspicherei la massima attenzione per giungere a tale riequilibrio, altrimenti potrebbero crearsi delle situazioni poco chiare.

Per quanto riguarda la ricerca scientifica, ho ascoltato con estrema attenzione il distinguo che ha posto il collega Papini. Distinguere la ricerca scientifica in una prima e poi in una seconda fase potrebbe essere, a mio modo di vedere, un'ottima soluzione. E questo ci viene imposto non solo da una nostra esigenza, ma anche da quella di inquadrare oggi le problematiche in un'ottica molto più vasta, quella della cosiddetta globalizzazione. È finalmente una scelta senza limitazioni soggettive, nel senso di singole capacità, per spingere un tipo di ricerca controllata e finalizzata.

Considerando il momento economico che il nostro paese sta attraversando e la necessità comunque di un riordino in questo senso, ritengo che bisognerebbe compiere delle scelte per cercare di risolvere almeno alcune questioni prioritarie, anche se a mio avviso non ci si può limitare a muoversi solo in questa direzione. È una situazione estremamente difficile, nella quale bisogna tener conto dei vari soggetti, università e mondo ospedaliero, senza trascurare le generali compatibilità economiche del nostro paese.

MIGNONE. Condivido l'analisi svolta dal senatore De Anna quanto ai percorsi formativi dei professori universitari. In effetti il professore universitario ha un processo formativo che non ha il medico ospedaliero che aspira ad essere docente. Tuttavia, vorrei notare che purtroppo questi processi formativi nel passato, e forse ancora oggi è così, si sono svolti in facoltà di medicina che non consentivano una linearità di percorso formativo per classi universitarie. In modo particolare mi voglio riferire a quelle facoltà di medicina di periferia che venivano aperte in questa o quella città di provincia, presso questo o quell'ospedale non sempre adeguato a svolgere un'attività di ricerca. Per motivi di opportunità non porto casi concreti, però di queste facoltà di medicina era cosparso tutto il territorio nazionale, dal Nord al Sud.

In effetti, la formazione del professore universitario era smentita dai fatti, ed io condivido chi dice che c'è una didattica di base, una didattica clinica, nel caso delle facoltà di medicina, e una didattica di specializzazione. La didattica di base, diceva il professor Balestrieri, può essere invocata sin dal momento in cui si svolge una didattica clinica. Il professor Balestrieri, che insegna clinica medica, convoca, ad esempio, il professore di fisica medica per integrare la sua attività didattica in un determinato settore. Questo è quanto, in teoria, dovrebbe avvenire, ma non si realizza nei fatti, considerando che i dipartimenti stentano a decollare non solo in ospedale, ma persino in ambiente universitario.

Come legislatori, avvertiamo la necessità di ampliare la capacità formativa delle nostre istituzioni, perciò auspichiamo un'integrazione tra università ed ospedale. Tale necessità avvertiamo maggiormente per alcune branche specialistiche, meno per la medicina territoriale. Per quanto riguarda, per esempio, la medicina del lavoro, a Melfi, dove esiste una grande realtà industriale, non c'è, purtroppo, alcun presidio, nonostante, presso l'ospedale regionale di Potenza, ci sia un servizio di medicina del lavoro. C'è dunque carenza di specialisti in medicina del lavoro: ciò

significa inadeguatezza dell'università a formare specialisti e inadeguatezza del Servizio sanitario nazionale, sul quale stiamo cercando di intervenire in modo che tali figure professionali siano rese disponibili. In ogni caso, dobbiamo trovare le soluzioni non riservando alla sola università il compito della formazione.

Vorrei fare un'ultima precisazione. Là dove c'è l'università, ma non la facoltà di medicina, i professori universitari insorgono alla sola proposta di istituzione di una nuova facoltà di medicina, perché temono che le risorse finanziarie dell'università possano venire assorbite dalla stessa e che il potere universitario si trasferisca nelle mani dei professori di medicina. È una situazione non più sostenibile in un paese moderno quale l'Italia.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda la formazione, negli interventi dei senatori e in quelli degli auditi è stata fatta un'ampia analisi delle carenze. Ne evidenzierei un'altra e cioè un eccesso di credito che in questo momento pende dalla parte dell'università, la quale sostanzialmente si occupa della formazione, dei corsi di laurea e delle abilitazioni. Queste ultime appartengono ad un mondo più complesso, quello delle professioni, per cui si determina una certa conflittualità; considerato, inoltre, che l'università si occupa anche delle specializzazioni, ritengo che il sistema debba essere rivisto.

Ringraziando il senatore Mignone per il suo intervento, vorrei aggiungere che le nuove frontiere della formazione evidenziano i limiti dell'università per cui è necessario che vi concorrano nuove strutture e nuovi sistemi, considerando anche che il sistema sanitario per alcuni aspetti vi confluisce con altre competenze.

È dunque importante definire un'adeguata programmazione (ciò emerge anche dai documenti che ci sono stati consegnati e dagli interventi) in merito alla casistica, alla quantità delle strutture (in proposito ci sono parametri europei che, però, impongono una cooperazione) ed agli strumenti, che debbono essere il più possibile flessibili per adattarsi ad un sistema non rigido.

Il senatore De Anna ha parlato brevemente della sua esperienza professionale; voglio citare anche la mia perché mi sembra specularmente opposta. Ho cominciato come universitario ma, molto presto, ho iniziato a lavorare in ospedale dove ho percorso la carriera ospedaliera fino al ruolo di primario, partendo e passando attraverso l'università. In ambito universitario ho avuto ottimi maestri e indirizzi ma anche nel corso del cammino ospedaliero ho ricevuto stimoli, che ho continuato a coltivare nel campo della ricerca. Ho avuto anche la fortuna di trovarmi vicino al confine con un'altra nazione, per cui ho potuto fare continue verifiche con il sistema della stessa, già allora molto più flessibile ed autocritico del nostro. Durante quel periodo ho svolto circa 150 lavori di ricerca, soprattutto *clinical trials* e lavori di verifica clinica. A tale proposito ringrazio il senatore Camerini che ha parlato dei diversi aspetti della ricerca (ricerca pura, di trasferimento e clinica). Negli ultimi anni della professione sono stato

riassorbito – in relazione a quanto previsto dalla Tabella 18 – come professore a contratto presso l'università.

Questo è lo spaccato della mia carriera che è stata supportata, fortunatamente, da una serie di innovazioni scientifiche nella mia specialità ma anche da un cammino parallelo condotto dalle associazioni rappresentative. Nella mia specialità c'era, dapprima, una grande incomunicabilità tra l'università, che deteneva il sapere e che poco ne comunicava all'esterno rappresentando dunque una sorta di torre eburnea, e il sistema ospedaliero, all'interno del quale c'era una vasta casistica ma era poco diretto in questa direzione. Per merito anche di alcuni che considero miei maestri, all'interno del sistema ospedaliero si è aperto un confronto, anche molto aspro, a cui è seguito un dialogo e, adesso, una perfetta sinergia di equilibrio, tanto che ora entrambe le componenti forniscono il loro contributo mantenendo regole di ottimo equilibrio. Di ciò abbiamo potuto dare dimostrazione proprio nell'ultimo convegno (era presente anche la senatrice Bernasconi) in occasione della celebrazione dei cinquant'anni dell'Associazione medici ospedalieri. Dunque, il cammino sul quale indirizzarci è quello della sinergia, della cooperazione, dell'equilibrio: non serve attendere un ispiratore esterno ad indicarci la strada; si tratta di un cammino che entrambe le componenti debbono percorrere.

*AVATO.* Mi soffermerò in particolare sui quesiti posti in tema di rapporto numerico tra studenti e posti letto disponibili nelle facoltà universitarie nonché in ordine al contenuto dei due documenti elaborati rispettivamente dalle facoltà di Pavia e Ferrara.

Sono abbastanza turbato dagli stimoli emersi che meriterebbero, forse, un'analisi più approfondita e discorsi meno formali. Mi accorgo che da parte nostra vi è una grossa difficoltà a spiegare le caratteristiche della professione dei docenti universitari e ciò crea a volte equivoci. Sostanzialmente, l'università si caratterizza e si differenzia dal Servizio sanitario nazionale per una diversità di obiettivi: l'università è destinata alla produzione delle competenze, il Servizio sanitario nazionale all'impiego delle stesse. Una confusione tra queste due finalità sarebbe deleteria e non è assolutamente sostenibile nemmeno dal punto di vista della chiarezza economica. Non avviene in nessun paese del mondo che tutti si occupino di tutto.

Premesso ciò, è ovvio che la ricerca, pur non essendo di pertinenza esclusiva dell'università, trovi in essa una sede privilegiata sul piano dell'organizzazione metodologica. Già la volta scorsa ho avuto modo di segnalare alla vostra attenzione il «sommerso brevettuale» della nostra università che non riesce ad emergere per la difficoltà di apparire nuovo ed autonomo rispetto ai committenti.

I due documenti che vi abbiamo trasmesso sono il frutto di una intensa discussione, sviluppatasi nelle facoltà di Ferrara e Pavia, che ha visto una partecipazione corale dei presidi delle facoltà di medicina. Sono documenti che si integrano e pertanto non sono diversi, se non per taluni aspetti formali; essi, inoltre, avendo un carattere meramente preparatorio,

non costituiscono il documento finale del Convegno nazionale sui rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale tenutosi a Roma qualche mese fa, bensì il punto di partenza.

Nel documento di Pavia ci siamo permessi di quantificare il numero di posti letto ritenuto adeguato ad una formazione moderna, che tenga conto non soltanto delle esigenze del corso di laurea ma anche del fatto che una dimensione assistenziale calibrata può servire da supporto allo svolgimento di altre incombenze didattiche. Alla facoltà di medicina, infatti, stanno per essere assegnati nuovi compiti. Oltre ai diplomi e alle scuole di specializzazione, le università si stanno attivando per preparare corsi di laurea in scienze motorie, in scienze infermieristiche e tecnico-sanitarie, in psicologia clinica e in scienza della programmazione sanitaria. Si tratta di un impegno notevole che le facoltà di medicina intendono assumersi anche nella prospettiva di trasformarsi – come sta accadendo in Olanda e Danimarca, per citare i paesi europei all'avanguardia sotto il profilo didattico – in «facoltà di scienze della salute», concetto che implica la necessità di un aggiornamento degli insegnamenti.

Per quanto concerne il numero dei posti letto, il calcolo da noi effettuato comporta un ridimensionamento notevole della dotazione attuale. Tale ridimensionamento però va considerato in termini non equivoci. Definito il numero massimo di studenti per corso di laurea (200-250) e un dimensionamento ottimale di 800 posti letto, ne deriva, ad esempio, che il policlinico Umberto I di Roma, che ha una dotazione di 3.500 posti letto, in realtà non dovrebbe averne più di 1.000. Ciò implica una pesantissima riduzione del numero dei posti letto male impiegati, un recupero delle istanze specificatamente didattiche e una rivisitazione dei compiti assistenziali.

Credo inoltre che la proliferazione delle facoltà di medicina (dal 1970 ad oggi ne sono state autorizzate circa 15) non derivi da richieste universitarie ma piuttosto da istanze di carattere locale. Molte regioni avevano necessità dell'apporto universitario per decollare anche sotto il profilo dell'assistenza sanitaria.

Un tale ridimensionamento del numero dei posti letto ci porta a considerare la collocazione delle facoltà di medicina da un punto di vista storico. Una legge degli anni '20 in materia sanitaria stabiliva il numero di posti letto in funzione delle cliniche allora previste. La normativa degli anni '30 proibiva addirittura agli ospedali con più di 1.600 posti letto di essere sede di facoltà di medicina. Queste ultime potevano essere collocate soltanto negli ospedali di seconda categoria.

Quello che vi proponiamo non è un semplice recupero storico ma concettuale e culturale, dal momento che su di voi pesa la grande responsabilità di impostare una moderna organizzazione della cultura e della formazione professionale evitando confusioni.

Per quanto riguarda la ricerca, è chiaro che questa deve essere svolta da chi è capace e l'università sta dimostrando di esserlo. Nel documento di Pavia si precisa che la quantità di produzione scientifica delle facoltà di

medicina è assolutamente prevalente rispetto a quella prodotta dal Servizio sanitario nazionale (inclusi gli IRCCS), considerando anche il numero degli addetti impiegati. Il preside di Pavia ha voluto perfino scindere la produzione scientifica dei colleghi universitari che utilizzano le risorse erogate dal Servizio sanitario nazionale da quella dei colleghi che, lavorando nei reparti non convenzionati e soprattutto durante il primo triennio, non possono godere dei finanziamenti del Ministero della sanità.

È un'occasione per fare chiarezza – come è avvenuto per i fondi che il Ministero di grazia e giustizia destinava a scopi sanitari, del tutto impropri – sui fondi relativi alla formazione e in parte alla ricerca, che non si capisce per quale ragione debbano costituire l'1 per cento dei fondi del Sistema sanitario nazionale.

**PRESIDENTE.** Vorrei sottolineare che l'ultima affermazione del professor Avato sui compiti impropri della medicina penitenziaria va presa come una semplice considerazione personale, trattandosi di questione già ampiamente dibattuta a livello parlamentare.

Prego ora il professor Balestrieri di rispondere sinteticamente alle osservazioni sollevate dai membri della Commissione.

**BALESTRIERI.** Signor Presidente, sarò estremamente sintetico. Innanzi tutto desidero replicare alle osservazioni del senatore Camerini. Sono d'accordo sul fatto che la formazione sia un concetto globale e che quindi la distinzione tra ricerca di base e altri tipi di ricerca sia artificiosa, trattandosi di aspetti superati.

A mio avviso però la distinzione tra formazione primaria ed addestramento professionale nasce da un obiettivo preciso: considerare la formazione primaria la finalità propria del mondo universitario, almeno fino a quando la facoltà di medicina non verrà scorporata dal sistema universitario. Finché essa rimarrà al suo interno obbedirà inevitabilmente alle logiche della formazione universitaria che sono le stesse che valgono nelle facoltà di economia e commercio o di giurisprudenza, dove nessuno si sogna di chiedere al Ministero di grazia e giustizia di organizzare il corso di laurea in giurisprudenza.

L'università non fornisce professionalità, tant'è che il neolaureato in medicina in Italia non può esercitare la professione senza l'abilitazione. Esiste quindi un altro momento nella formazione medica in cui subentrano altre forze deputate ad abilitare il dottore in medicina e chirurgia all'esercizio della professione.

In Europa non esiste l'esame di abilitazione ma vi è l'obbligo della «professionalizzazione» attraverso le scuole di specializzazione. In nessun paese, quindi, il neo laureato in medicina, terminati gli studi universitari, esercita la professione di medico o di specialista dovendo necessariamente passare attraverso una fase di formazione professionale.

È fondamentale quindi fare chiarezza su un punto. Se la facoltà di medicina deve formare un dottore in medicina e chirurgia, che non è ancora un medico, è necessario lasciare ad essa piena libertà di organizza-

zione del sapere, altrimenti creiamo confusione ed entriamo in un campo diverso che non ha nulla a che fare con la formazione del dottore in medicina.

Ci deve essere un momento di addestramento, tant'è vero che si fanno le esercitazioni pratiche; sono perfettamente d'accordo con chi sostiene che non possiamo effettuare una scissione dei vari momenti, ed è affermato nella sentenza della Corte costituzionale il principio della globalità dell'intervento. Però dobbiamo in quella fase, quando stiamo operando per la formazione del dottore in medicina, creare un'organizzazione in modo tale che venga anche seminato quell'elemento fondamentale di ricerca, come diceva il senatore Papini, che servirà poi nella vita come esperienza. La stessa tesi di laurea è un'esperienza di ricerca, che il dottore poi trasferirà nella professione come metodologia per affrontare determinati problemi e poterli poi risolvere nel modo corretto, indipendentemente dai confini. Chiedo scusa se non sono stato chiaro nel differenziare questi due aspetti.

Il Ministero della sanità, nel momento in cui ha voluto enfatizzare un aspetto importante, che è quello della ricerca dei *trials* clinici nell'ambito della sanità, ha preso due iniziative. In primo luogo ha detto che i *trials* hanno bisogno di grandi popolazioni di malati, anche per evitare le brutte figure che abbiamo fatto noi universitari, e con noi anche altri, quando partecipavamo ai congressi internazionali presentando 5 casi, mentre altri ne portavano 55.555. In secondo luogo, il Ministero della sanità, volendo enfatizzare una ricerca che andava già al di là dei *trials* clinici, ha creato gli Irccs, cioè delle strutture in cui si consumavano contemporaneamente assistenza e ricerca. E ci siamo trovati anche noi lì dentro, perché siamo «miscelati» anche oggi nell'altra fascia degli Irccs.

Siccome l'obiettivo delle facoltà di medicina non è solo quello di formare il dottore in medicina, occupandosi anche delle scuole di specializzazione, dei diplomi universitari, della formazione continua, dei corsi di perfezionamento, perché il processo formativo oggi inizia per non esaurirsi più, i presidi delle facoltà di medicina hanno proposto di creare un Irccs speciale per le facoltà di medicina nel contesto della sanità (quei documenti sono puramente provocatori ed hanno già gettato dei semi importanti per dare un indirizzo generale). Hanno cioè proposto di creare un'azienda speciale, che serva anche al Servizio sanitario nazionale, il cui presidente provenga dall'università ed abbia percorso la carriera ospedaliera. Per dare al presidente la possibilità di provvedere alla formazione, bisogna sottrarlo alla logica stringente dell'azienda ospedaliera. Non confondiamo il fatto che l'università si voglia o non si voglia miscelare con il Servizio sanitario nazionale. C'è stata in questo senso una proliferazione, è vero, ma già partono segnali in senso contrario; ormai negli atenei tutte le altre facoltà stanno stringendo lentamente all'angolo le facoltà di medicina. Quindi non c'è più quella soggezione antica verso le facoltà di medicina, anzi oggi, forti di un numero di iscritti di molto superiore, tendono a prevalere all'interno del senato accademico.



Abbiamo ipotizzato la suddetta azienda speciale come un contenitore nel quale dobbiamo far precipitare come università e come Servizio sanitario nazionale le forze necessarie affinché, in una organizzazione diversa da quella delle aziende ospedaliere, si possa formare il medico. E noi non vogliamo entrare in collisione con nessuno, perché riteniamo – come ha detto giustamente il professor Avato – che, se si è bravi, si può essere ospedalieri o universitari, oppure nè ospedalieri nè universitari. Questa torre d'avorio che è l'università ha un pregio nascosto, piccolo piccolo: può far diventare professore universitario anche chi non è laureato. Ad esempio, a Cagliari la cattedra di archeologia è tenuta da uno studioso che non ha conseguito alcun diploma di laurea, ma che in archeologia ha dato punti e lezioni a mezzo mondo.

Accolgo pienamente quanto ha detto il senatore Monteleone. Dobbiamo avere la capacità di metterci insieme, scorporando dall'università e dal Servizio sanitario nazionale quella struttura importante alla quale affideremo la formazione di soggetti competitivi sul piano internazionale ed efficaci ai fini del recupero e del mantenimento della salute.

PAPINI. Parlando di ricerca nel sistema sanitario nazionale, i nostri ospiti hanno fatto riferimento ai *trials* clinici. Ma questo esaurisce completamente l'aspetto ricerca, o è soltanto un aspetto marginale della ricerca, e quindi non può essere definito ricerca? *Trials* clinici uguale ricerca, o non piuttosto una componente terminale di una fase di ricerca che si è inventata dove andare? Il mio problema è quello di capire dove sia la maggiore capacità e predisposizione a svolgere ricerca, anche nell'ottica di allocare delle risorse.

BALESTRIERI. Il *trial* clinico si inserisce in un mosaico che vuole ottenere una figura, ed il mosaico è fatto da un insieme di pietre di colori diversi che, viste sul banco, possono non avere alcun significato, composte da un artista danno figure eccezionali.

I fondi vanno indirizzati per obiettivi: diciamo di voler comporre quel mosaico, poi ognuno porta le pietre del colore che possiede, portiamo anche vasi a Samo; se facciamo il discorso della suddivisione, tutti vorranno partecipare alla spartizione. Da quando sono nato, sono stato abituato a vedere in Italia la corsa più al consumo delle risorse che non all'utilizzazione delle stesse. A mio avviso, si tratta di un momento fondamentale da iscrivere in un quadro più generale per cui c'è una sola ricerca; non a caso, ho detto all'inizio di non essere d'accordo quando si parla, probabilmente per potersene appropriare, di diversi tipi di pacchetti: se consideriamo la ricerca come un elemento fondamentale per raggiungere degli obiettivi, scompaiono i pacchetti e la ricerca diventa unica.

MONTELEONE. A proposito delle pietre da portare, se ne portiamo cinque, ma di queste una è falso-positiva e l'altra è falso-negativa, in effetti ne abbiamo portate tre e quindi siamo ulteriormente penalizzati.

CAMERINI. Vorrei chiedere al professor Balestrieri se è d'accordo sulla definizione di processo all'interno del quale esistono varie fasi: per esempio, per il farmaco, si passa dalla sintesi alla sperimentazione prima sugli animali, poi sui soggetti sani e, infine, sull'uomo malato.

*BALESTRIERI.* Prima di tutto quello c'è un «delirio» umano, che è fondamentale, quello che porta l'uomo a quella sequenza. Ho sempre affermato che la ricerca nasce dalla curiosità e dal «delirio» di vedere se può essere applicata, poi naturalmente va fatta un'analisi per verificarne l'attendibilità.

PRESIDENTE. Ringrazio i professori Balestrieri ed Avato per il loro contributo.

Dichiaro conclusa l'audizione dei componenti della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e rinvio il seguito dei nostri lavori ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,35.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. GIANCARLO STAFFA



