

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

19° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 LUGLIO 1998
(Pomeridiana)

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Seguito delle audizioni del professor Raffaele Perrone Donnorsò, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo), e del dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (Anaao-Assomed, Associazione medici dirigenti)

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	<i>BOLLERO</i>	Pag. 5, 8
BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	7	<i>PERRONE DONNORSO</i>	3, 4
MONTELEONE (AN)	8		

Audizione dei rappresentanti del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snamì), della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg), della Cisl-Medici e della Cgil-Medici

PRESIDENTE	Pag. 7, 12, 14 e <i>passim</i>	<i>COLIMBERTI</i>	Pag. 16
BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	18	<i>FALCONI</i>	12
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	20	<i>FERRARO</i>	7
MONTELEONE (AN)	21	<i>GARRAFFO</i>	15

Intervengono il dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (Anaa-Assomed, Associazione medici dirigenti), accompagnato dal dottor Serafino Zucchelli, vice segretario nazionale dall'Associazione medesima; il professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo), accompagnato dal professor Giorgio Bertolizio e dal professor Erasmo Rondanelli, rispettivamente segretario nazionale e consigliere di giunta dell'Associazione medesima; il dottor Gianfranco Ferraro, responsabile nazionale settore ospedaliero del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami); il dottor Mario Falconi, segretario nazionale della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg); il dottor Giuseppe Garraffo, segretario nazionale della Cisl-Medici; il dottor Mimmo Colimberti, segretario nazionale della Cgil-Medici.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

Seguito delle audizioni del professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo) e del dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (Anaa-Assomed, Associazione medici dirigenti)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle audizioni del professor Raffaele Perrone Donnorso, presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (Anpo), e del dottor Enrico Bollero, segretario nazionale dell'Associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri (Anaa-Assomed, Associazione medici dirigenti).

Do la parola al professor Perrone Donnorso per rispondere ad alcuni dei quesiti formulati dai senatori nella seduta antimeridiana.

PERRONE DONNORSO. Signor Presidente, il mio intervento non sarà una vera e propria replica, perchè le parole del senatore De Anna mi stimolano, per la verità, ad una precisazione, più che ad una replica.

Credo che nessuna persona di buona volontà pensi che non sia utile un *mix* università-ospedale. Però i *mix* hanno possibilità di successo quando sono paritari; se non lo sono, la strada da percorrere diventa breve.

A me non risulta che nella storia italiana ci siano stati dei casi di trasferimenti dagli ospedali all'università. Credo che non esista neanche un precedente di un primario ospedaliero che abbia vinto un concorso a cattedra all'università. Quindi, se si entra nell'ordine di idee che i *mix* funzionano e si devono realizzare, essi devono essere - ripeto - paritari.

Ciò detto, poichè l'esortazione dei senatori della Commissione mi sembra fosse stata quella di andare sul concreto, farò dei brevi accenni

su come noi pensiamo che si possa risolvere il problema della plethora medica.

Ovviamente, come primo punto, è necessario introdurre il numero chiuso di iscrizioni nelle facoltà di medicina e anche in quelle di veterinaria, poichè in questa sede non si è parlato molto della facoltà di veterinaria, che presenta le stesse problematiche di plethora della facoltà di medicina.

Come secondo punto, occorre procedere al completamento degli organici della sanità pubblica e privata con parametri omogenei di autorizzazione ed accreditamento.

Un terzo punto può essere la realizzazione del sistema di urgenze ed emergenze sanitarie e territoriali.

Sono inoltre necessari un completamento degli organici dei distretti, la realizzazione dell'assistenza domiciliare integrata e la piena funzionalità delle attività consultoriali di medicina preventiva.

Questi esempi ovviamente rappresentano soltanto delle esemplificazioni, come punti di impatto diretto sulla situazione della plethora medica. Poi esiste anche un modo indiretto di procedere: si può agire, per esempio, favorendo il pensionamento e non imponendolo (lo si può favorire non impedendo il cumulo), riconoscendo alla classe medica la disciplina sulle attività usuranti, indirizzando in maniera palese il mercato indicando i settori specialistici carenti.

PRESIDENTE. Mi scusi, professor Perrone Donnorso, ma devo intervenire per invitarla ad attenersi il più possibile alla materia oggetto dell'audizione odierna. Pur apprezzando questo tipo di osservazioni, esse riguardano più specificamente il tema della legge delega, che non è oggetto di interesse di questa Commissione, bensì della Commissione sanità.

PERRONE DONNORSO. Ho capito, signor Presidente, ma nella seduta di questa mattina sono stato esortato a formulare delle proposte concrete.

PRESIDENTE. Questa mattina – come accadrà anche in seguito – ho lasciato libertà di esposizione sul tema in sè, con estensione anche ad argomenti al di fuori di esso. In sede di replica, però, bisogna rimanere sul tema della formazione e dei rapporti università-ospedali, essendo questo il tema specifico dell'inchiesta e non perchè io voglia imporlo.

PERRONE DONNORSO. Allora, una cosa da realizzare potrebbe essere un percorso di formazione del tipo contratto di formazione lavoro affidato agli ospedali e della durata di quattro anni, con un titolo parificato equivalente alla specializzazione, al solo fine dell'ammissione ai concorsi per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

A proposito dei rapporti università-ospedali, devo dire che come sempre l'aziendalizzazione che viene portata nei policlinici universitari convenzionati è sicuramente imperfetta, perchè per esempio il direttore gene-

rale viene sì nominato dalla regione però deve avere il gradimento in via di principio da parte del rettore e in via di fatto dal preside della facoltà. Ciò rappresenta ovviamente la dimostrazione di un potere e quindi la suditanza della carriera amministrativa al potere politico.

Concludo tornando a quanto affermato questa mattina. Siamo entrati in Europa, ma bisognerà pure rimanerci. Quindi, perchè non tentare di uniformarci a tutti gli altri Stati europei, cogliendo da essi il meglio in termini di normativa, programmazione ed organizzazione, nel rispetto e nel più sollecito recepimento anche delle stesse direttive comunitarie?

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione del presidente dell'Anpo, che congedo, ringraziandolo nuovamente per essere intervenuto.

Do ora la parola al dottor Bollero per la replica.

BOLLERO. Signor Presidente, la ringrazio per avermi dato l'occasione di approfondire alcuni temi, tre in particolare: cosa sostiene la categoria, o quanto meno la nostra Associazione, rispetto al problema dell'occupazione medica; cosa afferma rispetto alla rappresentatività sindacale e cosa significa trasversalità.

A proposito dell'occupazione medica, noi abbiamo affermato a qualsiasi livello, condividendo sia quanto hanno affermato altre associazioni, sia, soprattutto, quanto ha sostenuto e sostiene l'attuale comitato centrale e consiglio nazionale della Fnom su questo tema, e cioè che non si può continuare a parlare di occupazione medica puntando a creare esclusivamente posti di lavoro con l'attuale struttura. A monte di tutto vi è una determinazione che in qualche misura dovrebbe essere spinta in modo un po' più forte e deciso sul piano legislativo.

Se si introduce il concetto di numero programmato degli studenti che possono accedere all'università e poi – come tutti sappiamo – le decisioni dei tribunali amministrativi regionali contrastano con tale criterio, evidentemente è inutile che si continuino a fare ragionamenti sul numero programmato. È necessaria una legge speciale (anche se mi rendo conto che vi sono difficoltà politiche), come d'altra parte è accaduto in altre nazioni europee, per esempio in Spagna, in modo da bloccare di un determinato numero consistente (ad esempio, a nostro avviso, del 50 per cento) le iscrizioni alla facoltà di medicina per dieci anni. La Spagna ha realizzato questo tipo di intervento nove anni fa e oggi è in condizione di avere un numero di medici proporzionato al livello europeo.

Non si deve dimenticare che l'Italia è l'ultimo paese del mondo per il rapporto eccessivo di medici rispetto ai cittadini: un medico ogni 170 abitanti in Italia, uno ogni 140 a Roma, quando la media europea è di un medico ogni 500 abitanti e quando l'Oms stabilisce che dovrebbe essere uno ogni 600.

Se non si affronta questo primo problema in modo deciso e determinato sul piano legislativo, in modo da non consentire la solita falsità del numero programmato con i ricorsi al Tar (la realtà poi è che nel mondo universitario i cosiddetti «ricorsisti» vengono addirittura aggrediti sul

piano del percorso formativo, quasi che essi siano cittadini di terza serie, quando in realtà, se evidentemente accedono alla facoltà, ciò accade per un diritto soggettivo che è comunque un diritto riconosciuto dal Tar, quindi è inutile poi utilizzare altri strumenti), non si può affrontare nessun altro problema legato all'occupazione.

Nonostante ciò, la categoria dei medici nel suo insieme, con un primo documento inizialmente sottoscritto da diverse associazioni che sono attualmente presenti nel comitato centrale, ma poi anche da tutte le associazioni mediche, addirittura ha stabilito di predisporre ad attivare un fondo di solidarietà per risolvere il problema dell'occupazione. Ovviamente la stessa disponibilità dei medici dovrebbe essere dimostrata dallo Stato, dalle regioni e dall'Europa. Altrimenti, pensare che questo problema si possa risolvere soltanto affrontando quello dell'età pensionabile è un po' demagogico.

Quali sono i metodi per utilizzare posti di lavoro? Bisogna cominciare a stabilire quali sono gli *standard* minimi organizzativi di personale, di strutture e quindi di rapporto tra personale e posti letto. Parlo di minimo, il che significa che le singole regioni, se hanno disponibilità economica, possono aumentarlo; ma un minimo comune denominatore ci deve essere, come d'altra parte accade in tutta Europa. Se si cominciano a mettere dei paletti di riferimento, che non inficino il concetto di aziendalizzazione, ma che creino il determinante dell'omogeneità dei livelli uniformi di assistenza, allora potremo riproporre livelli di *standard* di personale. Altrimenti oggi il livello di *standard* di personale non esiste più e vi è solo l'economia della spesa.

Poi, all'interno della futura contrattazione si vedrà se vi è la possibilità, a seconda delle risorse economiche disponibili, di contratti a termine oppure di contratti formazione lavoro, che è uno degli elementi della trasversalità cui accennavo in precedenza e che affronterò successivamente.

In questo ambito credo che, se si fa riferimento, per esempio, ad una particolarità, cioè all'eliminazione della cosiddetta incompatibilità tra pensione di anzianità ed esercizio professionale (che non costa niente allo Stato, perché sono soldi che comunque derivano da una cassa pensione sanitaria, che mediamente ogni anno ha 1.200 miliardi di attivo), mentre il ragionamento del pensionamento di anzianità è stato quasi sfavorito perché il costo generale della previdenza incide sul bilancio dello Stato, in questo caso specifico non c'è costo generale perché è coperto dalla Cps. Cominciamo quindi ad eliminare, ad esempio, il tipo di incompatibilità tra trattamento di quiescenza ed esercizio di attività libero professionale e certamente questo favorirà molto di più l'esodo che non il ragionamento che si sta facendo sul concetto della cosiddetta età pensionabile. Ovviamente, nel momento in cui l'età media della vita raggiunge i 78-83 anni, subentra una contraddizione: quando consideriamo che oggi nel Servizio sanitario nazionale i medici al di sotto dei 35 anni sono appena il due per cento, significa che evidentemente si accede al servizio in età molto avanzata. Questo significa che ci sono solo 1.600 medici sotto i 35 anni e che l'analisi e la considerazione di una serie di elementi che

cominciano dall'accesso alla facoltà di medicina e finiscono con gli *standard* di personale sono sufficienti ma non sono gli unici parametri adatti a riportare in un ambito più realistico e concreto l'atteggiamento nei riguardi dell'occupazione medica.

Questo problema si aggancia anche alla disponibilità rispetto alla legge sugli specializzandi, laddove tutti – o per lo meno una gran parte – favoriscono la richiesta di specializzandi che a me sembra rivolta esclusivamente a conseguire la stabilità del posto di lavoro quando, viceversa, i colleghi presenti in questa Commissione sanno che ognuno di noi ha conseguito la specializzazione a costi propri, in condizioni disagiati, mentre oggi oggettivamente le condizioni disagiate sono legate ad altri parametri.

Credo che per quanto riguarda l'occupazione medica la documentazione che vi ho fornito sia ampiamente esaustiva. Vi farò avere il materiale che è stato sottoscritto all'interno della Fnom da tutti i sindacati riconosciuti dalla legge che rappresenta in un certo senso un patrimonio per l'ordine dei medici e che credo costituisca elemento ulteriore di riflessione.

Rappresentatività sindacale. Non c'è dubbio che abbiamo subito un processo di trasformazione della rappresentatività sindacale che a mio parere era sfuggito alla gran parte non solo dei medici ma anche delle forze politiche e che se in una certa logica è comprensibile, perché rappresenta una razionalizzazione, per altri versi è deleterio. L'articolo 46 del decreto legislativo n. 29 del 1993, stabiliva infatti che l'area della dirigenza medica e veterinaria doveva essere separata, distinta e autonoma. La legge Bassanini ha rinviato alla contrattazione generale la ridefinizione di queste aree. Oggi non abbiamo ancora certezza che questa area ci venga riconosciuta, per cui sostanzialmente dal punto di vista della rappresentatività medica il primo grande problema è riconoscere l'area della dirigenza medica, e questa è già una *diminutio* rispetto alla situazione precedente, rispetto all'elemento giuridico (che era un elemento forte) di riconoscimento di quest'area di dirigenza medica, che oggi invece dobbiamo contrattare. Siamo disponibili a farlo ma senza arretrare neanche di mezzo millimetro rispetto alla presenza della dirigenza medica e veterinaria.

Il problema della dirigenza medica va comunque risolto, altrimenti si verifica una grande contraddizione: tutti riconoscono che è necessario investire nelle risorse umane, in particolare nella dirigenza medica, ma diverso è il discorso quando si tratta di darci un riconoscimento concreto che è solo di forza contrattuale anche da questo punto di vista.

BERNASCONI. L'argomento in questione non ha attinenza con questo incontro.

PRESIDENTE. Dottor Bollero, la prego di attenersi maggiormente al tema della nostra indagine che riguarda l'attività formativa e la possibile cooperazione tra università e ospedali.

BOLLERO. Mi dispiace, senatrice Bernasconi, ma questa mattina mi sono state rivolte delle domande a cui devo necessariamente rispondere. Lei questa mattina non c'era. Non vi è quindi un'evasione dal tema trattato; se le dispiace sentire queste cose le posso scrivere, comunque le continuo a dire perché sono la realtà.

È evidente che la rappresentatività sindacale trova da un'altra parte, nella Commissione lavoro, un'argomentazione che si sta sviluppando sulle rappresentanze sindacali unitarie, che è niente più e niente meno che la distruzione della rappresentanza sindacale dei dirigenti, perché quando si creano le rappresentanze sindacali unitarie si distrugge qualsiasi rappresentazione legittima di interessi collettivi, perché si favoriscono i comitati unitari di base.

MONTELEONE. Signor Presidente, se mi consente, vorrei intervenire per fare una breve precisazione. Questa mattina – lo dico perché resti a verbale – nel prendere la parola ho detto chiaramente che approfittavo della presenza dei rappresentanti sindacali della Anaa-Assomed, in quanto ho ricevuto una loro documentazione e quindi ho diritto, da senatore della Repubblica, di chiedere chiarimenti in questa Commissione che lavora, per così dire, a 360 gradi in ordine alle questioni sanitarie. Dico questo, ripeto, perché resti a verbale. Quindi lei, dottor Bollero, ha perfettamente diritto di continuare a parlare su quanto io ho chiesto come senatore.

Signor Presidente, lo ribadisco: ho fatto queste affermazioni perché restino agli atti di questa Commissione.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Monteleone per questa precisazione ulteriore e prego il dottor Bollero di concludere il suo intervento.

BOLLERO. Signor Presidente, concludo riferendomi alla trasversalità che riguarda esattamente questa problematica.

La trasversalità non credo sia una cosa nuova, bensì nota a tutto il paese, anche all'interno delle forze parlamentari, sia al Senato che alla Camera. Trasversalità significa che quando si parla di problemi che interessano in qualche modo il mondo universitario, scatta un meccanismo per cui non esiste più una differenziazione né di partito, né di posizione politica ma c'è idealmente una comunione di intenti nel difendere e nell'acquisire determinate posizioni. Certamente c'è una comunione di intenti che prescinde dalle differenziazioni partitiche.

Se vogliamo andare nello specifico lo possiamo fare con due criteri. Primo: quando si ragiona di un ipotetico disegno di legge sugli ospedali di insegnamento, lo si deve fare in termini corretti e di trasparenza, vale a dire ospedale in senso stretto e insegnamento in senso stretto. Infatti se è ospedale, tradizionalmente afferisce al Servizio sanitario nazionale e non si può chiamare ospedale di insegnamento quello che invece afferisce totalmente al Ministero dell'università e quindi all'università. Noi siamo quindi contrari, come ha detto bene questa mattina Zucchelli, ad un si-

stema alternativo al sistema sanitario nazionale, ad una rete di sanità universitaria.

Guarda caso, però, quando si parla di ospedali di insegnamento si parla di un consiglio di amministrazione nel quale comunque sono presenti le rappresentanze dei docenti; si parla di un sistema nel quale è previsto (e lo trovo giusto, lo vorrei anche io negli ospedali) il consiglio di facoltà che determina le scelte organizzative e c'è il Senato accademico che ugualmente concorre a determinarle.

Se da questo punto di vista ci deve essere una sorta di trasfusione reciproca, prendiamo le cose positive del mondo universitario e trasfondiamole anche nel sistema ospedaliero, altrimenti credo che la situazione sarebbe sbilanciata.

In secondo luogo, c'è una forte preoccupazione e si percepisce bene: quando noi proponiamo i contratti di formazione e lavoro quinquennali i quali possono essere titolo per accedere al primo livello dirigenziale, c'è immediatamente un contrasto, perchè si pensa che questi siano alternativi agli specializzandi. Noi come associazione siamo stati tra coloro che sostenevamo la specializzazione ma fatta in un certo modo, nel modo che comunque è previsto da alcuni decreti interministeriali che non sono stati mai applicati, per cui i due terzi delle prestazioni ma anche dell'attività lavorativa, dovevano essere espletati in ospedali che ovviamente fanno parte della rete di formazione. Non mi risulta l'esistenza in Italia – eccezion fatta per la Lombardia e in particolare nell'Università di Milano – di una rete di formazione che coinvolga realmente gli ospedali e dove realmente gli specializzandi arrivino negli ospedali. Per quale motivo, allora, non si deve costruire in questo senso? Mi sembrava un avvicinarsi: l'Italia è l'unico paese in Europa in cui il titolo di specialista viene conferito dalle università, perchè in tutti gli altri Stati ciò non accade. Pertanto, accediamo e confermiamo questa possibilità, ma – vivaddio! – integriamoci, perchè altrimenti rimarremo continuamente sbilanciati.

La trasversalità, quindi, era riferita proprio a questi episodi; ci sembra, però, soprattutto che non vi sia più una differenziazione politica e partitica quando si parla del mondo universitario: ciò può rappresentare uno svantaggio o un vantaggio, ma oggettivamente vi dovrebbe essere un po' più di equilibrio. Purtroppo (devo usare questo termine) non posso registrare questa trasversalità per quanto riguarda il mondo ospedaliero e tutta l'altra categoria medica.

PRESIDENTE. Devo spiegare alla senatrice Bernasconi (che non era presente alla seduta antimeridiana di oggi) che nell'intervento del senatore Monteleone – come ricordato poc'anzi – è stata svolta una puntualizzazione sulla base di una lettera circolare giunta dal sindacato Anaa-Asso-med; poi, però, l'argomento è rientrato proprio in relazione al rapporto ospedale-università.

A tale proposito, anch'io evito in questa sede di commentare quella lettera, per la quale devono essere previste altre modalità ed altre situazioni.

Ringrazio i rappresentanti dell'Anao-Assomed per la loro collaborazione.

Audizione dei rappresentanti del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami), della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg), della Cisl-Medici e della Cgil-Medici

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dei rappresentanti del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami), della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg), della Cisl-Medici e della Cgil-Medici.

Ringrazio tutti gli esponenti delle categorie mediche intervenuti per aver aderito al nostro invito. Voglio ricordare, sulla base delle precisazioni svolte poc'anzi, che il tema oggetto di codesta audizione è quello dei rapporti tra ospedali ed università nell'ambito della formazione professionale.

Do la parola al dottor Gianfranco Ferraro, responsabile nazionale del settore ospedaliero del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami).

FERRARO. Signor Presidente, il sindacato che rappresento è formato da medici dipendenti e convenzionati ed ha, quindi, una sfaccettatura un po' particolare.

Ormai da parecchi decenni ci troviamo di fronte al principio del diritto allo studio che in Italia ha fatto compiere grandi conquiste, ma che da un certo punto di vista potrebbe addirittura somigliare ad una sorta di sfrenata corsa allo studio, almeno per quanto riguarda questo settore, che poi ha portato alla tragedia, ormai sotto gli occhi di tutti, dei 350.000 medici. Siamo arrivati al punto che, con gli atti che sono stati pubblicati, si intende negare la libera professione sia ai medici dipendenti che ai convenzionati e si vuole vietare il cumulo tra il reddito di pensione di anzianità o addirittura di vecchiaia con quello della libera professione, posizione che alcuni hanno già accettato: tutte norme che invece potrebbero essere indirizzate per migliorare lo Stato ed anche la professione, ed essere utili agli stessi colleghi più giovani.

Se non erro, in questa Commissione è stato affermato che lo spazio occupazionale della nostra categoria non rientra tra i compiti del Servizio sanitario nazionale. Tale dichiarazione, almeno da un certo punto di vista, si può condividere e noi come sindacato ci siamo sempre battuti - e non da oggi - per risolvere questa situazione: abbiamo cercato di fermare questo processo senza mai riuscirci e nel lontano 1987 abbiamo svolto anche un convegno a Ferrara durante il quale siamo arrivati al punto (forse per primi) di chiedere che alla laurea in medicina venisse assegnato solo un valore culturale e non anche legale. Ovviamente, questa soluzione può essere considerata estremistica, ma evidenzia come consideriamo tale possibilità. Era stata fatta anche una battuta, che non riguardava la nostra specifica situazione: se in Italia non fosse previsto il numero chiuso per i

notai, certamente vedremmo qualche atto notarile di troppo e non molto corretto.

Per tornare al tema specifico oggetto dell'inchiesta, non dimentichiamo che accanto al sapere teorico occorre anche il sapere pratico, cioè il saper fare. La pleora strutturalmente è contraria a questo concetto e non si capisce perchè l'università da una parte e l'ospedale dall'altra non possano agire entrambi in senso specialistico, vale a dire non solo di fatto – come avviene attualmente – ma in forma riconosciuta, individuando uno spazio per l'insegnamento dei medici ospedalieri, che non si dovranno dedicare soltanto alla missione – definiamola così – della cura dei malati, ma anche ed in modo persistente all'istruzione dei giovani. Ad esempio, con quello che sta accadendo con il «118», constatiamo una realtà differente da provincia a provincia, addirittura da ospedale a ospedale: dove giovani medici vengono addestrati da colleghi più anziani che hanno una grande esperienza, promettendo di costruire cose buone. Rileviamo una formazione oggettivamente meritevole e valida, ma in altre realtà ci troviamo davanti a giovani medici pieni di buona volontà che sono costretti ad arrampicarsi sugli specchi» per non fare danni. Tale situazione è presente in molte regioni e mi sembra significativa. Gli ospedalieri, cioè, stanno creando (si accetti l'espressione, anche se imprecisa) degli specialisti del settore dell'urgenza pratica sul campo, cosa che forse ad altre istituzioni non sarebbe così facile.

La libertà e la dipendenza male si accordano con la sicurezza professionale; con questo non si vuole certamente tornare ad uno Stato ottocentesco, ma riteniamo che un paese moderno debba ispirarsi ai migliori principi non solo nell'interesse della categoria, ma anche della professione.

Questo discorso non è più rimandabile e comunque richiede provvedimenti drastici, da adottare i tempi strettissimi (anche se poi non sarà certamente nostro compito farli).

Senza voler assolutamente abusare dell'occasione, vorrei fare un breve accenno all'aspetto della rappresentatività sindacale che, a mio giudizio, potrà risentire ancor più di un'altra situazione di fatto. Dovremmo far sì che nell'ambito della dipendenza si crei quello che una volta veniva definito il «contratto speciale» per la nostra categoria, perchè altrimenti vedremo sempre più i medici scomparire nella buriana dei molti settori amministrativi, che sono meritevoli finchè si vuole, ma nulla hanno a che vedere con la diagnosi e la cura dei malati. Uno Stato che si è aziendalizzato nelle sue Asl e che si perfeziona sempre più tecnicamente e tecnologicamente non può perdere validi professionisti senza cercare di qualificarli a parte (come si è fatto, ad esempio, nella magistratura): è una situazione che non sta più in piedi.

Si perde addirittura – elimino le conseguenze più logiche dal punto di vista dell'aberrazione – la rappresentatività sindacale. Io penso che in uno Stato democratico ciò non sia assolutamente tollerabile, perchè si vanno a perdere proprio quelle che sono le nostre specificità e addirittura non avremmo più voce in capitolo davanti a *manager* che fanno tutto quello che possono, ma che – come stiamo constatando – non sono del tutto

esenti da critiche. Anzi, sovente, proprio perché partono da un punto di vista squisitamente tecnicistico, a volte ragionieristico, adottano dei provvedimenti che vanno bene per loro, ma non certamente per la sanità.

Se il medico ha una rappresentanza così svanita, così poco consistente, così poco incisiva, vuol dire che c'è qualcosa che va cambiato con la stessa velocità con cui va regolato l'accesso alla facoltà di medicina.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Ferraro e do la parola al dottor Mario Falconi, segretario nazionale della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg).

FALCONI. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'opportunità che mi è stata fornita.

Confesso di aver provato un certo imbarazzo poco fa quando ho ascoltato la dialettica un pò accesa sul tema all'ordine del giorno. Credo che i mie amici e colleghi Bollero e Perrone Donnorso in realtà volessero significare che anche rispetto a questo tema c'è un'alta incidenza in senso negativo a proposito del discorso di chi e di quante persone vengono formate in questo paese. Ciò mi fa sostenere che probabilmente la prima domanda che ci dovremmo porre è: formiamo chi e per che cosa? Io, cittadino affezionato al nostro paese, ho sempre scolpito nella mente l'articolo 32 della Costituzione, cioè che la tutela della salute individuale è un interesse di tutti noi.

Allora credo che sia questo l'obiettivo di tutti i ragionamenti che siamo portati a fare, perché purtroppo spesso affrontiamo singoli argomenti (come è anche giusto che accada), ma rischiamo di perderci se non riportiamo ad unità l'intero discorso.

Pertanto, l'argomento su cui dobbiamo riflettere riguarda i rapporti università-ospedali e la formazione. Sarebbe più logico parlare dei non rapporti che ho registrato in questi decenni tra università ed ospedali. Inoltre, la formazione che è stata fin qui svolta è stata adeguata all'obiettivo che ci si proponeva? Io rispondo: no.

Personalmente mi sono laureato nel 1971 ma, avendo chiesto informazioni al riguardo a mia nipote che si è laureata da due anni, so che l'iter formativo universitario dei futuri medici italiani, quelli di ieri e quelli di oggi, non è mirato a fare in modo che ci siano in Italia medici formati a considerare la persona, cioè abituati ad avere di fronte una persona nella sua interezza. Chi di noi, più o meno bravo, concludeva l'università avendo molte conoscenze sul cuore, sui reni e sul cervello, ma spesso la formazione non era indirizzata ad evidenziare che esiste un rapporto umano, un rapporto che passa anche attraverso l'empatia con un individuo malato che si ha di fronte. Questo è il primo tema da affrontare.

Concordo pienamente con quanto sostenuto dai colleghi che mi hanno preceduto, cioè che pensare oggi ad una università, quindi ad una facoltà di medicina, totalmente scollegata dal progetto sanità è assoluta-

mente improduttivo, non serve, non è moderno, non è incisivo, non è nulla.

Oggi tutti (noi per primi) affermano che viene perseguito l'obiettivo della qualità. Si cerca di perseguire obiettivi di livelli uniformi, appropriati, efficaci e - badate bene - tutti sosteniamo che ciò deve accadere attraverso un uso appropriato delle risorse. Quindi oggi in teoria, ma a mio avviso anche in pratica, rispetto alle risorse disponibili, gli obiettivi cui mirare vanno accuratamente prescelti. Non riesco ad immaginare un sistema universitario, per esempio dal punto di vista assistenziale, totalmente scollegato, perché significa non rispondere all'appropriatezza delle risorse.

Mi dichiaro favorevole agli ospedali di insegnamento. Io ho vissuto in ospedale; ho avuto la fortuna di essere un ospedaliero fino al 1992, quando una legge dello Stato mi ha costretto a scegliere. L'ospedale di fatto ha un *know how*, una professionalità tale per cui, anche in una logica di integrazione e di insegnamento, mi sembra del tutto fuori luogo immaginare che ci sia una persona deputata ad un determinato compito.

Oltretutto, pensate solo per un attimo (tanto per inquadrare i problemi in senso generale, cosa che sono certo che voi fate quotidianamente) alla legge delega: nel piano sanitario nazionale si parla di obiettivi e di coloro i quali, grosso modo, devono perseguirli, per esempio i medici di famiglia, che rappresentano una figura rilanciata come primo filtro del Servizio sanitario nazionale. Ma andate a domandare se esiste in qualche università un corso di formazione specifico di medicina generale per insegnare agli studenti che cosa è il medico di famiglia, che cosa deve fare e come si forma.

Per un certo periodo ho fatto qualche chiacchierata presso la cattedra di sociologia con gli studenti che frequentano un corso annuale di formazione per medico di famiglia e la prima cosa che ho fatto è stata recuperarli ad un riconoscimento di questa funzione importante, perché sono usciti dall'università - ripeto - conoscendo cuore, fegato, reni e cervello, ma non l'importanza basilare della figura del malato. Ciò perché evidentemente vi è un iato profondissimo nei sei anni.

Vi posso poi raccontare un'esperienza americana di alcuni anni fa da momento che parliamo di formazione: domandarono agli studenti del primo anno il motivo per cui volevano svolgere la professione di medico e si registrarono moltissime - anzi la stragrande maggioranza - di risposte nobili (in nome della società, in nome della solidarietà, e così via). Quando li interrogarono nuovamente al sesto anno, le motivazioni erano cambiate ed erano tutte nel senso di volere una integrazione nella società, di fare un salto soprattutto dal punto di vista economico, a dimostrazione del fallimento dell'*iter* formativo di quel paese, che spesso pure noi in Italia imitiamo.

Non credo di dover aggiungere molto e di dovervi tediare ancora. Io, nel mio immaginario (che mi auguro di continuare a mantenere) di bambino che cresceva, quando sentivo parlare di senatore lo immaginavo come una persona saggia, con una visione politica ampia e che sa consi-

gliare. Mi auguro che sia così, perché a mio avviso voi potete e dovete dare un contributo importante.

Sul discorso della pleora medica non voglio affrontare nuovamente quanto esposto dal dottor Bollero (tra l'altro abbiamo dato al Governo le nostre proposte), ma vi invito ad una riflessione. Oggi il nostro paese ha decine di migliaia di medici sottoccupati o non occupati ciò fa male alla salute poiché (scusate se banalizzo, ma siamo arrivati al medico di condominio perché troverete sempre qualcuno che è medico che vi darà qualche consiglio) così si favorisce un'offerta impropria. L'esistenza di un così elevato numero di medici in Italia prefigura di fatto un'offerta impropria, quindi tutti i ragionamenti che si fanno sulla formazione saltano di fronte ad una non programmazione. Mi permetto di dire che anche la formazione va programmata.

Per carità, taccio su alcuni aspetti già contenuti nella legge delega e che vanno in tutt'altra direzione, come quello per esempio di prevedere, secondo vecchie logiche, una sanatoria, di fatto portando a dipendenza alcune migliaia di medici di continuità assistenziale dimenticando che il decreto legislativo n. 502 del 1992 presentava anche principi sostanziali al di là dell'aziendalizzazione. Era stata chiamata continuità assistenziale perché qualcuno allora aveva immaginato che il cittadino avesse diritto ad un *continuum* di cure tra il medico di famiglia e il medico di guardia medica, sia per il giorno sia per la notte, ma anche ad una serie di prestazioni a domicilio, come per esempio le cure palliative per un malato di cancro, per il quale non ci può essere uno iato temporale, una sospensione dell'assistenza nell'ambito della settimana.

Mentre si presenta una proposta per fare in modo che sul territorio italiano ci siano delle *équipe* di medici di famiglia e di medici di continuità assistenziale che lavorano in interconnessione funzionale nell'interesse del cittadino, si pensa ad una parte di essi per portarli a dipendenza, andando ad implementare un settore che già presenta qualche problema.

Sono stato recentemente in Israele e ho potuto osservare che il sistema sanitario di quel paese è molto simile al nostro, è un sistema solidaristico. Per i medici di famiglia e per altre figure si sta effettuando il passaggio alla quota capitaria, quindi alla convenzione, perché non si riscontravano effetti positivi da un punto di vista funzionale rispetto al ruolo che svolgevano.

Noto quindi una serie di contraddizioni enormi, mi scuso se forse non ho parlato molto a fondo dell'argomento ma credo che dovremmo parlare di programmazione in generale e inserire in questo contesto anche il discorso della formazione e della integrazione logica fra ospedale e territorio.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Falconi per il suo contributo.

Do ora la parola al dottor Giuseppe Garraffo, segretario nazionale della Cisl-Medici.

GARRAFFO. Signor Presidente, per quanto riguarda la plethora medica e l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia, vorrei far osservare che – non so se l'austerità dell'ambiente mi può consentire una simile osservazione – quando si fa un rapporto tra popolazione e medici, il Parlamento forse presenta il rapporto più squilibrato.

PRESIDENTE. Da un punto di vista professionale credo che arriviamo al terzo posto.

GARRAFFO. Più o meno tutti abbiamo ripetuto le stesse proposte e non voglio tornarci sopra. A mio avviso, comunque, per quanto riguarda il discorso del numero chiuso e del numero programmato, occorrerebbe un minimo di riflessione anche perché abbiamo avuto modo di constatare che provvedimenti di questo genere poi vengono facilmente elusi dalle sentenze dei Tar ed inoltre si rischia di inficiare il diritto allo studio, che è un diritto sostanziale e costituzionalmente tutelato.

Il numero chiuso e il numero programmato, in sé, non sono sufficienti come strumenti di programmazione e di gestione; credo che bisognerebbe anche verificare quali siano gli altri elementi che determinano la plethora medica. Sicuramente, incide molto l'aspettativa delle famiglie. Si è visto che l'aspettativa familiare, in relazione alla scelta della facoltà da parte dei figli, è lenta a cambiare. Anche se di plethora medica parliamo da diverso tempo, ho l'impressione che, paradossalmente, l'attuazione di provvedimenti drastici come il numero chiuso alle facoltà mediche abbia dato ulteriori spinte a queste aspettative. Infatti, quando ancora non si era intervenuti, si era verificato un calo significativo delle iscrizioni alla facoltà di medicina, in quanto le prospettive di gravi problemi occupazionali e di scarso guadagno, dovute alla plethora medica, avevano raggiunto larghi strati dell'opinione pubblica. Viceversa, l'aver attivato meccanismi che servono a tutelare la categoria e la società ha prodotto nuovamente aspettative nelle famiglie e negli studenti di un percorso protetto. Convinzioni queste che si consolidano. E pertanto, mentre si comincia prima ad entrare nella facoltà con il numero chiuso, poi si vuole automaticamente anche un posto di specializzazione e successivamente un posto di lavoro garantito e ben remunerato.

È necessaria una proposta diversa, concreta e, forse, provocatoria. Ritengo, ad esempio, che il sistema francese sia fondamentalmente più giusto. In Francia si consente a tutti l'iscrizione alla facoltà di medicina, però già al primo anno avviene – se mi consente il termine – una stroncatura massiva, perché passano al secondo anno soltanto gli studenti che hanno una serie di caratteristiche ed hanno ottenuto determinati e brillanti risultati agli esami prescritti. Pertanto, in modo costituzionalmente più corretto e forse meno approssimativo, si ottiene lo stesso risultato del numero programmato, senza mortificare le speranze dei giovani, che vogliono anche «provare» la facoltà scelta e senza stimolare quelle aspettative che, al contrario, a volte indirettamente e per effetti socialmente difficile da spiegare, il numero chiuso e il numero programmato determinano nelle famiglie.

Per quanto riguarda il rapporto tra università e Servizio sanitario nazionale, indubbiamente queste due grandi istituzioni hanno un loro specifico settore di competenza. In Italia, però, chi fa il medico ospedaliero vorrebbe fare l'universitario e viceversa: l'universitario perchè non ha i letti e l'ospedaliero perchè vede nell'università prestigio sociale e potere accademico, nonché ampi margini di autonomia nella gestione della propria attività scientifica e professionale. Io credo che questi due settori debbano rimanere sostanzialmente separati nelle competenze, nel senso che l'università non deve fare assistenza in maniera generalizzata. Indubbiamente si devono trovare dei punti di convergenza, perché l'autonomia universitaria, almeno per quanto riguarda gli aspetti di natura assistenziale, deve trovare un vincolo nella programmazione regionale, così come la formazione universitaria storicamente ha avuto un limite nella sua piena estrinsecazione negli aspetti pratico-applicativi. Il tirocinio ospedaliero e l'attività clinica ospedaliera completano la formazione del medico. Pertanto non si tratta di costruire due compartimenti stagni, ma compito del legislatore è cercare un nuovo equilibrio fra università e Servizio sanitario nazionale, tenendo conto di questi principi di carattere generale.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Garraffo e do la parola al dottor Mimmo Colimberti, segretario nazionale della Cgil-Medici.

COLIMBERTI. Signor Presidente, constato con piacere che, pur nella diversità dei toni, le organizzazioni sindacali mediche che si sono espresse prima di me manifestano preoccupazioni complessive che sostanzialmente condividiamo, come è possibile peraltro apprendere dalla lettura della stampa specializzata.

Il problema della pleora medica, a nostro avviso, va affrontato e risolto nel più breve tempo possibile. In questo momento c'è un grave *gap* generazionale all'interno del Servizio sanitario nazionale, manca un ricambio fisiologico, c'è un invecchiamento progressivo dei dirigenti medici, dei medici dipendenti, dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, e questo certamente creerà nei prossimi anni non pochi problemi.

Occorre rimediare a tutto questo intervenendo, sul piano tecnico, prima dell'iscrizione alle facoltà di medicina con una adeguata, equa e giusta prova di selezione sulla base di un numero programmato. Noi continuiamo a non comprendere bene la differenza tra numero chiuso e numero programmato, riteniamo che una limitazione degli accessi in ogni caso sia importante. In alternativa, come suggeriva il collega che mi ha preceduto, si potrebbe prevedere un inasprimento del livello di selezione nel corso degli studi. A nostro avviso entrambi i provvedimenti sono utili e vanno nella stessa direzione, quella di una riduzione dell'immissione sul mercato del lavoro di nuovi professionisti, stante la peculiarità della formazione medica che non è soltanto l'acquisizione di un sapere ma è la strada che per tradizione consente l'esercizio diretto di una professione.

Constatiamo – e lo abbiamo scritto – con grande preoccupazione che anche per quest'anno ci si avvia verso l'ammissione di 5.816 nuovi studenti alla facoltà di medicina che andranno ad aggiungersi ai 70.000 medici disoccupati del nostro paese.

La formazione permanente dei medici e rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università vanno affrontati a nostro avviso contestualmente rispetto a quanto già enunciato. Non appare condivisibile qualunque provvedimento relativo al secondo argomento se non si affronta il primo argomento.

Il problema dei rapporti tra queste due istituzioni, a nostro avviso, va enfatizzato e sottolineato; bisogna spingere per attivare tra loro sinergie e collaborazione. Non è pensabile perpetuare l'organizzazione a compartimenti stagni che per tradizione attribuisce la formazione ad una istituzione e l'esercizio professionale ad un'altra: non riusciamo a credere che nel 1998, alle soglie dell'anno 2000, queste due grandi istituzioni non riescano a collaborare.

All'interno del Servizio sanitario nazionale va recuperato il valore fondante della formazione legata al lavoro; tutti i medici sanno che la formazione connessa all'attività professionale consente loro di apprendere e di crescere nella loro difficile e delicata professione. Non riusciamo a credere – ripeto – che i rapporti tra le due istituzioni non possano essere resi armonici attraverso quanto è stato evidenziato dagli interventi che mi hanno preceduto, come ad esempio l'attivazione delle norme già esistenti relative alla specializzazione, con lo svolgimento dei due terzi delle ore previste all'interno del Servizio sanitario nazionale, ovvero – come abbiamo più volte proposto – l'attivazione di percorsi formativi post-laurea all'interno del Servizio stesso, che forniscano un titolo equipollente a quello delle specializzazioni, spendibile all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Riteniamo che l'esercizio di percorsi formativi all'interno di quest'ultimo possa rappresentare un utile stimolo verso la crescita qualitativa e culturale e l'incentivazione professionale. Infatti, chi insegna è stimolato ad esercitare meglio la propria attività professionale e a riflettere maggiormente su quello che fa proprio perché deve spiegarlo agli altri. Pertanto, non riusciamo proprio a comprendere perché questo non debba essere presente nella prassi quotidiana del nostro Servizio sanitario, che è strutturato su base nazionale e solidaristica.

Chiedo, infine, che venga fatta una riflessione sui contenuti che in questo momento il Servizio sanitario nazionale sta ponendo all'attenzione della classe medica e del mondo universitario ed, in particolare, sull'appropriatezza delle prestazioni e sul perfezionamento della comunicazione. Non abbiamo studiato scienza delle comunicazioni perché, per tradizione, ci siamo sempre affidati all'empatia e all'intuizione; eppure, perché non perfezionare la capacità di comunicare? Stiamo attuando anche l'analisi dei costi, ponendo particolare attenzione a tale aspetto, ma durante la formazione universitaria non abbiamo mai ricevuto insegnamenti in questo senso.

Soffriamo, quindi, soprattutto di una formazione riduzionista, perché essa ad esempio non prepara – come giustamente è stato sottolineato in un precedente intervento – all'attività di medico di medicina generale, cioè di medico di famiglia. È necessario, invece, recuperare questi contenuti di formazione e il modo ottimale per farlo nasce dalla sinergia tra le due istituzioni.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Colimberti e do ora la parola ai senatori che intendono intervenire.

BERNASCONI. Signor Presidente, con molta onestà intellettuale vorrei affrontare il primo nodo legato al rapporto tra formazione e Servizio sanitario nazionale, che è rappresentato dall'accesso. Sono tra coloro che ritengono che il diritto allo studio sia primario e come tale né nella facoltà di medicina né in altri percorsi di laurea vi deve essere un'inibizione programmata rispetto alla possibilità di accedere ai corsi universitari.

Non considero automatico, inoltre, che un percorso di laurea debba occuparsi oltre che di una valida formazione (tra breve interverrò anche in ordine a questo aspetto) anche della possibilità di trovare lavoro, per di più all'interno del servizio sanitario pubblico e non di quella parte della medicina e della sanità collegata al mercato, così come avviene in altre professioni. Se nel servizio sanitario pubblico dovessimo collegare l'occupazione con l'accesso alla facoltà di medicina, considerato che il numero dei disoccupati o degli inoccupati medici è molto alto (dalle 50.000 alle 80.000 unità) e che il sistema ha vissuto una serie di esplosioni verificatesi negli anni sessanta e settanta negli ospedali (il numero dei posti letto per milione di abitanti è ancora molto elevato e chiede politiche di riconversione), onestamente dovremmo chiudere per un certo numero di anni – il che è improponibile – tutti gli accessi alla facoltà di medicina. Da questa situazione non ci potrebbe salvare neanche l'introduzione del numero limitato. Sono due problemi, pertanto, che lascerei scissi.

Vorrei, allora, evidenziare alcuni aspetti di merito riguardo specificamente il periodo formativo. In primo luogo, come è già stato sottolineato, concordo sul fatto che nel corso di medicina il «sapere» e il «saper fare» sono inscindibili. Come medico, tuttavia, devo ammettere che al termine del corso di laurea in medicina non sempre «sappiamo fare» quello che ci richiederebbe il sistema per praticare la professione.

Se si rendesse serio il percorso formativo (escludo una selezione numerica dell'accesso), già si attuerebbe una forma di selezione. Rimarrebbe chi è fortemente motivato e convinto. Si deve tener conto, poi, che complessivamente (al di là della situazione della facoltà di medicina) in Italia il tasso di scolarità superiore è tra i più bassi dei paesi d'Europa.

In secondo luogo, chi accede alla facoltà di medicina deve sapere quali sono all'interno del Servizio sanitario nazionale le reali disponibilità occupazionali e prepararsi, di conseguenza, al proprio futuro.

In terzo luogo, un grandissimo problema è rappresentato dal legame esistente tra la preparazione universitaria e i ruoli professionali che oggi vengono richiesti. Sono d'accordo con il dottor Falconi sul fatto che il nostro percorso formativo è enormemente carente su uno degli aspetti centrali del sistema sanitario, la medicina generale. Così il neolaureato è impreparato relativamente al farmaco e alla valutazione costi-benefici di una prescrizione terapeutica. Inoltre, nelle nostre facoltà oggi non si considera l'approccio sociale e manageriale della medicina moderna. Occorrerebbe puntare, allora, sulla qualità della formazione, la quale indubbiamente – proprio sulla base di quanto ho evidenziato poc'anzi – deve integrarsi con l'operatività. Tutti sappiamo che, al di là dei 9 policlinici universitari a gestione diretta, la formazione è in buona parte ospedaliera. Si attua negli ospedali e non nelle sole sedi universitarie. C'è qualche esperienza felice, come ad esempio a Milano, per l'inserimento didattico in medicina generale. Dobbiamo chiederci quali siano – questo è punto centrale della legge delega e della proposta degli ospedali di insegnamento – le sedi ove il medico possa ricevere una buona formazione: è una sede universitaria in senso stretto che fa la dottrina? È una sede che fa anche la pratica? È una sede che unisce dottrina e pratica, assistenza e vari saperi? Poi la moderna medicina è una scienza che si integra con altri saperi, che non sono categorizzati nel percorso formativo di medicina (ad esempio, appartengono all'ingegneria) ma hanno radici anche in altre facoltà. Ad esempio, oggi la comunicazione l'informatizzazione diventano indispensabili per il medico.

Allora, a mio avviso questa indagine conoscitiva dovrebbe arricchirci rispetto a quale nuovo percorso formativo per la laurea in medicina. Poi la soluzione del problema non può che essere legislativa.

A me piacerebbe davvero realizzare un incontro aperto con tutte le associazioni mediche su cosa si intende per formazione: formazione del medico, formazione del personale sanitario, formazione post-laurea, formazione permanente.

Questi sono i veri nodi da sciogliere e in essi entrano prepotentemente, di fatto non perchè lo decidiamo noi per risolvere una storica conflittualità, ospedali e università. Quindi, le dicotomie che continuiamo a cercare di riportare ad un impianto legislativo teorico nella realtà non sono così confliggenti e appaiono nei fatti più sfumate perchè ci sono e servono entrambe le competenze. Nuove strade esistono già in altri paesi.

Concludo con un'osservazione. Tra le titolarità che vengono assunte per discriminare i ruoli diversi dell'ospedale o della università c'è il legame tra la ricerca e l'assistenza. Vorrei citare un esempio che si sta verificando negli Stati Uniti dove, con un rapporto di lavoro completamente diverso e con ruoli del tutto differenti, per un medico formato, per un professionista di alta qualità, nel contratto che egli stipulava con la struttura (che era anche sede di insegnamento) si prevedeva un terzo del tempo da dedicare alla clinica e due terzi alla ricerca. Ciò perchè si riteneva che egli si dovesse formare soprattutto con la ricerca, anche perchè lì c'è un'espansione della ricerca che non è paragonabile alla nostra.

Oggi loro stessi si rendono conto che per effettuare una buona ricerca è necessaria la clinica e si sta man mano invertendo il tipo di contrattazione, per cui ora si dedicano i due terzi del tempo contrattato all'assistenza e alla clinica ed un terzo alla ricerca. Domani spero che si superi questa separazione, cosicchè si possa fare clinica con la ricerca e viceversa.

CAMERINI. Noi abbiamo già discusso alcune di queste problematiche con i nostri ospiti di questa mattina, e anche la volta precedente, per cui non vorrei ripetermi. Però vorrei che assieme riflettessimo brevemente su alcuni punti.

Ho sentito affiorare oggi, in questa sede, la preoccupazione – molto giustificata, ben inteso – per una facoltà di medicina scollegata dal Servizio sanitario nazionale. Penso di non dire nulla di segreto quando affermo che anche nelle discussioni preliminari per la modifica del decreto legislativo n. 502 del 1992 è emersa una posizione forte ed estremamente convinta circa il fatto che ci troviamo di fronte ad un sistema unico, un sistema solidale (usiamo sempre questa parola di cui non dobbiamo spaventarci), per cui la programmazione sanitaria deve comprendere anche il sistema università. Pertanto, pensare ad un sistema scolletato è non solo irrealistico, ma va contro determinati principi nei quali molti di noi credono.

L'esempio che abbiamo riportato questa mattina per quanto riguarda i policlinici e la crescita distorta che ha avuto luogo in alcuni di essi, con l'eccesso di cattedre, con un numero inadeguato rispetto a quello che prescrive la legge, ad esempio nel rapporto fra specializzandi e letti, rappresenta un primo punto nei confronti del quale c'è la volontà di fare tutto il possibile per correggerlo.

Il secondo punto concerne il problema dell'università. C'è il chiaro orientamento di ricordare che la componente assistenziale nelle università è diventata con il tempo ridondante e c'è una decisa tendenza a pensare alla componente assistenziale come ad una componente necessaria per la ricerca e la didattica.

Terzo punto: siamo tutti quanti estremamente convinti, e lentamente abbiamo costruito questo concetto che risale nel tempo, che vi sono esigenze formative nelle università che in questo momento non arrivano a compimento. Abbiamo portato tutta una serie di esempi a proposito dei suggerimenti o meglio delle indicazioni provenienti sia dalla Comunità europea sia dalla nostra legislazione per quanto riguarda la formazione specialistica; suggerimenti che la grande maggioranza delle volte non sono completati nè accolti. Per questo motivo il problema attuale è quello di mettere di fronte le domande formative, che sono diventate estremamente ampie, e le risorse. Ricordiamo le specializzazioni e i diplomi universitari, da un lato, e tutte le forze che sono qualificate ad intervenire nel processo formativo, dall'altro.

In questo senso, quando si parla di ospedali di insegnamento, pensiamo non obbligatoriamente ad un ospedale nuovo, ma ad un ospedale

del Servizio sanitario nazionale dove ci sono gli accreditamenti per la formazione, dove ci sono le persone che sono preparate a farla e che devono afferire al sistema formativo.

Il quarto punto – non ne abbiamo parlato oggi, ma questo è un altro aspetto che la Commissione sanità del Senato cercherà di affrontare in tempi molto ristretti, speriamo prima della pausa estiva – è quello relativo al processo di formazione continua, da cui hanno avuto origine delle proposte di legge (una delle quali è quella del senatore Monteleone qui presente), che dovranno tra l'altro interessare tutto il personale sanitario medico e non medico e che soprattutto dovranno prendere in considerazione, oltre alcuni aspetti strettamente «professionali», anche tutti quegli aspetti che sono stati citati precedentemente e per i quali abbiamo tutta la certezza che vi è una situazione di carenza.

Le persone che escono dall'università non hanno che delle idee molto vaghe dei problemi della medicina generale; questo aspetto è stato evidenziato in precedenza dal dottor Falconi. Ricordo, ad esempio, che all'università di Oslo – che è piccola – vi è una settantina di docenti che provengono dalla medicina generale e che, per un certo periodo, diventano gli istruttori degli studenti che vanno a studiare i problemi della medicina generale nel territorio. Sappiamo che il 90 per cento delle domande di salute proviene dal territorio e non si realizza negli ospedali. Pertanto, vi è da un lato la necessità degli ospedali di insegnamento, ma questi non devono essere visti come un sistema neo o parauniversitario; fanno parte del Servizio sanitario nazionale e in relazione alla necessità della formazione continua si devono affrontare anche questi aspetti.

Ricordo poi le questioni che l'università non ha affrontato che marginalmente e non sono solo quelle della medicina generale. Basti pensare che la psichiatria attuale realizza il 95 per cento delle sue problematiche nel territorio, non negli ospedali, che le tossicodipendenze sono problemi di comunità e che la gran parte della medicina del lavoro è nuovamente un problema comunitario.

Tutti questi aspetti, a mio avviso, devono essere ben conosciuti ed affrontati razionalmente per la soluzione di tali problemi.

MONTELEONE. Signor Presidente, nel momento in cui ho ritenuto opportuno presentare un disegno di legge sull'aggiornamento o sulla formazione professionale, è stata oggetto di discussione l'individuazione della terminologia da usare, se aggiornamento professionale o formazione professionale. Mi sono sforzato di valutare la questione e sono rimasto nella mia convinzione che sia più opportuno parlare di aggiornamento professionale che di formazione professionale.

In questo disegno di legge, in prima stesura, mi ero anche permesso di usare il termine «obbligatorietà», mentre nella stesura definitiva si è optato per la «facoltatività». Alla luce di questa discussione ritengo che non sia male rimettere in discussione il concetto di obbligatorietà. Infatti non ho mai inteso l'obbligatorietà come un fatto coercitivo ma in questo momento, se poniamo al centro il Servizio sanitario nazionale e quindi, come

conseguenza, l'università e gli ospedali, la triade non va più scissa perchè una è una parte del sistema nazionale e le altre rappresentano due settori di compensazione e scinderli o pensare che ognuno possa andare per il proprio verso significa non avere chiara la realtà di cosa è successo e di cosa succederà nel futuro.

Come seconda questione, alla luce di quanto detto dal dottor Falconi, un dato importante dovrebbe essere quello di liberare i medici dalle pastoie burocratiche che avvolgono la loro formazione professionale: o si vuole un medico o si vuole un burocrate. Questo merita un approfondimento.

Inoltre bene ha fatto il dottor Falconi ad evidenziare che è necessario recuperare il dato umano dimenticato, così come credo sia stato dimenticato - e questo non solo per il medico di famiglia - l'atto medico, che significa non una involuzione alla luce del progresso ma che il medico deve porsi di fronte al paziente recuperando un rapporto in termini umani. Quindi recuperare l'atto medico significa dare la possibilità al medico di esprimere le proprie capacità nel rapporto umano con il paziente.

Su questi problemi credo valga la pena di continuare a discutere soprattutto per collocarli, ove possibile, in un intervento legislativo che abbia una valenza corretta per tutti.

PRESIDENTE. Colleghi, mi permetto di esprimere alcune convinzioni personali sull'argomento. La senatrice Bernasconi ha posto l'accento sul fatto che non si ritiene così vincolante il legame tra il percorso della laurea e il successivo accesso alla professione, cioè che si intenderebbe mantenere libera l'una rispetto all'altro. Mi permetto di osservare che entrambi i sistemi, quello strettamente rigido e l'altro più libero, sono applicati in Europa ma in Italia bisogna tenere conto che l'accesso alla professione è fortemente vincolato alle esigenze del Servizio sanitario nazionale mentre il percorso libero è limitato. In altri modelli invece il percorso è libero prima e libero dopo ed esistono dei modelli dove il percorso di accesso al corso di formazione è strettamente collegato alla sistemazione successiva, come ad esempio in Germania dove sostanzialmente chi termina di studiare ha la garanzia del posto.

Si può preferire l'una o l'altra strada, ma bisogna tenere conto di queste condizioni. Mi sembra importante che sia emerso da tutte le parti che questo percorso deve essere più formativo. Inoltre ritengo che l'affermazione secondo cui non bisogna dimenticare che la nostra è una professione al servizio del malato, e che quindi produrne troppa finisce per aumentarne la richiesta, sia una grande verità.

Come seconda considerazione direi che qui facciamo un discorso di collaborazione, della cooperazione, del necessario *mix* tra ospedali e università non tenendo conto di molti altri posti dove ormai la formazione è importante e dove la formazione c'è; a parte gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ve ne sono anche altri. Credo allora che sia importante ripensarli in una visione più organica e in modo più coordinato.

Per questo motivo più di una volta la parte politica che io rappresento ha auspicato un nuovo contenitore che non sia sostanzialmente nè alle dipendenze del Ministero competente per la formazione universitaria nè del Ministero della sanità, ma che sia un contenitore nuovo, un politecnico sanitario in cui si applichi l'istituto della formazione e che parta dalla pianificazione e dalla programmazione. Infatti, a fronte della pleora che tutti lamentiamo, sappiamo che esistono degli spazi di applicazione della formazione medica sostanzialmente non coperti, non esauriti: a parte le classiche specialità della radiologia, dell'anestesia e della rianimazione, tutto il settore che concerne i controlli dell'igiene pubblica è scoperto.

Credo sia molto importante l'audizione di coloro che rappresentano la professione; poi ascolteremo anche coloro che rappresentano la formazione, cioè i rappresentanti dei centri universitari, così come abbiamo ascoltato i rappresentanti delle istituzioni. Abbiamo già sentito il Ministro competente per la ricerca universitaria ma sentiremo anche il Ministro della sanità. A mio avviso, però, l'ipotesi che si potrebbe configurare, con un ampio respiro per i prossimi trent'anni, dovrebbe essere di questo tipo.

Ringrazio tutti gli intervenuti e dichiaro concluse le audizioni programmate per l'odierna seduta.

Rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

