

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

14<sup>o</sup> Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

## INDICE

**Audizione del professor Alessandro Beretta Anguissola, presidente del Consiglio superiore di sanità,  
del professor Mario Marletta, segretario generale e dei professori Elio Guzzanti  
ed Everardo Zanella, consiglieri**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 9, 11 e <i>passim</i>	<i>BERETTA ANGUISSOLA</i> .....	Pag. 3, 20, 31 e <i>passim</i>
BOTTI (PCI) .....	11	<i>GUZZANTI</i> .....	6, 14, 15 e <i>passim</i>
CALÌ (PCI) .....	20	<i>MARLETTA</i> .....	10, 31
COLOMBO SVEVO (DC) .....	17	<i>ZANELLA</i> .....	8, 9, 28 e <i>passim</i>
CAMPUS (DC) .....	21		
CONDORELLI (DC) .....	18, 20		
MELOTTO (DC) .....	13, 14		
MONACO (MSI-DN) .....	22, 36		
RANALLI (PCI) .....	15		
ROMEI, sottosegretario di Stato per la sanità ...	18		
ROSSANDA (PCI) .....	9, 14, 15 e <i>passim</i>		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per il Consiglio superiore di sanità, il presidente professor Alessandro Beretta Anguissola, il segretario generale professor Mario Marletta ed i consiglieri professor Elio Guzzanti e professor Everardo Zanella.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9,40.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. È oggi in programma l'audizione dei rappresentanti del Consiglio superiore di sanità.

*Vengono quindi introdotti il professor Alessandro Beretta Anguissola, il professor Mario Marletta, il professor Elio Guzzanti e il professor Everardo Zanella*

**Audizione del professor Alessandro Beretta Anguissola, presidente del Consiglio superiore di sanità, del professor Mario Marletta, segretario generale, e dei professori Elio Guzzanti ed Everardo Zanella, consiglieri**

PRESIDENTE. Siamo veramente lieti di avere con noi il professor Beretta Anguissola, presidente del Consiglio superiore di sanità, nonché il professor Everardo Zanella, il professor Elio Guzzanti e il professor Mario Marletta in rappresentanza del Consiglio stesso. È una seduta di particolare valore, tenuto conto del ruolo specifico di alta consulenza che il Consiglio superiore di sanità svolge per tutti i problemi di ordine sanitario del paese; questo è testimoniato dalla lunga storia dell'istituzione e dall'operosa attività svolta in tutti questi anni.

Il professor Beretta Anguissola ha fatto pervenire molto cortesemente alla Commissione uno «schema» di relazione sull'attività svolta dal Consiglio superiore di sanità nel triennio 1979-1981, da cui appare chiaramente l'intensità e l'importanza del lavoro svolto.

Darei pertanto la parola al professor Beretta Anguissola, il quale regolerà anche l'inter-

vento dei suoi colleghi. Al termine delle esposizioni vi sarà, secondo le nostre procedure, una serie di domande che i senatori possono rivolgere agli invitati; quindi la replica concluderà i nostri lavori.

**BERETTA ANGUISSOLA.** Ringrazio il Presidente, professor Bompiani, ed i senatori qui presenti per quest'invito, che per noi rappresenta non solo in onore, ma anche un contatto che ritengo necessario tra noi tecnici, capaci solo di fornire dei dati come consulenti, e voi politici che avete il potere decisionale; è quindi un incontro auspicato da tempo al di là forse delle questioni di cui oggi si parlerà.

Il Consiglio superiore di sanità è nato nel 1865 con una legge istitutiva che fa parte di quelle leggi che per la prima volta coordinarono sul piano legislativo il giovane Stato italiano. Il Consiglio superiore ha sempre conservato delle caratteristiche molto precise, anche se mano a mano ha assorbito l'evoluzione cui è andata incontro la società e cui sono andate incontro le esigenze sanitarie del paese. È sempre stato al servizio della sanità pubblica, come del resto è tuttora, come recita l'articolo 59 della legge di riforma, che là dove accenna al riordino del Ministero della sanità, pone sullo stesso piano, non solo temporale ma anche concettuale, l'esigenza di una rideterminazione dei compiti e della composizione del Consiglio superiore, confermandone la natura esclusivamente consultiva, ma precisando che ciò avviene in funzione dei compiti assunti dal Ministero nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. È quindi, anche dal punto di vista normativo, aggiornato ed attuale.

Qui potrebbe subito venire in mente una obiezione: come si può pensare che sia aggiornato un organismo che è ultracentenario? È aggiornato proprio per le ragioni che ho già accennato, e cioè che di fronte all'evoluzione e alla trasformazione della domanda di medicina, dei problemi della tutela della salute e soprattutto di fronte alla trasformazione del contesto sociale, il Consiglio superiore di sanità è andato gradualmente aggiornandosi in maniera da far fronte ai nuovi impegni e alle nuove esigenze. Inizialmente

era un Consiglio costituito in gran parte da medici, da clinici, ma mano a mano questa quota è diventata assai ridotta in confronto all'intervento di tanti esperti di altri settori che in modo diretto o indiretto sono oggi coinvolti nella sanità pubblica e nei suoi problemi. È evidente che la situazione e gli impegni sociali siano cambiati (sono nati i problemi che riguardano gli anziani, gli handicappati, i tossicodipendenti, la protezione dei lavoratori fuori e dentro l'ambiente di lavoro); parallelamente il Consiglio ha cambiato volto come composizione e, tanto per ricordare l'attuale, ci sono esperti di igiene e di medicina preventiva, di medicina del lavoro, di igiene mentale e psichiatria, di chimica farmaceutica e farmacia, di pediatria, di geriatria, di oncologia, di ingegneria sanitaria. Ci sono inoltre direttori sanitari di ospedali, rappresentanti delle varie categorie professionali, veterinari, dirigenti ministeriali. Vorrei sottolineare che il Consiglio è diventato un organo multidisciplinare per eccellenza, proprio perchè l'attuale diversificata domanda di medicina esige delle competenze diversificate.

Mi pare quindi che il Consiglio superiore di sanità possa ancora svolgere il suo ruolo di organo consultivo del Ministro nelle questioni che impegnano la tecnica ed hanno aspetti scientifici. Tuttavia, non per presentare un *cahier de doléances* nè tanto meno una «geremiade», è necessario che informi i senatori nella loro autorevole veste, che i compiti del Consiglio sono andati riducendosi. C'è naturalmente un lavoro continuato e direi assolutamente necessario; come accennavo prima all'onorevole Sottosegretario, proprio ieri abbiamo avuto una giornata di lavoro piena al Ministero della sanità per discutere argomenti di grande importanza come per esempio quello dei protocolli e quello dei *tickets* da applicare agli esami per la gravidanza imposti dalla recente legge finanziaria, su cui occorre un parere tecnico; si è parlato inoltre della risonanza magnetica, come si è discusso e formulato un documento relativo al trapianto di cuore, questione da tanto tempo sospesa. C'è poi tutta una serie di attività routinarie del Consiglio, e da questo punto di vista c'è molto

lavoro. Ma contrariamente al passato, il Consiglio è stato in pratica emarginato di fronte ai grandi problemi della sanità pubblica: solo per portare degli esempi, non gli è stato chiesto un parere sull'elaborazione della riforma sanitaria, così come non gli è stato chiesto un parere sulla legge n. 180 del 1978 relativa ai malati di mente.

Non è stato chiesto il parere del Consiglio neanche per quanto riguarda il Piano sanitario nazionale, nonostante l'importante contenuto tecnico-scientifico che questo presenta. Anche per i progetti di legge su materie che rivestono grandissima importanza sul piano sociale non è stata chiesta la nostra collaborazione. Da parte del Consiglio e dei suoi componenti — tutti esperti nelle varie discipline — c'è la massima disponibilità in questo senso. Ma insisto nell'affermare che il nostro aiuto non è stato richiesto, mentre sarebbe stato molto utile anche per quel che riguarda la normativa sui profili professionali e la preparazione del personale medico e paramedico. La situazione si è aggravata — e qui occorre essere molto schietti — con l'istituzione del Consiglio sanitario nazionale, perchè a torto si è creata una certa confusione tra i due organi. Infatti, molte attribuzioni che erano del Consiglio superiore, dopo l'istituzione del Consiglio sanitario sono passate a quest'ultimo, nonostante che il legislatore abbia precisato con estrema razionalità e logicità la diversità di compiti dei due organi, che sono palesemente diversi anche come struttura.

Il Consiglio sanitario — mi rendo conto di affermare cose che voi sapete meglio di me in quanto esperti di legislazione e politica sanitaria — è un organo consultivo; basta vederne la composizione per rendersi conto di questo: quarantasette membri, ventuno dei quali sono rappresentanti regionali. Il Consiglio superiore, invece, ha una composizione completamente diversa, perchè è formato in prevalenza di esperti e di funzionari ministeriali che rivestono qualche ruolo nel campo della sanità pubblica. È fissata e stabilita nell'articolo 59 questa funzione di consulenza al servizio del Ministro, il quale, poi, sulla base di questa, prenderà le conseguenti decisioni. Direi, quindi, che non vi è nessuna

antitesi fra i due organismi — è bene ribadirlo —, anzi sarebbe utilissima una piena collaborazione. Ad esempio, qualche tempo fa suscitò una certa reazione il fatto che il Consiglio sanitario intendesse definire i protocolli diagnostici senza previo parere del Consiglio superiore; successivamente, dopo avere chiarito alcuni equivoci, si è seguita la procedura normale, ossia è stato richiesto il nostro parere in proposito. Anzi, devo aggiungere che a Torino, quando gli Assessori regionali si sono riuniti per affrontare il problema della definizione dei protocolli diagnostici, è stato deciso all'unanimità di affidare la stesura degli stessi al Consiglio superiore, il quale sta lavorando in questo senso e presto sarà in grado di consegnare al Consiglio sanitario i progetti di protocollo. Questo è un esempio di quella collaborazione che auspico.

Per quanto concerne la formazione del personale medico, vorrei fare alcune brevi considerazioni. La medicina, in questi ultimi tempi, è andata incontro a profonde trasformazioni che hanno determinato una vera e propria crisi — esiste anche una mia relazione in proposito —; questo avviene non soltanto nel nostro paese ma anche in altre nazioni. Infatti, l'Organizzazione mondiale della sanità ha preparato tutta una documentazione al riguardo. Ci troviamo di fronte ad una serie di indicatori che mettono in evidenza, in maniera molto precisa, questa crisi: eccesso di ospedalizzazione, eccesso di richieste di analisi di laboratorio, eccessiva richiesta di farmaci. Tutto questo influenza lo stesso comportamento del medico che non segue più, come faceva una volta, la procedura clinica, ma si lascia guidare dai referti di laboratorio, tanto che si è parlato addirittura di «medicina paraclinica».

In questo stato di cose si rende necessaria ed urgente l'adozione di misure coercitive (anche di ordine economico e fiscale) e soprattutto di provvedimenti che in prospettiva tendano ad eliminare le cause, o perlomeno le più importanti, di tale fenomeno. Non ho la pretesa di essere in grado di dare soluzioni miracolistiche, ma vorrei sottoporre qualche suggerimento alla vostra attenzione, suggerimenti che nascono dall'esperienza

di un vecchio professore. Torno sulla *vexata quaestio* della necessità di limitare l'accesso alle facoltà di medicina; tale necessità riveste, oggi più che mai, carattere d'urgenza in quanto oltre a pesare negativamente sotto molti aspetti, è importante ai fini di una limitazione della spesa sanitaria; verrebbero infatti ridimensionati quegli eccessi di cui parlavo prima, che derivano anche dall'insufficiente e inadeguata preparazione del personale medico. Quando nel medico non vi è sicurezza nel ragionamento diagnostico, questi fa abuso di tutti i mezzi che può avere a disposizione: esami di laboratorio, farmaci, ospedalizzazione.

Le misure che ho suggerito per ovviare a questo aspetto del problema, sono di fondamentale importanza e potrebbero dare, sia pure nel tempo, dei risultati molto positivi.

Per quanto riguarda il problema della disoccupazione nel settore medico devo dire che questa non è dovuta solo ad un eccessivo numero di laureati, ma anche ad una insufficiente preparazione. Non è soltanto un problema di «quanti», è un problema di «quali» e vorrei sottolineare questo con alcune note personali. Ho rappresentato i problemi italiani di medicina alla CEE, presso il comitato di formazione del medico, e credo che nessuno di loro potrebbe invidiarmi, perchè ogni volta veniva chiesto dal presidente come fanno a insegnare medicina quei paesi in cui non c'è il numero programmato o chiuso all'Università. Regolarmente veniva fatta questa domanda e tutti gli occhi si giravano verso il rappresentante italiano, che si difendeva come poteva.

Vorrei toccare un altro punto ancora. Non solo c'è il problema della formazione del medico (numerica e di qualità), ma c'è il problema delle scuole di specializzazione. Qualcuno potrebbe chiedersi perchè parlo di tali questioni nell'ambito della Commissione sanità; ebbene, ritengo che non sia affatto un problema esclusivo della pubblica istruzione. Infatti si tratta di fornire il personale medico e in un sistema, come quello che il Servizio sanitario impone, è necessaria la programmazione.

Invece, il personale medico non si programma affatto (è una «variabile indipen-

dente»), mentre tutto il resto è appunto programmato. Per le scuole di specializzazione si può ripetere lo stesso discorso.

Qui per fortuna la CEE ha inciso e sono stati limitati gli accessi ed è stato ridotto il numero delle specializzazioni. Pensate che siamo in una situazione per cui da centocinquanta scuole diverse di specializzazione, passiamo a un centinaio: un terzo se ne va.

I difetti voi li conoscete già certamente e la Sanità ha tutto il diritto di intervenire, perchè da noi c'è il polispecialista, figura che all'estero faceva sorridere i colleghi. Da noi infatti esistono specialisti in quattro o cinque specialità, essendo considerate un titolo per eventuali carriere, mentre altrove lo specialista è in grado di operare veramente come specialista, perchè — arrivato a quel punto di esperienza e capacità — deve frequentare ed è inserito nel servizio assistenziale: è responsabilizzato e remunerato proprio per queste precedenti operazioni (che ho detto) di inserimento e responsabilizzazione.

Anche qui, direi che la Sanità ha tutto il diritto di chiedere che sia programmato il numero degli specialisti. Finora è programmato in questo senso, che cioè si accettano tante domande in rapporto ai letti disponibili in quella scuola dove il candidato procede alla specializzazione. Mi pare troppo semplice, perchè penso che il numero degli specialisti debba essere programmato in funzione delle esigenze del Servizio sanitario nazionale. Sono andato già per le lunghe. Chiedo scusa e adesso passerei la parola — dato che il Presidente me ne ha dato la facoltà —, per la logica della successione dei problemi accennati, al professor Guzzanti, che penso inizierà dalla formazione del personale paramedico.

*GUZZANTI.* Grazie Presidente, grazie alla Commissione sanità, che ci permette di esprimere considerazioni che da molto tempo dibattiamo tra noi con poche possibilità di trovare in qualche modo un uditorio che sia in grado poi di assumere le necessarie decisioni.

Mi riferisco in questo caso al problema del personale infermieristico e più generalmente del personale non medico di assistenza. Dunque, se in qualche modo può essere discuti-

bile ed è discusso il fatto del numero programmato o chiuso dei medici, perchè in effetti è difficile dire quanti ne servano, quel che è certo è che in tutto il mondo un corretto rapporto tra personale non medico di assistenza e medici è, più o meno, tra i 2,8 e i 3 non medici per ogni medico.

Questa proporzione in Italia non esiste: esiste invece la «piramide rovesciata» dell'assistenza. Alla base non c'è personale non medico qualificato, bensì i medici e man mano che si sale verso il vertice ci sono gli infermieri. Questo ci dovrebbe far meditare, perchè, se vogliamo, e dobbiamo, attuare in tutta la sua completezza il Servizio sanitario nazionale, questo aspetto è determinante.

Più volte, nelle relazioni svolte in varie sedi, ho pensato che l'esercizio effettivo e reale della nostra sanità è costituito da questo personale. I medici sono importanti, ma le guerre non si vincono con i generali: è necessario perciò disporre di un esercito di non medici qualificati per l'assistenza. La situazione in Italia va, comunque, migliorando in tal senso, soprattutto in senso qualitativo.

Ci sono stati pessimismo e denigrazione in questi anni sulle questioni del Servizio sanitario nazionale: chi sta negli ospedali vede, invece, ogni giorno che la fisionomia culturale del personale non medico in formazione è decisamente mutata e che già di per sé i rapporti tra non medici e medici per questo vanno migliorando. Comunque, questi rapporti si vanno modellando su nuovi aspetti più positivi, perchè il grado e la capacità di collaborazione sono sicuramente migliorati.

Purtroppo però, nel 1981 è lievemente cresciuto il numero dei diplomati: rispetto ad oltre 15.000 laureati in medicina in quell'anno, ci sono solo 11.000 diplomi di infermieri professionali, il che chiaramente non fa, neppure in prospettiva, pensare di andare a raggiungere quel rapporto corretto che si diceva di quasi tre unità rispetto ad un medico. Ovviamente il personale non medico non è formato solo da infermieri, ma ci sono anche le vigilatrici d'infanzia, le ostetriche, le puericultrici, eccetera; però nell'insieme non siamo assolutamente nella condizione di avere questo rapporto corretto.

Voi sapete quanto sia difficile trovare dati

relativi al numero del personale operante nel Servizio sanitario nazionale. In una pubblicazione fatta qualche tempo fa dai miei collaboratori e da me sull'assistenza agli anziani abbiamo tentato di costruire — attraverso fonti diverse — qual è la situazione, arrivando a conclusioni di questo genere: il personale nel suo totale — considerando tutti i medici esistenti in Italia perchè di fatto tutti partecipano al Servizio sanitario nazionale — non raggiungeva allora le 650.000 unità. Di queste, la parte prevalente era costituita dai medici.

Ora, che cosa si deve fare? Credo che in linea di massima vadano approvati alcuni provvedimenti di natura più semplice, che sono nell'ambito delle possibilità relative alla modifica della legislazione. Un punto ad esempio: loro sanno che nel 1980 con la legge n. 243, si è proceduto alla straordinaria riqualificazione degli infermieri generici e alla soppressione delle relative scuole di specializzazione. Il provvedimento non riguardava però le puericultrici.

Nate con legge nel 1940 per l'assistenza ai bambini sani, di fatto oggi in Italia le puericultrici sono in numero uguale alle vigilatrici d'infanzia (create con la stessa legge per assistere i bambini sani e malati), ma in effetti svolgono funzioni di infermiere senza esserlo. Questa legge non ha pensato alla loro riqualificazione, per cui oserei dire che si tratta di un abusivismo professionale legalizzato, perchè tutti sanno che molti ospedali utilizzano le puericultrici come infermiere, mentre in realtà non lo sono.

Un secondo punto riguarda la questione delle vigilatrici d'infanzia. Nei termini più corretti e moderni bisognerebbe chiamarle infermiere professionali pediatriche per distinguerle dalle infermiere professionali generali. Che le due figure debbano esistere, non c'è alcun dubbio. È una tradizione che abbiamo ereditato dalla patria delle professioni infermieristiche, l'Inghilterra, dove esistono due registri (o albi professionali), per le infermiere generali e per le infermiere pediatriche.

Però, a parte il cambiamento di nome «vigilatrice d'infanzia» — che crea, fra l'altro, curiosi problemi dal momento che l'ac-

cesso oggi è consentito anche agli uomini, per cui è lievemente in dubbio, sul piano dell'italiano, con quale dizione debba esser formulato il titolo del diploma finale —, c'è il fatto che mentre l'infermiera professionale con 50 ore di lezioni fra puericoltura e pediatria e 50 ore di tirocinio in pediatria può essere impiegata dovunque, la vigilatrice d'infanzia invece dovrebbe avere limitata la sua attività alla pediatria e all'età evolutiva. In realtà, io credo che con una modesta modifica di legge ai programmi e introducendo, per il verso contrario, attività di medicina e chirurgia generali per adulti e relativa esperienza, noi potremmo avere personale molto più flessibilmente utilizzabile.

Quanto alla questione degli organici del personale infermieristico, io mi sono permesso di portare, poi voi vedrete se conservarla agli atti, una parte di un documento che ho scritto come membro della commissione Stefanini prima e Puddu oggi per la cardiocirurgia e la cardiologia, circa un problema che abbiamo trovato in tutta Italia. Ho detto «trovato» perchè quella commissione si è mossa in una maniera che credo sia in qualche modo quello che state facendo voi, cioè il fatto concreto di vedere sul campo: voi lo state facendo — mi pare infatti di aver capito che ci saranno anche visite in qualche luogo di riferimento — e lo stesso abbiamo fatto noi con il povero Paride Stefanini prima e con l'amico Puddu adesso. Siamo andati a vedere una per una le strutture e dappertutto abbiamo trovato che, come sapevamo, i medici sono validissimi, le strutture molto spesso sono valide, il personale infermieristico è valido per quello che c'è, ma è scarso numericamente. Allora abbiamo stilato un documento sugli organici, dal quale risulta che man mano che sono diminuite le ore previste dal contratto, man mano che sono intervenute nuove provvidenze di legge a favore, per esempio, della lavoratrice-madre (e dovete ricordare — ma lo sapete — che il 75 per cento della forza infermieristica italiana è femminile), le esigenze di organico sono venute mutando. Volendo sapere qual è il numero di personale necessario, ho ricavato dei numeri-indice a partire dalle assenze fisiologiche (si chiamano fisiologiche le as-

senze dovute a norma contrattuale), che rappresentano il 25 per cento dell'anno. Un lavoratore infatti è tenuto alla presenza per circa 270 giorni; a questo, occorre aggiungere, per scorrimento, per ogni gruppo ospedaliero o per ogni servizio territoriale, quelle che sono le assenze fisiopatologiche, cioè le malattie, le aspettative e tutto il resto. Ora, combinando progressivamente i due rapporti, è possibile sapere quante unità infermieristiche servono per i posti-letto tradizionali e per quelli intensivi.

Ci si accorge allora che la situazione è ovunque difficilissima e del resto la riprova si ha in un altro elemento, che tenterò di illustrare. Credo — e ci sarà occasione per tornarvi sopra — che moltissime cose del nostro Servizio sanitario nazionale sono state in qualche modo, se non copiate, certo attentamente studiate da altri modelli, in particolare quello inglese, col difetto però di non cogliere l'intero sistema come è in Inghilterra e dimenticare un particolare. Se abbiamo detto che, probabilmente, allo stato attuale delle cose in Italia contiamo forse su 700.000 unità comprendendo tutte le diverse categorie che operano nel Servizio sanitario nazionale, occorre sapere — se ne può avere documentazione dal Regno Unito — che il numero delle unità che opera in quel servizio sanitario nazionale (e per una popolazione esattamente identica alla nostra, 56 milioni e mezzo circa), è di 1.228.000 unità. Conseguentemente il discorso fondamentale è quello del rapporto (nel settore ospedaliero) fra il numero di unità di tutti i tipi addetti al Servizio e i posti-letto: ora, è possibile riscontrare che, in ogni ospedale, non solo in quelli d'insegnamento, tale rapporto è di tre dipendenti per un letto, ed adeguate proporzioni si hanno anche nei servizi territoriali domiciliari e così via. Io credo che una delle cose fondamentali da fare sia dunque quella di combinare il rapporto corretto dei posti-letto necessari alla popolazione e vedremo che, probabilmente, lavorando nei due sensi, arriveremo sempre di più ad accostare quella che oggi è una forbice aperta, che rende la vita di noi direttori sanitari difficilissima tutti i giorni per l'impossibilità di coprire all'ultimo momento i turni e d'altra parte per il fatto di avere delle esigenze da fron-

teggiare: di qui lamentele, scontenti, mugugni, tensioni, malumori, conflitti con i parenti e una serie di questioni relative.

Chiudo dicendo che il problema degli organici del personale infermieristico e della loro formazione (non mi sembra il caso in questo momento di parlare dell'aggiornamento, che pure è essenziale e che ognuno di noi deve promuovere) va studiato da un lato in attesa correlazione coi servizi che si devono istituire — soprattutto i distretti e le attività di base, che costituiscono la vera essenza della riforma —, e dall'altro nell'ottica di un corretto rapporto con quel tipo e numero di posti-letto che intenderemo gestire nel futuro.

ZANELLA. La benevolenza del Presidente mi lascia quasi tema libero, ma libero non sono perchè il mio oggetto di riferimento riguarda due aspetti previsti dalla legge n. 833 che in pratica hanno una connessione fondamentale proprio per il problema della formazione del personale medico e paramedico e della ricerca scientifica. Faccio riferimento al problema degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ai problemi dei rapporti Regione-Università ex articolo 39 della legge di riforma, che hanno importanza essenziale per quello che riguarda l'economia di tutta quanta la questione della formazione del personale, compreso l'aggiornamento.

Gli istituti scientifici di ricovero e cura, che hanno una storia e una identificazione particolare, rappresentano un punto incompiuto nello spirito della legge n. 833; infatti, al di là del riconoscimento di alcuni di essi già esistenti con le caratteristiche che consentono di collocarli ancora nell'ambito dei loro compiti istituzionali (e a grandi linee ricordo la linea degli istituti per i tumori, per gli anziani, l'IRCA), questi istituti presentano una problematica importante, a mio parere, perchè si collocano, dal punto di vista istituzionale, in una posizione atipica rispetto al rapporto con le Regioni e le USL: si collocano su un piano particolare per quello che riguarda la carriera del personale, e si collocano su un piano ancora più caratteristico per quello che riguarda l'incidenza del costo e quindi la necessità di verificare an-



che il rapporto costi-benefici, il lavoro che viene svolto in questi istituti. Essi hanno poi una distribuzione territoriale che è abbastanza sbagliata, in quanto vi sono concentrazioni in alcune sedi mentre vi è la più completa assenza di istituti con queste caratteristiche in numerose parti del paese. Il che però, a mio parere, non giustifica il tentativo di crearne dovunque. La mancata copertura di un'area non giustifica questo indirizzo; sarebbe un grave errore dal punto di vista istituzionale e sarebbe una disseminazione di ulteriori sprechi di spesa, soprattutto se non venisse rispettato lo spirito di questa istituzione.

Essendo disposto a dare altri eventuali chiarimenti, vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che questi istituti, nella loro formulazione originaria, hanno ancora una motivazione di essere se viene individuato il tema di carattere scientifico per il quale si giustifica questa concentrazione di ricoveri per diagnosi e cura in settori altamente specializzati che richiedono personale, strutture ed apparecchiature di altissimo livello e, quindi, di continuo aggiornamento. In rapporto anche agli altri settori coinvolti dai problemi della ricerca scientifica e biomedica, e quindi di concerto con il Ministero della pubblica istruzione e con quello della ricerca scientifica, vi è la necessità di una verifica periodica affinché non avvenga il decadimento *in itinere* dell'attività che si svolge in questi istituti, con la creazione di strutture nelle quali la spesa viene progressivamente ad aumentare, mentre il livello delle prestazioni e la finalità scientifica vengono progressivamente a diminuire.

Voglio precisare che queste mie parole non sono ipotesi, ma sono realtà in atto. Molti di voi sanno infatti che alcuni di questi istituti non hanno avuto, all'atto del richiesto riconoscimento, una verifica positiva, e sono rimasti al di fuori di quelli attualmente riconosciuti, pur essendo compresi in quelle linee generali che ho richiamato.

Il secondo punto che vorrei affrontare riguarda i rapporti tra Università, Regioni e USL; si tratta in sintesi di quanto regolamentato dall'articolo 39 della legge di riforma. Ho partecipato ad un'audizione della

Commissione istruzione pubblica del Senato nella precedente legislatura; in quell'occasione ho espresso le mie opinioni in proposito e oggi le riporto qui praticamente immodificate perchè da allora non vi sono stati cambiamenti. Infatti, l'articolo 39 della legge n. 833 è tuttora inapplicato dato che il perfezionamento della convenzione prevista da detto articolo non è stato compiuto da nessuna Regione e in nessuna Università. L'ex assessore, senatore Melotto, qui presente, sostiene che in Veneto questo è stato attuato, e se ciò è vero correggo la mia affermazione e faccio ammenda. Ribadisco però che il Veneto è l'unico, lodevole esempio, anche se mi risulta che anche in questa regione vi sono problemi di assestamento.

La questione, che a mio parere non è soltanto di carattere giuridico e amministrativo, va rivista prendendo le mosse dal presupposto che in ogni caso l'articolo 39 prevede come base un contratto tra due parti che hanno compiti istituzionali diversi e che nella loro dinamica non hanno trovato il modo di percorrere una strada che presenti fasi di concordanza. Infatti le Università hanno un piano di sviluppo del quale si sa poco o nulla, mentre le Regioni, laddove hanno espresso un piano sanitario regionale, non hanno agito in concordanza temporale con le Università. Vi è quindi la necessità di una verifica e di un aggiornamento, dato che questa convenzione, con i suoi allegati, apre un importante spazio all'attività come partecipazione alla didattica integrativa anche delle strutture del sistema sanitario nazionale, sia con rapporti a contratto del personale che con l'estensione delle strutture convenzionate *ex* allegato a), come il senatore Melotto senz'altro ricorderà.

ROSSANDA. È vero che a Padova vi sono ventun reparti clinici nuovi?

PRESIDENTE. Avverto il dottor Zanella che anche alle interruzioni potrà rispondere in seguito, se lo preferisce, congiuntamente alle altre domande.

ZANELLA. Preferirei terminare questa mia esposizione senza fare esempi. Chiudo per-

tanto il mio intervento richiamandomi all'accenno iniziale fatto dal presidente Beretta circa la formazione del medico. In quest'ottica la convenzione Università-Regioni (ed eventualmente Università-USL), qualora si verificasse veramente questa seconda fase, deve tener conto del fatto che il numero chiuso o il numero programmato rappresentano un obiettivo, per raggiungere il quale non esistono gli strumenti. Esiste però una realtà sulla quale a mio parere bisogna batterci utilizzando anche l'articolo 39 della legge n. 833; così operando il numero diventa dimensionato al potenziale didattico delle Università. In altri termini la mia impressione è che se si riuscisse a far esprimere ad ogni facoltà di medicina il reale potenziale didattico esistente per un insegnamento con frequenza obbligatoria (dato che la medicina non si può imparare per corrispondenza) ai vari livelli di corso di laurea, di diploma o di specializzazione, potremmo avere la reale dimensione delle necessità e del potenziale didattico delle varie facoltà. A questo punto potrebbe stabilirsi il numero fermo delle iscrizioni per ogni corso e per ogni anno, stabilendo contemporaneamente un limite altrimenti difficilmente determinabile, a causa da un lato delle richieste di iscrizione alla facoltà di medicina, al corso di odontoiatria ed alle scuole di specializzazione, e dall'altro, e soprattutto, a causa della crisi di crescita che l'Università dimostra e che in qualche modo va controllata affinché non ne scapiti la qualità dell'insegnamento.

Quindi, se ho compreso il fine di questa udienza sullo stato di attuazione della riforma sanitaria e del Servizio sanitario nazionale, credo che l'articolo 39 della legge n. 833 vada rivisto per indicare alle Regioni l'urgenza di arrivare alla stipula delle convenzioni che lo stesso articolo prevede, e impegnando il Ministero della pubblica istruzione e le Università nella loro autonomia a dare indicazioni sulle dimensioni delle necessità assistenziali ai fini didattici e scientifici. Anche in questo caso entra in gioco l'eccessivo costo di queste strutture, ma così operando si potrà avere la definizione corretta della collocazione della parte assistenziale delle Università ai fini istituzio-

nali della preparazione del medico e del personale diplomato ai diversi livelli che gli competono. La materia è molto delicata e non avulsa dal problema sanitario, anche se inevitabilmente si interferisce con il Ministero della pubblica istruzione.

È indispensabile che anche in quelle ipotesi di riforma e di nuovo ordinamento degli studi medici si consideri realisticamente il problema del potenziale didattico che le Università hanno per porlo come limite per il numero degli accessi ai vari ordini di studio.

Sono comunque a disposizione per fornire altri eventuali chiarimenti.

*MARLETTA.* Mi limiterò a riferire circa la parte funzionale del Consiglio superiore di sanità. In seno al Consiglio superiore di sanità, in base alla legge 14 marzo 1968, n. 203, venne istituita una segreteria diretta da un Direttore generale del Ministero della sanità. Tale segreteria si articola in personale direttivo medico e tecnico addetto alle cinque sezioni ed altro personale necessario. Per il funzionamento del Consiglio superiore di sanità, in ordine all'articolo 59 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, il presidente ha illustrato il profilo di innovazione tecnico-scientifica.

Mi corre l'obbligo di dire, però, che anche in funzione di questo primo aspetto si rende necessario rideterminare l'articolazione, la strutturazione e la funzione della segreteria generale, così come è stato fatto per gli uffici del Consiglio sanitario nazionale, con recente provvedimento, e per gli uffici del servizio centrale per la programmazione sanitaria. Si renderebbe cioè necessario attuare una riforma della segreteria generale del Consiglio superiore di sanità per avere personale più adeguato e professionalmente all'altezza della situazione.

Tuttavia, lo scoglio più grosso per il funzionamento del Consiglio superiore di sanità si individua nel suo bilancio, che è veramente striminzito e che ci consente appena di fare il possibile, talvolta al lumicino. Viviamo di vita grama; dal 1966 in poi, cioè fino all'anno in corso, abbiamo avuto sempre integrazioni e quindi assestamenti di bilancio. Sono un medico e non riesco ad espri-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

14° RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

mermi con un linguaggio tecnicamente adatto, però integrazioni se ne sono avute negli anni 1966, 1967, 1969, 1975 e poi dal 1977 fino all'anno in corso.

Tali integrazioni spesso costituiscono spese notevoli prese dal bilancio delle altre Direzioni generali che il Ministro, con provvedimento adeguato, ha usato per questo assestamento di bilancio del Consiglio superiore dei sanità. Tuttavia, dall'anno scorso siamo fuori di circa 50-53 milioni. Il Ministro della sanità, con ben due lettere, ha scritto al Ministero del tesoro e siamo in attesa di conoscere come si risolverà la situazione. Per il 1984, su una previsione di assegnazione di 190 milioni ne abbiamo avuti 85.

Se dovessimo coprire le spese già effettuate per il 1983, che si riferiscono a missioni, spese di viaggio e di soggiorno notevolmente elevate, dovremmo chiudere da qui a qualche mese o forse a qualche settimana. Questo problema costituisce la base della vita del Consiglio medesimo; il problema principale, infatti, non è tanto quello del gettone di presenza che è ancora quello stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica 11 gennaio 1956, n. 5, cioè 5.000 lire lorde che si riducono a 3.700 nette per cui i componenti del Consiglio non hanno di che scialare, ma si riferisce al maggior costo delle spese di viaggio e di soggiorno della missione.

In ordine a questo profilo si prospetta l'urgenza di prendere una qualche iniziativa.

**PRESIDENTE.** Vorrei anzitutto ringraziare il professor Beretta Anguissola, i consiglieri del Consiglio superiore di sanità e il segretario generale per le loro esposizioni. Mi sembra che ne sia già derivato un quadro abbastanza ampio e completo della attività svolta dal Consiglio superiore di sanità e siano inoltre emersi spunti molto interessanti di valutazione dei problemi generali riguardanti questa indagine conoscitiva.

Anche le esposizioni dei professori Guzzanti e Zanella rientrano senz'altro nel profilo dell'indagine che abbiamo stabilito. Al punto f) del programma di indagine conoscitiva, per quanto riguarda l'aspetto istituzionale, vi sono infatti i problemi degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle

Università, mentre i problemi del personale sono contemplati ai punti a) e b) del secondo aspetto, sul quale ci sono stati forniti contributi molto interessanti.

Ringrazio i nostri ospiti anche per il fatto di aver trasmesso una prima documentazione che, evidentemente, verrà distribuita in copia a tutti i membri della Commissione.

Poichè quanto ci avete fornito è un resoconto estremamente scheletrico, quasi un calendario retrospettivo dell'attività svolta, vi pregherei di integrare l'esposizione con una memoria più ampia riguardante tutta l'operatività del Consiglio superiore di sanità. Certamente tale memoria sarà ben accolta dalla Commissione e farà parte degli atti che ci proponiamo di stampare.

È aperta, quindi, la serie degli interventi.

**BOTTI.** Anch'io ringrazio vivamente gli esperti per il loro apporto: in particolare il professor Beretta Anguissola, cui mi legano rapporti di profonda stima ed amicizia da molti anni, e l'amico da anni professor Zanella, col quale ho passato gli anni giovanili della carriera.

Il professor Beretta Anguissola ci ha parlato della rideterminazione e dell'aggiornamento dei compiti istituzionali del Consiglio superiore di sanità, come organo consultivo del Ministero della sanità sotto il profilo tecnico-scientifico, ed ha d'altra parte lamentato — così mi è sembrato — una certa sovrapposizione e conflittualità di compiti e funzioni con il Consiglio sanitario nazionale. Ha aggiunto, però, che questi rapporti si stanno adesso modificando in senso positivo.

La prima domanda che rivolgo al professor Beretta Anguissola è pertanto questa: come si può — e glielo chiedo anche perchè è qui presente il rappresentante del Governo — modificare questa sovrapposizione, questa conflittualità di compiti e funzioni, che già abbiamo sentito lamentare da altri organi istituzionali che ruotano attorno al Ministero della sanità?

La seconda domanda riguarda invece il problema dei trapianti di cuore, cui ha accennato molto rapidamente, ed il problema dell'iperconsumo dei farmaci. Per quanto riguarda il trapianto di cuore, poichè abbia-

mo già sentito parlare di questo problema dal Direttore dei servizi ospedalieri del Ministero della sanità, vorrei sottoporre tale questione alla sua attenzione per due motivi: perchè ci è stato detto che si tratta della sperimentazione di un anno, da condursi in uno o eventualmente due centri cardiocirurgici per allinearci sulle posizioni degli altri paesi sia a livello europeo sia a livello internazionale; e perchè mi chiedo se non sia preferibile, piuttosto che disperdere delle risorse, dato anche il *follow up* troppo breve di un anno, utilizzare questi fondi per potenziare invece i nostri centri cardiocirurgici per portarli ad un livello di funzionalità *standard* per interventi più routinari, di cui abbiamo maggiormente bisogno. Il professor Beretta Anguissola sa benissimo che, a parte alcuni centri, non si trattano in Italia le cardiopatie congenite e non brilliamo molto nel settore della chirurgia coronarica e di correzione vascolare e valvolare. Occorre poi non dimenticare un altro aspetto del problema. E cioè che non possiamo non riferirci all'esperienza europea ed internazionale in tema di trapianti di cuore. Sappiamo infatti — e lei professor Beretta Anguissola lo sa meglio di me — in quale vicolo cieco si trova attualmente il problema dei trapianti di cuore e che i colleghi americani si stanno orientando, non so con quanto vantaggio, verso il cuore artificiale.

Un altro problema sul quale vorrei qualche delucidazione dal professor Beretta Anguissola riguarda poi la formazione del medico. Sono perfettamente d'accordo su quella che lei, per l'Università, ha definito una crisi di trasformazione, e di questa crisi così polimorfa lei ha portato anche degli esempi, degli indicatori che riguardano l'enorme, abnorme richiesta degli esami di laboratorio, delle indagini diagnostiche da quelle più semplici a quelle più sofisticate e del consumo dei farmaci. A proposito dei «correttivi» per ovviare a questa scarsa ed insufficiente preparazione del medico, lei ha citato da una parte il numero chiuso, programmato, e dall'altro la modifica delle scuole di specializzazione.

Per quanto riguarda il primo punto, io penso molto modestamente che il numero

chiuso o programmato, pur utile, non possa risolvere il problema della preparazione professionale del medico. Occorre andare un po' più a fondo, cioè procedere anche ad una ristrutturazione degli studi di medicina per rendere l'insegnamento della medicina nelle nostre Università più aderente a quella che è la dinamica sociale in tema di diritti alla salute.

Per quanto concerne il problema delle scuole di specializzazione — il professor Beretta Anguissola conosce molto bene le difficoltà che abbiamo in proposito a livello di Comunità europea — vorrei chiedergli se non ritiene necessario modificare quella che è la nostra situazione attuale dove un medico appena laureato, quindi senza una adeguata, seria formazione medica, culturale e professionale, può iscriversi a una scuola di specializzazione. Lei, professor Beretta Anguissola, sa che a livello europeo ci troviamo sempre in difficoltà perchè, ad esempio, per citare una materia che ci è più vicina, per iscriversi in un altro Stato alla specializzazione in cardiologia occorrono dai tre ai cinque anni di *training* in medicina interna. Noi invece sforniamo degli specialisti in cardiologia che si sono iscritti alla scuola di specializzazione senza una preparazione medica adeguata. E lo stesso discorso si può fare per tutte le specializzazioni.

Al professor Guzzanti vorrei poi chiedere quando riusciremo a capovolgere la piramide, perchè, come è noto, l'Italia ha il più alto numero di medici e il più scarso e più dequalificato numero di personale paramedico. Vorrei chiedergli anche quando e come, a suo avviso, riusciremo a modificare lo squilibrio, proprio a livello di personale paramedico, fra Sud e Nord.

All'amico professor Zanella vorrei infine rivolgere una domanda semplice, ma penso molto importante, circa i rapporti Università-USL. Egli ha detto molto bene che la materia è estremamente delicata. Io aggiungerei che il confronto con l'Università sul terreno delle convenzioni non è stato mai molto facile, per tanti motivi. Sinceramente penso che i due sistemi possano coesistere nel pieno rispetto delle proprie autonomie e possano quindi utilmente integrarsi. C'è però

12ª COMMISSIONE

14° RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

un'ulteriore considerazione da fare. Il professor Zanella, da esperto qual è in materia, vi ha accennato. E cioè che noi ci siamo sempre trovati con le convenzioni, anche in Emilia-Romagna, di fronte al fatto che l'Università è quasi sempre chiusa nei propri compiti istituzionali. Ora, io mi rendo perfettamente conto che i compiti istituzionali dell'Università sono la formazione del medico e la ricerca, però penso che l'aggiornamento professionale e la formazione del medico non siano compito esclusivo dell'Università, ma anche delle strutture del sistema sanitario nazionale, a cominciare dagli ospedali, e delle strutture del territorio. Vorrei anche rilevare in questa sede — il professor Zanella conosce molto bene la situazione — che questo tipo di collaborazione che tutti auspicano, si è sempre scontrata con fatti anche contingenti che hanno rappresentato delle difficoltà insormontabili. A me non risulta, per esempio, che nella richiesta di nuovi insegnamenti, di nuove cattedre, di nuovi istituti, le facoltà mediche abbiano mai avuto un rapporto, una discussione preliminare con la controparte, cioè con i rappresentanti della sanità a livello regionale o a livello nazionale.

MELOTTO. Chiedo scusa, signor Presidente, a lei, ai colleghi e ai nostri graditi ospiti se, dopo aver posto delle domande, dovrò assentarmi, essendo chiamato a partecipare ai lavori di un'altra Commissione.

La prima domanda che vorrei rivolgere al professor Beretta Anguissola è come sia conciliabile il rapporto fra Consiglio sanitario nazionale e Consiglio superiore di sanità nell'ambito di una ristrutturazione del Consiglio sanitario nazionale che — il professor Beretta Anguissola lo ha giustamente sottolineato — ha compiti estremamente diversi da quelli del Consiglio superiore di sanità, compiti in sostanza di sintesi politico-programmatica nel settore. In proposito, si lamenta la carenza di medici in quell'organismo, e io concordo con questa critica, ma è anche chiaro di converso che sono troppi i rappresentanti dei vari Ministeri e, tutto sommato, non so a quale titolo siano in quel Consiglio.

Volevo appunto chiedere al professor Beretta Anguissola se non ritiene opportuno,

anzichè preferire sigle di organizzazioni mediche che alla fine ripetono in quella sede problemi sindacali che dovrebbero invece seguire una strada diversa, inserire, come di fatto la legge già contempla, una rappresentanza del Consiglio superiore di sanità nel Consiglio sanitario nazionale. Credo infatti che i due organismi non dovrebbero ignorarsi, ma integrarsi ed essere di supporto fra di loro per avere una visione d'insieme non solo degli aspetti tecnici, ma anche di quelli più generali che attengono alla tutela della salute della popolazione.

Il secondo problema è quello del rapporto Università-Regione, cui accennava prima il professor Zanella e poi il collega Botti. Inserendomi nella domanda rivolta da quest'ultimo, vorrei spingermi un po' più avanti, se possibile, in questo senso. È vero, professor Zanella, che si tratta di due enti estremamente diversi, ma qui la programmazione presenta veramente una dicotomia paurosa: una parte programma e poi manda il conto all'altra parte. Questa è la verità. Nella nostra Regione si è stipulata la convenzione con le Università di Padova e di Verona; c'è la norma di salvaguardia del piano secondo la quale si procederà annualmente alle indicate attivazioni, con un criterio di priorità e in base anche alle risorse disponibili; quindi non è che automaticamente si dia corso ad una serie di divisioni, per soddisfare altrettante cattedre, e così via. Però, quando registriamo l'inflazione, autentica inflazione delle cattedre — recentemente sono state assegnate più di qualche decina di cattedre nella mia Regione —, alla fine è chiaro che la pressione a cui ognuno è sottoposto, diventa tale per cui il miglior metodo è quello di suddividere la «clinica madre» in tanti rivoti, dando quindi a ciascuno un po' di esercito. Credo che questo sia un punto che, come legislatori, dobbiamo chiarire nella legge n. 833 e nella legge universitaria. Peraltro, non si tratta della battaglia dei cosiddetti *peones* che hanno avuto in ogni comunità l'ospedaletto da campo e lo difendono, più che come servizio, come un'azienda che dà occupazione, data la «magra» occupazionale che esiste in tante zone del paese: qui si tratta di reparti altamente specializzati e

quindi il costo stesso indubbiamente stravolge le risorse della programmazione.

La convenzione è sempre stata difficile — e chi si è già sperimentato tra consiglio di amministrazione e Policlinico credo ne sappia qualcosa — ma oggi è, secondo me, venuto il momento per dire che, una volta programmato un numero, se esistono le strutture adeguate, bisogna far frequentare l'allievo a tutti i livelli, comprese le scuole di specializzazione. Queste, invece, ora sono «ad imbuto» e chiudono la possibilità al medico di specializzarsi: per la facoltà tutto è lecito, ogni domanda è ammessa, mentre per la specializzazione non basta la raccomandazione del Presidente della Repubblica.

Forse è opportuno cogliere il momento di seria indicazione a carattere nazionale, per utilizzare queste strutture che, comunque le si valuti, sono di altissimo livello e quindi hanno il compito di contribuire a «dare il là» alla medicina del nostro paese.

Arrivo alla terza ed ultima domanda. Ho anch'io la sensazione che, nonostante tutto, il personale paramedico stia assumendo buoni livelli di qualificazione: basta girare in alcune corsie per rendersi conto che il livello è decisamente superiore rispetto a pochi anni fa. Qua e là nel paese, proprio in nome di questa qualificazione, aumentano le domande e quindi in parecchie Regioni si esige il numero programmato per le scuole e per il personale paramedico. Vorrei chiedere se esistono zone di carenza nel paese per quanto riguarda l'accesso a queste scuole e soprattutto non capisco quel rapporto di tre infermieri per posto-letto di cui parlava il professor Guzzanti.

**GUZZANTI.** Il rapporto di circa tre rispetto ad un medico riguarda tutte le categorie di personale non medico di assistenza, cioè infermieri professionali, vigilatrici di infanzia, ostetriche, terapisti della riabilitazione ed altre qualifiche. Successivamente ho parlato di un rapporto di tre dipendenti in senso lato, dal capo amministrativo fino all'esecutivo, per ogni posto-letto ospedaliero.

**MELOTTO.** La ringrazio di avermi chiarito questo punto, anche se credo che la statisti-

ca, pur in questo caso, possa essere interpretata in vario modo. Per esempio, credo che i tre dipendenti per posto-letto esistano in qualche ospedale francese, ma lì i posti-letto sono tutti caldi e non come da noi, dove si ha una occupazione del 50 per cento in alcune Regioni. Occorre quindi valutare, per comprendere adeguatamente i parametri, anche il tipo di servizi che offriamo alla gente.

**ROSSANDA.** Ho diverse domande brevi da fare ai nostri interlocutori.

La prima è per il professor Beretta Anguisola, che si è riferito a nostri precedenti scambi di opinione. Ricordo bene la sua impostazione molto moderna circa le necessità di adeguare i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e l'Università. Mi dispiace che il discorso trovi delle grandi difficoltà a svilupparsi; comunque sarebbe interessante approfondire i motivi di queste difficoltà.

La domanda specifica è relativa ai farmaci. Lei, professore, ha fatto una affermazione interessante, cioè che, rispetto alla normativa presente, occorrerebbe approfondire meglio il problema dell'eccesso delle prescrizioni. Ho visto, peraltro, che tra le materie trattate dal Consiglio superiore di sanità capitano spesso problemi relativi a singole specialità farmaceutiche. Vorrei chiederle, quindi, da un lato, quali sono i poteri attuali del Consiglio superiore di sanità e quale tipo di pareri viene dato sui preparati farmaceutici; dall'altro, quale tipo di rapporto esiste tra la vostra attività, quella del settore farmacologico dell'Istituto superiore di sanità e, infine, quella della Direzione generale del Ministero della sanità, per il servizio farmaceutico.

Volevo chiedere anche se poteva specificare qualche idea circa i modi e la sede adatta (potremmo farlo noi, Parlamento, il Ministero, oppure le Regioni?) per elaborare delle linee-guida volte a indirizzare la prescrizione medica; perchè siamo tutti sicuri che i modelli prescrittivi siano da modificare, ma non siamo tutti d'accordo sui modi e non abbiamo le idee chiare sugli strumenti migliori per realizzare in periferia questa «rieducazione prescrittiva». Pensavo al possibile valo-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE14<sup>o</sup> RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

re di pubblicazioni, provenienti da organismi consultivi nazionali, sulla linea di quelle preparate dalle farmacie comunali di Reggio Emilia, che fanno delle schede assai accurate e di grande valore pratico, ma diffuse, purtroppo, soltanto in una piccola parte del territorio nazionale.

Mi interesserebbe molto sapere se avete in programma una attività del genere.

Al professor Guzzanti devo chiedere una spiegazione brevissima, cioè se questo parametro di 2,8-3 elementi di personale assistente tecnico-sanitario per medico si riferisce al complesso dei servizi ospedalieri e territoriali.

*GUZZANTI.* Esatto.

*ROSSANDA.* Infatti, perchè se si riferisce soltanto ai servizi ospedalieri, credo che sarebbe eccessiva la componente medica.

Spero che lei ci possa fornire documenti per conoscere i risultati della sua ricerca sui parametri, anche riferita ai servizi territoriali. Ritengo che il suo intervento sia stato essenziale: devo dire che è stato balsamo per le mie orecchie sentire un intervento sul personale di assistenza, perchè nell'intera legislatura passata non ho avuto questo bene. Abbiamo cercato in alcune occasioni di parlare di parametri di personale e degli equilibri esistenti, ma al di là di dichiarazioni generali non andavamo. Credo che sia indispensabile inserire questi parametri nel Piano sanitario nazionale, e quindi chiedo vivamente che la Commissione possa avere il materiale su cui è stato basato questo studio.

Di ciò che ha detto il professor Zanella, e mi associo alle osservazioni fatte dal collega Melotto, mi ha colpito una contraddizione tra la sua impostazione del problema della programmazione universitaria e la soluzione datane dal professor Beretta Anguissola; dovremmo capire quali sono i programmi di sviluppo dell'Università e mi convince poco il principio secondo cui quest'ultima elabora dei programmi di sviluppo, non fondati sul fabbisogno, e dopo stabilisce l'accesso in funzione delle sue capacità: mi sembra che ci sia una contraddizione. All'origine dovrebbe esserci la definizione del fabbisogno, poi

l'Università si potrebbe sviluppare in funzione del fabbisogno e ciascuna sede aprire in funzione delle sue capacità. Mi è quasi sembrato di capire che l'Università abbia dei suoi criteri che — come sosteneva il senatore Melotto — pare dubbio che rispondano ad una logica programmatica.

C'è un'ultima cosa che vorrei chiedere al professor Marletta: non ho capito bene quali siano i rapporti del Consiglio superiore di sanità con le Direzioni generali del Ministero.

L'ultima domanda la rivolgo poi al Governo: quali strumenti abbiamo per conoscere gli elaborati del Consiglio superiore di sanità su materie che ci riguardano, dato che non sono pubblici e noi non abbiamo accesso a questi pareri? Sarebbe infatti molto interessante poterne disporre, perchè il Consiglio è un organo consultivo del Governo. Voi del Consiglio superiore vi lamentate che il Governo vi consulta troppo poco, però a noi — come organo legislativo — non arriva niente riguardante il vostro lavoro; mi ricordo di aver avuto solo una volta nella mia vita (dopo molto piangere) un documento del Consiglio superiore di sanità relativo ai trapianti d'organo; avremmo invece un grosso interesse a conoscere il vostro punto di vista su molte altre materie tra quelle che voi trattate.

*RANALLI.* Le osservazioni iniziali del professor Beretta Anguissola costituiscono l'ultima autorevole conferma a riprova delle difficoltà più complessive nelle quali viene a trovarsi il progetto di ristrutturazione del Ministero della sanità, riguardante l'attuazione dell'articolo 59 della legge n. 833, più volte ricordato in queste audizioni, la cui mancata attuazione implica evidenti responsabilità politiche. Prendo amaramente atto che un complesso di professionalità così alte come quelle che siedono nel Consiglio superiore di sanità che — come suggerisce il professor Beretta Anguissola — potrebbero perfino essere ulteriormente migliorate da altre presenze, rischiano la sottostima, la sottovalutazione, l'emarginazione, e quindi non esercitano quel peso che propedeuticamente e istruttoriamente potrebbero avere

nella determinazione degli atti del Ministro e del Ministero. A me pare che in questo disegno di ristrutturazione — ove vi fosse, ma solo con difficoltà siamo riusciti a capirlo dopo aver ascoltato tutti i Direttori generali del Ministero della sanità — potrebbe ampiamente essere recuperato un ruolo del Consiglio superiore di sanità, superando quelle antinomie — probabilmente amplificate — che si sono registrate con il nuovo Consiglio sanitario nazionale, a meno che non si dovesse pervenire al superamento del Consiglio superiore di sanità, ma in questo caso è necessario anche parlarne e assumersene le responsabilità; di questa ipotesi, però, non ne ho sentito finora parlare. Non avendo chiarezza nella determinazione di questi processi, si vive in queste purtroppo lunghe fasi di gestioni tollerate o subite, che lasciano evidentemente insoddisfatti sia i componenti del Consiglio superiore di sanità, sia probabilmente anche altri settori. La mia domanda è rivolta al professor Beretta Anguissola affinché esprima una valutazione più complessiva della funzione del Consiglio superiore di sanità nel suo rapporto con un Ministero che noi concepiamo dinamicamente riveduto e corretto rispetto alla legge n. 833, nel senso che anche il Consiglio superiore di sanità dovrebbe essere un organo di consulenza del Ministro e del Ministero, non più vecchio perchè nel frattempo trasformato ed adeguato.

Seconda questione. Apprezzo moltissimo tutte le valutazioni del professor Beretta Anguissola in ordine alla formazione del medico, alle deficienze strutturali, alla insufficienza dei programmi di studio, e riguardo la necessità di adeguamento. Vorrei tuttavia fare una domanda, che sicuramente non imbarazzerà il professor Beretta Anguissola, che ho avuto modo di conoscere e di ascoltare con grande interesse in sue brillantissime esposizioni, apprezzate inoltre perchè è uno dei medici che sa parlare con un linguaggio di altissima cultura umanistica e pertanto riesce ad incantare l'uditorio anche quando affronta conferenze di difficile contenuto scientifico. Le volevo dunque domandare, professore: i clinici che presiedono alla formazione del medico, a che livello professio-

nale si trovano? Dobbiamo ancora varare il numero programmato ed in questo senso ci sono delle difficoltà; a che livello siamo? C'è cultura, apertura, modernità in coloro che devono insegnare? Coloro che sono collocati all'interno della struttura dell'insegnamento si fanno carico di crescere, di aggiornarsi? Mi pare infatti che l'apporto della cultura e della scienza di coloro che sono predisposti dallo Stato a promuovere la formazione del medico, non sia un elemento secondario dello schema complessivo; questa formazione deve però realizzarsi in altre condizioni per quanto riguarda il contenuto dell'insegnamento, lo spazio e le strutture; e su questo c'è un fortissimo arretrato.

La terza domanda desidero rivolgerla al professor Zanella perchè esprima una sua valutazione sull'argomento.

In base alla mia esperienza di *ex* Assessore regionale alla sanità del Lazio mi risulta che vi sono alcune difficoltà nei rapporti tra Regione, Università e policlinico «Umberto I». Le questioni da mettere in rilievo sono soprattutto tre. La prima è quella relativa all'autonomia dell'Università nel programmare le proprie esigenze, che non sempre collimano con quelle espresse nei piani sanitari regionali.

La seconda questione attiene alla preminenza esasperata — e insisto sul termine esasperata — che si attribuisce alla ricerca e all'insegnamento rispetto all'accettazione dei malati. Si dà grande importanza ai primi due elementi, che sicuramente sono propri dell'Università e della facoltà di medicina in particolare mentre per quanto riguarda l'accettazione si ritiene di risolvere il problema semplicemente non consentendo accessi generalizzati. Vi posso portare numerosi esempi di casi evidentissimi che si sono verificati al policlinico «Umberto I».

La terza questione è quella che concerne la gestione, perchè è su questo punto che ho incontrato le maggiori difficoltà. Le USL, che hanno la convenzione specifica in base all'articolo 39 della legge di riforma, finiscono per non essere accettate o vengono appena tollerate; i primari docenti non accettano direttive da queste. Si va verso una situazione che, di fatto, viene chiamata gestione



12<sup>a</sup> COMMISSIONE14<sup>o</sup> RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

binaria, perchè un po' di importanza la riveste l'Università e un po' il Servizio sanitario attraverso le USL. Si viene a produrre in tal modo una miscela di quotidiane antinomie, di piccole ricorrenti difficoltà che causano una paralisi del sistema o, comunque, un suo funzionamento decisamente al di sotto delle sue possibilità.

Poichè anch'io ritengo che l'articolo 39 debba essere rimeditato e possibilmente ristudiato, e che il decreto ministeriale, con il relativo allegato, del 9 novembre 1982 non abbia del tutto sopito o superato queste problematiche, le chiedo la sua opinione in proposito. Alcuni affermano, ad esempio, che sarebbe necessario affidare la gestione completa o all'Università o al Servizio sanitario, purchè si dia pienezza di poteri, la qual cosa eliminerebbe tutte quelle interferenze che paralizzano il sistema.

COLOMBO SVEVO. Vorrei che il professor Beretta Anguissola ci aiutasse a capire meglio quale sia la demarcazione corretta che vi deve essere tra Consiglio superiore (nella sua funzione consultiva) e Ministero. Il senatore Melotto ha parlato di integrazione tra Consiglio sanitario e Consiglio superiore. Desidero sapere se l'indicazione suggerita dal collega è valida, nell'ambito di una corretta demarcazione fra le due istituzioni, oppure se è meglio lasciare il Consiglio superiore nella sua indipendenza tecnico-scientifica, collegandolo in maniera più precisa con il Ministero.

Per quanto riguarda il collegamento che lei ha fatto, professore, fra gli eccessi di spedalizzazione, di uso dei farmaci, di esami di laboratorio, e la scarsa preparazione clinica dei medici, devo dire che questo è un argomento molto interessante anche per il nostro lavoro. Desidero chiederle se il problema consiste semplicemente in un problema di accesso all'Università o anche nel fatto che vi è stato un ripensamento sulle scelte contenutistiche dell'insegnamento. A me pare che questi problemi siano stati messi un po' troppo sullo stesso piano. Sono argomenti di un certo rilievo, ma che non tengono conto dell'evoluzione tecnologica e ambientale di questi ultimi anni. Faccio un esempio.

In un paese in cui il numero delle persone anziane è in continuo aumento, il medico generico deve avere un maggiore preparazione in campo geriatrico in quanto dei suoi 1.500 (spesso anche 3.000) mutuatati, una buona parte è costituita da persone di una certa età.

Per quanto riguarda il personale paramedico, il professor Guzzanti, poco fa, ci dava alcuni suggerimenti per risolvere il problema dello squilibrato rapporto esistente fra personale medico e paramedico. Osservava che sarebbero sufficienti alcune modifiche legislative parziali, soprattutto per quanto riguarda la carenza di puericultrici e vigilatrici d'infanzia. Vorrei chiederle, professor Guzzanti, se vale la pena arrestarsi su modifiche parziali o non è forse giunto il momento di elaborare una legge-quadro su tutti i problemi relativi al personale paramedico. Probabilmente a questo proposito avete già delle idee, sia per quanto riguarda il livello professionale (in particolar modo quello delle infermiere professionali) che per tutti gli altri aspetti connessi a questo settore. Secondo lei, nell'ambito della formazione professionale è bene continuare con il sistema attuale oppure è meglio seguire l'indicazione data da alcuni (compreso qualche progetto legislativo), ossia quella di una preparazione professionale basata sul quinquennio di scuola media superiore integrato da un biennio universitario?

Un'ultima domanda riguarda invece le figure professionali. Si avverte l'esigenza di creare figure nuove, che tra l'altro già esistono ed esercitano senza avere nè il titolo nè l'abilitazione. Immagino che a questo proposito, e anche per ciò che concerne nuovi servizi come ad esempio quello dell'assistenza domiciliare, abbiate già fatto un'analisi. Quindi sarebbe opportuno che sottoponestе le vostre proposte al Governo, affinché questo elabori una legge-quadro in materia. Sempre in ordine a questo problema mi sembra che si stiano delineando due filoni che si qualificano separatamente: uno è quello dell'assistenza alle persone (in questo rientra il personale infermieristico, le puericultrici, le vigilatrici d'infanzia, gli assistenti socio-sanitari), l'altro è quello più propria-

mente tecnico. Si potrebbe a questo punto programmare un tipo di formazione professionale sfruttando questa linea di tendenza, ossia dare una preparazione di base comune con le varie specializzazioni; in tal modo si eviterebbe il proliferare di quelle figure professionali che rende sempre utopistica la mobilità del personale.

ROMEI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero scusarmi con voi per non poter assistere ulteriormente a questa indagine; purtroppo, improrogabili impegni mi chiamano al Ministero.

Vorrei, comunque, dire al professor Beretta e ai membri della Commissione che, per quanto attiene alle cose finora affermate e che in certo senso chiamano in causa anche il Ministero che qui rappresento, queste formeranno oggetto di una attenta riconsiderazione, soprattutto per quanto riguarda tre aspetti. Il primo è quello che concerne un migliore e più esteso utilizzo del Consiglio superiore di sanità come organo consultivo. Il secondo attiene ad una maggior chiarezza e distinzione dei diversi compiti consultivi del Consiglio superiore e del Consiglio sanitario, di cui anch'io condivido l'esigenza. Per quanto riguarda specificatamente il Consiglio sanitario nazionale, la mia personale opinione è che bisognerà superare la pletoricità e la eccessiva eterogenità nella sua composizione. Sarà un problema appunto che dovrà essere affrontato nella sede legislativa.

In terzo luogo, per riferirmi a quanto ha detto in particolare la senatrice Rossanda, mi sono domandato se un modo di risolvere questi problemi non sia anche nel cercare di dare pubblicità ai lavori del Consiglio superiore di sanità, come peraltro avviene per il Consiglio sanitario nazionale.

Vi ringrazio e chiedo nuovamente scusa per non poter ulteriormente assistere ai lavori della Commissione.

PRESIDENTE. Ringraziamo il sottosegretario Romei per le sue assicurazioni e seguiamo nella serie degli interventi.

CONDORELLI. Ho ascoltato con molto piacere e con emozione il professor Beretta

Anguissola, a cui sono legato da vincoli di profonda amicizia e devozione. Tutti lo consideriamo come uno dei maestri più splendidi della medicina italiana e guardiamo a lui con molta ammirazione.

Voglio assicurargli che tutte le cose che ha detto a proposito della crisi del sistema sanitario (che sarebbe meglio invece chiamare disfunzione della medicina, perchè la crisi è un fatto fisiologico in un sistema che si evolve), cioè le disfunzioni legate all'eccesso di specializzazione, all'eccesso degli esami di laboratorio, all'eccesso della prescrizione di farmaci, sono più volte state sottolineate da questa Commissione.

Anche i provvedimenti da lui indicati (il numero chiuso, il riordino delle specializzazioni, eccetera) sono stati ampiamente esaminati da noi e speriamo che si possa fare nel merito qualcosa di concreto.

Egli poi si è lamentato della emarginazione del Consiglio superiore di sanità dalla discussione dei grandi temi della riforma sanitaria. Ma, caro professore, lei non si deve meravigliare di questa emarginazione, perchè oggi l'emarginazione dei competenti è quasi totale. Se lei, nella sua laboriosa giornata, ogni tanto riesce a vedere la televisione, si accorgerà che le decisioni si prendono in sedi non appropriate.

Lei vede da una parte i sindacati e dall'altra i Ministri: il Parlamento deve semmai mettere lo spolverino sulle decisioni prese in sede impropria. Quindi l'emarginazione ci accomuna. Speriamo che le cose possano in futuro migliorare.

Vorrei fare ora una domanda ben precisa. Lei ha parlato di un fatto importantissimo, avvenuto ieri al Consiglio superiore di sanità, che riguarda i trapianti cardiaci. Mi pare di aver capito che sono stati già scelti i gruppi che saranno autorizzati ad effettuare i suddetti trapianti. Ma questa scelta come è stata fatta? Su quale base? Si è fatta prima una verifica delle strutture, della professionalità delle *équipes*, non soltanto dei chirurghi (infatti come atto chirurgico il trapianto del cuore non è il più difficile degli interventi di cardiocirurgia), ma anche degli altri componenti (tecnici, immunologi, eccetera)?

Professore, noi siamo molto preoccupati da

questa prospettiva dei trapianti cardiaci realizzati senza un grande rigore scientifico e morale perchè non vorremmo che nascesse una competizione tra gruppi e che — parlo con estrema sincerità — si sviluppasse un deteriore protagonismo fra chirurghi che vogliono primeggiare in questo campo. Ciò potrebbe costituire un fatto, dal punto di vista etico e morale, estremamente pericoloso. L'Italia è stata sempre una nazione caratterizzata da una grande umanità nell'attività delle professioni mediche e le dico (in questo forse sono un egoista e forse non è onesto quello che dichiaro) che tutto sommato questa grande esperienza che stanno facendo gli Stati Uniti nel campo dei trapianti cardiaci non mi dispiace: la facciano prima loro una volta tanto, visto che costruiscono anche le bombe atomiche!

Personalmente, come medico, vivo momenti di grande apprensione, perchè non so quel che avverrà in futuro in questo campo.

Del professor Guzzanti avevo sempre sentito parlare per le sue notevoli doti di efficienza come organizzatore e oggi ne abbiamo avuto una piacevole conferma. Faccio quindi, al professor Guzzanti, una domanda a proposito dei risultati dell'indagine della commissione Stefanini, che è stata in altro momento ricordata in questa Commissione. Io stesso ho avuto una visita fatta molto seriamente da questa commissione. Ricordo che mi trovavo in clinica e all'improvviso arrivò la commissione, senza alcun preavviso, secondo un metodo giusto di lavorare. Siamo stati quattro-cinque ore insieme; i commissari hanno visto tutto, hanno visitato reparto per reparto, hanno consultato i registri ed hanno fatto un'indagine estremamente accurata. Penso però che questo lavoro sia stato inutile. Vorrei sapere, dopo tanti sacrifici da parte degli illustri componenti di quella commissione, che cosa ne è venuto fuori; un documento? Ma di questo documento chi ne tiene conto? Certamente nella nostra Regione di esso non si è tenuto conto.

Vorrei poi mettere in evidenza un altro fatto importantissimo: la necessità di individuare degli *standards*, sia per la cardiologia che per la chirurgia e per tutte le discipline, sotto i quali non si possa e non si debba

scendere, in modo tale da uniformare la qualità dei servizi in tutto il paese, e far sì che chiunque faccia cardiocirurgia abbia tutti gli strumenti e tutto il personale necessari per svolgere adeguatamente il suo lavoro. Ciò anche per un senso di giustizia e per evitare la trasmigrazione continua dei malati — con grande disagio alle famiglie — da una parte all'altra del paese e all'estero. Ritengo che questo sia un punto importante sul quale molto rapidamente dobbiamo intervenire.

Vorrei poi fare qualche altra osservazione alle cose dette dal magnifico rettore professor Zanella, che ha grande esperienza di questi problemi, proprio per la carica ricoperta da lui molto brillantemente all'Università di Parma. Egli ha parlato del rapporto tra Università e Regioni ed ho apprezzato anche i suoi rilevati fatti a proposito della proliferazione dei reparti clinici. Ovviamente c'è una causa in tutto questo: c'è la legge sulla docenza universitaria, che ha concesso concorsi riservati a ricercatori e associati e che ovviamente ha portato ad una proliferazione enorme dei vincitori, dato che le commissioni sono portate a largheggiare anche per il sovrapporsi di fatti umani in un paese dove si cerca di risolvere tutto con gli *ope legis*. La facoltà di medicina è stata, così, profondamente penalizzata, perchè, per la sua particolare struttura ed avendo l'esigenza dell'assistenza ai malati, presentava un numero di assistenti universitari con funzioni ospedaliere elevatissimo. Non so quali siano i numeri, ma credo che la facoltà di medicina abbia oltre la metà di tutti gli associati creati in questi ultimi anni ed il fenomeno assumerà maggiori proporzioni nei prossimi tempi.

Quindi vi è stato un difetto nella formulazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 sulla docenza universitaria. Per quello che poteva valere noi allora abbiamo protestato, perchè in realtà tutto questo, com'era prevedibile, ha creato grandissimo disagio, in quanto che gli associati vanno a cercare reparti negli ospedali. Bisognerebbe stabilire in modo definitivo ed una volta per sempre che un associato è soltanto un aiuto.

La legge, per la verità, lo prevede, ma vi è

stata una deroga a questa norma; adesso gli associati hanno messo in crisi le facoltà. Voi sapete che alcune ipotesi di riforma istituzionale prevedono la riduzione del numero dei parlamentari a metà, visto che, dicono alcuni, siamo troppi, esistono altre rappresentanze, vi sono le Regioni, eccetera; invece, dobbiamo vedere il consiglio della facoltà di medicina di Roma, che è composto da 650 membri, un numero superiore a quello della Camera dei deputati.

**BERETTA ANGUISSOLA.** Sono 650 in attesa che vengano i 120 rappresentanti dei ricercatori!

**CONDORELLI.** Tutto questo era già stato previsto, ma nessuno lo ha preso in considerazione; ora ne viene la necessità, proprio perchè la legge è stata fatta in questo modo, di creare 15.000 professori ordinari, ed è chiaro che una larga parte di questa cifra sarà rappresentata da professori della facoltà di medicina i quali vorranno quanto è necessario per svolgere un'adeguata attività scientifica. Ora, stiamo vivendo il dramma di questi docenti che non si adattano facilmente ad una visione moderna della vita universitaria. Io vedo che ciascuno tende a fare della sua piccola parte un vero e proprio istituto con duplicazione di mezzi, di personale e con tutti gli orpelli e le insegne dei vecchi professori universitari. Tutto questo porta ad uno spreco enorme. Indubbiamente vi è bisogno di una migliore organizzazione. Ultimamente ho visto il piano di sviluppo della facoltà di medicina dell'Università di Napoli; si sono chieste alla Regione cose incredibili, reparti e controreparti, repartini e sottorepartini, cose che hanno dell'inverosimile! L'autonomia universitaria è una cosa meravigliosa, quando però è gestita nel modo migliore, altrimenti degenera in arbitrio. A questo proposito sostengo da tempo che il consiglio di amministrazione delle Università, così come oggi è composto, non è in grado di gestire i problemi delle facoltà di medicina. Un consiglio di amministrazione che deve provvedere ai problemi della facoltà di ingegneria, di legge, di agraria, e alle cose più varie è anacronistico; questo organo

è in gran parte superato ed è necessario un sistema di gestione delle facoltà di medicina completamente differente. Esiste anche la necessità di un rapporto di collaborazione fra Università ed ospedali. Diceva poc'anzi il senatore Ranalli: ma i professori universitari sono in condizione di poter insegnare alla enorme massa di studenti che frequenta le facoltà di medicina? Se le cose rimangono come sono adesso, la qualità è ancora buona, ma se continuiamo a reclutare docenti con la logica dell'*ope legis*, caro senatore Ranalli, la mia risposta è no. Seguendo questa logica sono stati guastati gli ospedali. Non possiamo fare di tutti i primari ospedalieri un solo fascio. Ci sono primari ottimi e primari che non sono tali, perchè non hanno mai partecipato ad un vero concorso. Io non sono un giurista e forse quello che dirò vi farà sorridere, ma c'è un articolo della Costituzione in base al quale lo Stato ha l'obbligo di tutelare la salute dei cittadini: ora quando, violando il principio del concorso, si sceglie il personale sanitario con la logica dell'*ope legis*, non rispettiamo quest'articolo della Costituzione e facciamo un danno alla popolazione tutta. Quindi dobbiamo stare molto attenti a compiere simili atti e non dobbiamo trasferire nelle Università il meccanismo perverso attuato negli ospedali.

Io ritengo che un impegno dell'ospedale nell'insegnamento universitario sia molto importante, così come riterrei utile cercare di modificare le funzioni dei docenti universitari, nel senso che con l'andare del tempo i professori ordinari dovrebbero sempre di più impegnarsi sull'insegnamento post-universitario, (che gli americani chiamano *post-graduate medical school*) mentre i professori associati e i professori a contratto dovrebbero svolgere l'insegnamento clinico agli studenti universitari. Sono problemi difficili, che però bisogna risolvere con la volontà, indipendentemente da qualsiasi considerazione politica, ma soltanto con la finalità di ottenere il meglio nell'interesse della scuola e della sanità.

**CALÌ.** Il professor Beretta Anguissola ha giustamente sottolineato l'esigenza del numero programmato per le facoltà di medici-

na e credo che su questo punto siamo tutti perfettamente d'accordo, perchè il numero eccessivo di studenti è forse la causa principale delle deficienze, delle carenze o della crisi della medicina. Però esistono numerosi altri problemi ai quali, ne sono sicuro, il professore non ha fatto cenno soltanto per brevità. Mi riferisco, per esempio, alla carenza o, quello che è peggio, alla scarsa utilizzazione delle strutture; alla revisione dei compiti didattici; alla opportunità di rivedere i criteri seguiti per la validità delle cosiddette verifiche, cioè in pratica al modo in cui oggi vengono eseguite le prove di esame. Certo, è una problematica estremamente complessa che non possiamo affrontare nei dettagli, per cui vorrei porre soltanto alcuni brevi quesiti.

Quale metodo innanzitutto lei, professor Beretta, ritiene il più valido per la selezione degli aspiranti all'iscrizione nella facoltà di medicina, e quando tale selezione va operata?

Durante il corso di laurea, a quali aspetti devono essere mirate le verifiche, e quali tipi di prove lei ritiene più idonee?

La terza domanda riprende una considerazione del senatore Ranalli; lei, professore, ritiene proponibile una verifica anche delle capacità didattiche dei docenti, cosa che del resto viene attuata anche in altri paesi, per esempio negli Stati Uniti ove si pongono dei *tests* agli studenti che esprimono un giudizio appunto sulla attività dei docenti?

Ritiene, inoltre, che possano essere modificati gli attuali insegnamenti? In particolare è ipotizzabile l'eliminazione o quanto meno la riduzione del numero di alcune discipline specialistiche (per lo meno la revisione dei programmi), tenuto conto che molte di queste sono oggetto di studio da parte delle scuole di specializzazione?

CAMPUS. Nella sua lucidissima esposizione, il professor Beretta Anguissola ha descritto la situazione di crisi della medicina italiana. Mi auguro che essa sia semplicemente una crisi di crescita, ma temo che sia invece una crisi di involuzione. Comunque condivido pienamente con il professor Beretta l'identità degli indicatori di crisi.

Molte delle domande che avrei voluto por-

re agli intervenuti sono già state poste dai miei colleghi; io però vorrei soffermarmi in particolare su quanto detto dalla senatrice Rossanda (opinione condivisa anche dal sottosegretario Romei), sul fatto che il Consiglio superiore di sanità sia in un certo senso tenuto al di fuori da alcuni problemi che pure avrebbe competenza ad affrontare (come quelli relativi alle leggi n. 833 e n. 180 del 1978). Soprattutto, però, voglio richiamare l'attenzione sul fatto che sia data così scarsa pubblicità agli atti, alle decisioni e all'attività del Consiglio superiore di sanità. Mi associo anche io all'invito della senatrice Rossanda affinché il Governo renda pubblici (o almeno ne informi le Commissioni sanità del Senato e della Camera) i fatti che lì accadono, perchè credo (e mi corregga il professor Beretta se sbaglio) che gli atti del Consiglio siano fermi al Ministero della sanità. Quindi è compito specifico di questo Ministero dare diffusione a questi atti. Vorrei invitare il Governo ad agire subito in questo senso.

Ripeto questo invito al Governo anche perchè, da quello che ho potuto recepire su questo argomento già quando ero clinico medico, il Consiglio superiore di sanità si sta occupando in questo momento di fatti che interessano molto da vicino noi legislatori, come ad esempio l'elaborazione di alcuni protocolli diagnostici. A tutti gli addetti ai lavori risulta chiaro che il protocollo diagnostico costituisce sicuramente un metodo semplice, che non coarta la libertà del medico, per contenere la spesa. Infatti tutti sappiamo che un'enorme quantità degli esami che vengono richiesti è inutile, se non pericolosa. Se una commissione di esperti stabilisse, almeno a titolo indicativo, quali sono i criteri diagnostici da seguire per arrivare alla diagnosi di una determinata malattia, eliminando tutta una serie di esami che — lo ripeto — sono o inutili o dannosi, si porterebbe un notevole contributo, tra l'altro di facile attuazione, alla riduzione di quegli sprechi che rendono meno disponibili risorse per altre attività sanitarie che sarebbero invece utilissime e che al momento attuale sono purtroppo penalizzate. Sapere che cosa fa in proposito il Consiglio superiore di sanità sarebbe

molto utile per noi, soprattutto al fine di prendere delle decisioni da trasferire in atti legislativi.

Per quanto riguarda la convenzione tra Università ed USL *ex* articolo 39, voglio riaffermare che si tratta di un grosso problema. Altri senatori prima di me hanno sottolineato la difficoltà di conciliare le varie esigenze didattiche. In particolare, il senatore Condorelli ha sottolineato che non tanto di necessità didattica si tratta, quanto della necessità di trovare gli strumenti per occupare questa miriade di insegnanti che, non per colpa di ciò che si è fatto in questa legislatura, si trova nella facoltà di medicina. Posso in proposito citare quanto si stava cercando di fare e si è fatto in Veneto e in Sardegna con un accordo tra Università da una parte e Regione dall'altra, in maniera tale che la facoltà di medicina nel suo ambito era libera di programmare quello che voleva per l'insegnamento, restando stabilito che per quanto riguardava la creazione di divisioni o sezioni, ci si doveva adeguare a quanto era previsto nel piano sanitario regionale. Un compromesso di questo genere si potrebbe cercare di renderlo valido sul piano nazionale, ma vanno considerate varie esigenze didattiche che non competono alle Regioni. Indubbiamente c'è una dicotomia tra Ministero della sanità e i vari Assessorati delle singole Regioni da una parte, ed il Ministero della pubblica istruzione e i singoli Assessorati dall'altra, dicotomia che va risolta riprendendo in esame o l'articolo 39 della legge di riforma o le modalità di applicazione di questo stesso articolo, dando anche direttive più chiare.

Infine voglio dire che è senz'altro vero che la crisi della medicina conosce tante cause; io però sono d'accordo con il professor Beretta Anguissola sul fatto che una delle prime cause sta nel fatto che vi è un enorme numero di studenti, cosa che non si verifica in nessun'altra nazione della CEE. Soltanto in Belgio vi era una situazione analoga, ma ora è stata modificata; in ogni caso vi è un esame di ammissione alla facoltà di medicina talmente difficile che il numero chiuso è praticamente operante, anche se non sanzionato in termini di legge. Su questo argomen-

to richiamo l'attenzione dei colleghi perchè penso che sia veramente la prima misura da prendere; altrimenti, la carenza di qualità nell'assistenza non potrà far altro che peggiorare. Non si tratta soltanto di una questione di disoccupazione dei giovani medici (che pure è un problema estremamente grave); si tratta del fatto che tutto il sistema assistenziale italiano risente di questo fatto in maniera negativa, perchè non esistono le strutture adeguate per preparare un medico ogni 250 abitanti!

Invito quindi il Governo, la Commissione sanità e tutti i colleghi che hanno a cuore la situazione sanitaria italiana, a prendere in considerazione nel più breve tempo possibile, valendosi anche del parere del Consiglio superiore di sanità e di altri organi consultivi, questo problema estremamente grave. Ho paura che se perderemo tempo per decidere quando sarà più opportuno fare il numero chiuso (se dopo il primo anno di avviamento o nell'esame di ammissione) ovvero sul come farlo (con quiz o tenendo conto del voto dell'esame di maturità), ci occuperemo sì di cose importanti, ma senz'altro secondarie rispetto all'obiettivo urgentissimo di limitare l'accesso alla facoltà di medicina ad un numero utile per le necessità del paese.

**MONACO.** Il Consiglio superiore di sanità è un organo consultivo altamente qualificato ed il suo presidente all'inizio di questa seduta ha notato che per molti fatti ed in molte occasioni esso non è stato consultato. La mia domanda è pertanto semplice: non può il Consiglio superiore di sanità, in rapporto alla sua qualificazione, nel suo complesso e nei suoi singoli componenti, prendere l'iniziativa, magari in via informale, per essere consultato?

**PRESIDENTE.** Signori colleghi, consentitemi, prima di cedere la parola per la replica ai nostri ospiti, di fare qualche domanda.

Condividendo molte delle domande già formulate dai senatori, vorrei sottolineare come non credo si ponga in discussione il mantenimento in vita di un organo così importante e dalle tradizioni ormai collaudate come il Consiglio superiore di sanità, quanto il pro-

blema di coordinare meglio la sua funzione: da un lato nei confronti del Consiglio sanitario nazionale e dall'altro in rapporto all'Istituto superiore di sanità. Forse, infatti, abbiamo sentito da voi valutare meglio il rapporto con il Consiglio sanitario nazionale e meno quello con l'Istituto superiore di sanità e questo è uno dei punti critici già emersi in una delle domande precedenti, ma che potrebbe essere sviluppato nella replica in maniera più chiara.

All'Istituto superiore di sanità, infatti, non spettano soltanto compiti di verifica tecnica ma anche di ricerca scientifica e di consulenza al Ministro. Certo, se si verificherà, come è probabile considerando l'andamento delle cose e anche la volontà espressa dal Governo in altre occasioni, una ristrutturazione del Ministero della sanità su basi molto diverse rispetto alle attuali, è chiaro che questo problema si proporrà una seconda volta.

Detto ciò, vorrei entrare nelle tematiche più specifiche sviluppate dagli interventi dei vari consiglieri riguardanti la formazione medica specialistica da un lato e la formazione del personale non medico dall'altro. Direi che il vostro apporto, che diventa un apporto di consulenza alla Commissione sia pure non espressamente previsto su questo argomento, è estremamente utile. Sebbene infatti questa Commissione non abbia un compito primario, rispetto alla Commissione pubblica istruzione, di promuovere una legge su questo argomento (per lo meno per quanto riguarda la formazione di tipo universitario), è certo che essa non ha perduto occasione di sollecitare con il dibattito e con una valutazione, anche nel suo seno, con proposte, con ordini del giorno e con tutte le modalità consentite dal Regolamento parlamentare, la più ampia ed urgente riflessione di merito su questi problemi.

Mi fa molto piacere che sia presente oggi in questa Commissione il senatore Campus che, appartenendo anche alla Commissione pubblica istruzione, può fungere da legame diretto fra le due Commissioni.

Credo che si possa ormai, allo stato in cui è arrivata la discussione nel paese e tra le forze politiche su questi problemi, dichiarare che su alcuni punti vi è una certa concordan-

za. Innanzitutto, sul fatto che vada programmato il numero non solamente degli infermieri ma, come già avviene, dei tecnici diplomati, dei medici specialisti, e degli iscritti al corso di odontoiatria. Anche per gli studenti del corso di laurea in medicina e chirurgia, questo va previsto e ciò al fine di un ridimensionamento della quantità rispetto al fabbisogno.

Il secondo punto riguarda il fatto che vi è necessità di rivedere il *curriculum* degli istituti formativi cioè i contenuti dell'insegnamento e quindi della formazione di base. Mi pare infatti che il consenso generale che vi è ormai su questo punto inciderà sulla «qualità» del futuro medico.

Il terzo punto riguarda la necessità di modificare anche le modalità didattiche e qualche indicazione in questo senso è stata affacciata stamattina dal senatore Calì. Credo che vi sia la consapevolezza che ciò si possa e si debba fare. È un altro punto acquisito; ma rimane il problema del coordinamento tra le istituzioni formative (universitarie, ospedaliere, territoriali, eccetera), che rappresenta il quarto aspetto del problema, e su questo l'accordo è più difficile.

La domanda che debbo rivolgere agli ospiti per avere il loro parere è dunque questa: la dinamica dello sviluppo delle due istituzioni, Università da un lato e Servizio sanitario nazionale dall'altro, secondo voi può essere messa a pari velocità, cioè coordinata (esattamente come due treni che viaggiano su binari paralleli mantenendo la stessa velocità), attraverso rispettivamente i piani sanitari triennali e i piani universitari (che potrebbero essere riportati alla triennialità e non alla quadriennialità)? È sufficiente questo meccanismo, arricchito dal consenso che deriverebbe da un'eventuale conferenza generale. prima di proporre i piani, alla quale partecipino le Regioni, il Governo, le associazioni universitarie, eccetera? Oppure ritenete che sia necessario un organo stabile di coordinamento, come avviene, ad esempio, per l'educazione medica in Gran Bretagna, organo che ha assunto in sé tutte le caratteristiche riguardanti la formazione del personale?

È chiaro che vi sono molte implicazioni di ordine politico e strutturale nell'una e nel-

l'altra ipotesi. A mio parere, è sufficiente il coordinamento dei piani e nell'ambito della triennalità di sviluppo. In tal modo, rimarrebbe meglio confermata l'autonomia costituzionalmente sancita delle due istituzioni; d'altra parte, si tratta pur sempre di un coordinamento di pianificazione che va confrontato con la necessità che l'accordo sia reale e fattivo, non dico quotidiano, ma per lo meno più specifico sulle varie questioni, ed a questo non servirebbe molto un organo stabile centrale.

Arrivato a questo punto, vorrei stabilire il perchè, pur esistendo già il decreto ministeriale del 9 novembre 1982 di approvazione degli schemi-tipo di convenzione, non sia stato ancora messo in atto quanto era previsto esplicitamente dovesse avvenire entro sei mesi, e cioè la riunione del comitato paritetico tra Università e Regioni allo stesso tavolo per stabilire le modalità di convenzione. Vorrei capire se vi è stata una volontà di non applicare — già da circa un anno e mezzo — questo disposto ministeriale, che è norma vigente dello Stato. Ciò va sottolineato per evidenziare le responsabilità di ciascuno; del Governo per primo, che forse non ha avuto la forza di richiamare a questo obbligo, delle Università, se l'iniziativa di non riunirsi è stata prodotta da una mancata volontà di queste e, infine, delle Regioni, se la mancata volontà è stata di matrice regionale. Evidentemente questo fatto va sottolineato come uno dei disservizi voluti perchè lo stereotipo esiste; si potrà discutere la sua completa efficienza ma nulla impediva che si cominciasse a lavorare allo stesso tavolo per verificare le possibilità di applicazione.

ROSSANDA. E se si fossero sbagliati?

PRESIDENTE. Lo sbaglio non obbliga a violare la legge, anzi impone che questa venga provata per essere modificata. Questa comunque è la sottolineatura politica che voglio dare al mio discorso.

Per quanto riguarda il problema della formazione infermieristica e non medica, il dibattito — ed è la domanda che rivolgo al professor Guzzanti — è fortemente connesso non solo con la riforma dell'insegnamento

medico della facoltà di medicina e riguardante i compiti di quest'ultima ma soprattutto con la riforma della scuola secondaria superiore. Devo avvertire che in parallelo a questa riunione si sta svolgendo alla Camera un dibattito su un disegno di legge di iniziativa parlamentare per la formazione professionale degli infermieri che contiene una proposta che attribuisce il livello di diploma universitario alla formazione infermieristica. Ora, bisogna ragionare anche in termini di coordinamento fra le due camere e con il Governo per stabilire se la formazione infermieristica debba richiedere, come titolo di base per poter accedere alle scuole, già il diploma di scuola media superiore, per cui ci troveremmo di fronte ad un diploma universitario, oppure se vi è la possibilità di utilizzare una cosiddetta «uscita laterale» od il previsto canale biologico-sanitario che potrebbe portare, dopo i primi due anni «comuni» di scuola media secondaria superiore, alla formazione specifica per un diploma infermieristico (associato a tirocinio pratico conseguibile con un anno ulteriore di lavoro, dopo il diploma di scuola media secondaria superiore); tutto ciò, senza arrivare ad un diploma universitario che si acquisirebbe solo dopo aver raggiunto il traguardo del suddetto diploma di scuola media secondaria superiore e con ulteriore studio di almeno due anni.

Mi preoccupa un diploma di scuola secondaria superiore e infermieristico contemporaneamente conseguito, senza la sufficiente pratica di tirocinio.

Oltre tutto, questo va contro la normativa europea. Si tratta di un nodo che va chiarito e, utilizzando la vostra presenza e la vostra esperienza, vorrei porre anche questo problema sul tappeto.

Circa l'altra questione sollevata, e cioè dell'idoneità del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 a rappresentare le esigenze dell'Università senza ledere le esigenze regionali di programmazione e di spesa, e sul punto sono venute sotto certi aspetti valutazioni critiche da parte del senatore Condorelli, va detto che la norma c'è. Che ci siano tendenze a rimuoverla, a superarla, è normale: avviene in tutti i settori della socie-



tà e non c'è più infatti la certezza del diritto se non per tempi estremamente brevi, cosicché tutto il diritto è dinamico. Sta però di fatto che l'articolo 102 di tale decreto, se non vado errato, afferma la qualifica e la funzione di aiuto del professore associato: nulla di più! A mio avviso, anche questo problema è da porre in riferimento con la mancata applicazione tempestiva dello schema di convenzione, che suscita speranze ed alimenta nel tempo pressioni.

A chi giova mantenere aperta tutta questa situazione di indeterminazione e di indecisione? Io vedrei l'interesse politico di tutte e due le istituzioni — Università da un lato e Regione dall'altro — di mettersi a tavolino e fissare, tenendo conto anche del citato articolo 102, quali sono gli estremi del gioco, per evitare proprio che si vada avanti in un continuo smottamento di posizioni che non fa altro che confondere le idee, dando poi luogo ad una serie di richieste e di appetiti sempre crescenti. Questo mi sembra che vada sottolineato e vorrei, se possibile, che nella replica venisse esplicitato il vostro pensiero in maniera più esatta anche perchè (voi lo sapete certamente) quanto viene detto nel corso di questa indagine conoscitiva è registrato sotto forma di resoconto stenografico, e costituisce materiale che la Commissione acquisisce e del quale può eventualmente trasmettere copia anche alle Commissioni di merito per ulteriori valutazioni, per aprire un dibattito più ampio.

Circa poi la proposta di una maggiore pubblicità degli atti nelle riunioni del Consiglio superiore di sanità, essa mi sembra estremamente opportuna e credo che questa Commissione possa impegnarsi nel senso di sollecitare il Governo a fornire i mezzi e a predisporre le normative necessarie affinché quella che è ritenuta un'attività di consulenza del Ministro diventi un'attività pubblica di consulenza al Ministero, sia pure su richiesta (questo poi lo decideremo in sede di riordinamento del Ministero della sanità), che si svolga in modo pubblico, esattamente come avviene per gli atti del Consiglio sanitario nazionale. Si potrebbe trattare, al limite, di un «Bollettino» in due parti che contenga gli atti dell'uno e dell'altro Consiglio.

Le modalità sul piano tecnico comunque, verranno stabilite, e non spetta a me fornire indicazioni: ma l'importante è che si raggiunga una visione unitaria dell'attività svolta dai due organi.

*GUZZANTI.* Nelle domande che sono state poste, tutte estremamente interessanti, mi sembra che sia stato, sia pure in varia maniera, richiesto un chiarimento sul problema del personale, che è poi strettamente connesso — lo ribadisco — con la funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

In proposito vorrei fare una dichiarazione. Mi occupo da molti anni direttamente, anche attraverso l'attività scientifica e culturale, di problemi dell'organizzazione. Sono convintissimo che il Servizio sanitario nazionale non sia semplicemente un fatto di grande valore etico, civile e sociale, ma un'esigenza che viene posta oggi dalle nuove condizioni di sviluppo della medicina e dal fatto che in tutto il mondo esiste ormai questa tremenda divaricazione fra le maggiori esigenze che si registrano e i mezzi relativamente inferiori alle possibilità. Credo che solo in un Servizio sanitario nazionale veramente attivo si possa trovare in qualche modo una compatibilità a tale divaricazione, ragion per cui ce la dobbiamo mettere tutta perchè le cose vadano nella direzione giusta.

Un settore molto importante al riguardo è quello del personale medico e non medico e, in qualche modo legato ad esso, il concetto di attività dei presidi e servizi di ospedali che ne formano la parte più consistente.

Il senatore Botti domanda come capovolgere la piramide rovesciata italiana dell'assistenza. Io credo che nelle immediate prospettive ciò non sia probabile, per il fatto che il numero chiuso, o programmato, esiste per le scuole paramediche e non per la facoltà di medicina. D'altra parte, tutti ci siamo dovuti porre dei limiti, perchè pensare di poter ammettere chiunque formandolo bene è smentito dai fatti. Per esempio, nelle scuole infermieristiche, constatato che oltre un certo numero di iscritti non si è più in grado di insegnare bene, si è predisposta una politica di programmazione e il frutto di questa politica è stato che oggi la formazione infer-

mieristica — non esito a dirlo — è molto più adeguata alle moderne esigenze che non quella dei medici. Nell'ambito delle scuole infermieristiche, e in genere del personale paramedico, abbiamo introdotto concetti, modi di ragionare e di operare che nell'ambito delle scuole mediche siamo ancora molto lontani dall'aver realizzato.

È stata anche sottolineata l'esigenza di riequilibrare Nord, Centro e Sud. Anche questo è abbastanza lontano dall'essere realizzato, perchè il dato medio di infermieri diplomati nel 1981 per 100.000 abitanti è stato pari a venti; però la cifra era pari a ventitre per il Nord, ventidue per il Centro e sedici per il Mezzogiorno e le Isole. Inoltre si ha l'impressione, per il maggior numero percentuale di maschi che si presenta nelle scuole del Sud, che non di specifica tendenza — se non la volete chiamare vocazione — si tratti, ma piuttosto di una forma surrettizia di trovare un campo d'impiego: ciò non sempre nell'ambito della sanità rappresenta la garanzia di un corretto svolgimento delle funzioni affidate, anche se poi ci si mette la migliore buona volontà.

La senatrice Rossanda ha chiesto se è possibile allegare agli atti documenti relativi agli organici: la risposta è certamente affermativa. Io ho portato i dati riferiti al personale infermieristico per quello che riguarda i servizi ospedalieri, e il motivo è che si tratta di un estratto dei documenti della commissione Stefanini e Puddu, che è riferita a servizi fondamentalmente ospedalieri e di alta qualificazione. Sono però pronto ad inviare al Presidente della Commissione, se necessario, altri dati riferiti ai servizi di base e all'assistenza domiciliare, così come preparati in quella pubblicazione sugli anziani realizzata dai miei collaboratori e da me che, credo, il senatore Ranalli conosca per avergliene inviata copia.

La senatrice Colombo Svevo ha posto problemi importantissimi che in qualche modo portano ad aprire una serie di questioni circa il personale non medico di assistenza.

In primo luogo lei, senatrice, mi ha chiesto perchè propongo in fondo una modifica parziale, quando la legge-quadro dovrebbe risolvere il problema. La risposta è che purtroppo,

come uomo abituato a stare in ospedale e a viverci giorno per giorno, alla legge-quadro non ci credo più, talmente tanti sono gli anni che ne sentiamo parlare. Fra l'altro noi del Consiglio superiore di sanità ne sentiamo parlare dagli altri perchè nessuno ce l'ha mai presentata, altrimenti le domande importantissime da lei poste avrebbero trovato risposta, in qualche modo, nelle nostre riflessioni e proposizioni.

Per esempio la senatrice Rossanda ha chiesto — e la sua domanda si riallaccia a quella posta dal senatore e amico Bompiani — a quale livello di studi debba collocarsi la professione d'infermiere: laurea, diploma parauniversitario, o come è adesso? Il punto necessita di un chiarimento: la tendenza, infatti, a portare la formazione degli infermieri a livello universitario e parauniversitario ha un significato solamente per quella parte dei quadri infermieristici che si debbono occupare dell'amministrazione e della direzione dei relativi servizi.

Il diploma o la laurea, che esistono in molti paesi, sono, infatti, limitati a quel nucleo modesto di persone destinate ad essere i dirigenti e gli organizzatori dei servizi infermieristici. Se pensiamo poi che abbiamo abolito la figura dell'infermiere generico mentre in tutto il mondo esistono due o tre livelli di qualificazione infermieristica (dalla vicina Francia, ai paesi anglosassoni non esiste alcuna nazione che abbia un'unica figura infermieristica), nel momento in cui il livello culturale arrivasse fino alla laurea o quasi, il problema della esecuzione dei servizi più umili, ma essenziali, diventerebbe irrisolvibile. Arrivati a questo punto, la reale «assistenza alla persona» chi la dovrebbe assicurare? Si dovrebbe reinventare allora, sia pure con una denominazione e preparazione diverse, la figura dell'infermiere generico. Ritengo, quindi, opportuno il seguire la strada del diploma parauniversitario per quanto riguarda i quadri infermieristici, per l'insegnamento del *nursing* e della sua amministrazione. Il resto dell'organizzazione deve essere impostata per quello che è sempre stata, sulla base di un *curriculum* moderno. A questo proposito, la senatrice Colombo Svevo chiedeva se ci deve essere un modo di

operare «verso la persona» diverso da uno più «tecnico»: non farei questa distinzione. Riguardo la formazione dei medici, in un convegno all'estero, si è parlato alquanto paradossalmente di due figure di medico moderno, il medico-prete ed il medico-ingegnere, intendendo dire che c'è bisogno del medico di famiglia, come persona che viene incontro in primo luogo ai problemi dell'uomo e poi alle sue malattie, e del medico inserito nella struttura tecnologica dei servizi specializzati. Guai, a mio avviso, se l'uno e l'altro non avessero, oltre a queste qualità, anche il cuore. Ed ancora meno farei questa distinzione nel campo infermieristico, per i motivi che lei stessa, senatrice, ha sottolineato, come la non flessibilità di impiego di personale che fosse indirizzato univocamente.

Questo ci spinge a considerare la questione del rapporto tra personale e servizi ospedalieri. Mi permetto di introdurre un elemento che mi sta particolarmente a cuore e sul quale vi allego un documento. Nel Piano sanitario nazionale viene reiteratamente asserito che il numero dei posti-letto per abitanti è fissato in 6 per 1.000. A domanda, nessuno mi ha saputo rispondere di quale tipo di posti-letto si parla, dato che in nessun paese del mondo esiste un rapporto del genere. Il paese più «povero» di posti-letto sono gli Stati Uniti che ne hanno 7,5 per 1.000, ma che hanno aumentato contestualmente il numero di posti-letto per anziani a 6,5 e quindi ne hanno un totale di 14 per 1.000. Altro paese estremamente «povero» — tale si autodefinisce — è il Regno Unito che ha quasi 9 letti per 1.000 abitanti.

Allora, questo nostro dato quale provenienza ha? Probabilmente è l'extrapolazione parziale, dal decreto Mariotti sugli «obiettivi e criteri per la formulazione del Piano nazionale ospedaliero transitorio» del 1969 che prevedeva più di 12 letti per 1.000 abitanti nel totale, di cui 5-6 destinati agli «acuti».

Allora occorre chiarire se, per caso, si sta parlando di due distinte reti ospedaliere. In questo caso, per la rete destinata ai malati acuti, 6 posti-letto sono decisamente troppi, anche in relazione alla esigenza di riequilibrare la «piramide» con organici adeguati.

L'altra rete ospedaliera dovrebbe occuparsi di quelle che nell'articolo 30 della legge finanziaria per il 1984, sia pure con qualche ambiguità, sono definite «le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali». È da ritenere, infatti, che i provvedimenti riguardino i disabili ed i lungodegenti soprattutto anziani, bisognevoli di assistenza e riabilitazione, spesso in regime di ricovero.

È opportuno allora, che si apra un dibattito tecnico serio su questo indice, posti-letto/popolazione, perchè esso è l'elemento fondamentale attorno al quale ruotano le esigenze qualitative e quantitative di personale, i livelli di organizzazione e tutto quello che, all'interno di questa organizzazione, deve essere previsto.

Permettetemi una piccola divagazione circa la interna organizzazione degli ospedali, anche con riguardo ai rapporti con l'Università. Rispetto a questi problemi, abbiamo avuto qualche esperienza nell'ambito dell'organizzazione del Policlinico di Roma, sempre con il senatore Ranalli. Credo che se insistiamo con il concetto delle divisioni e delle sezioni e con il numero di letti stabilito dalle leggi precedenti, non riusciremo mai ad ovviare al problema dell'incredibile numero di posti-letto non occupati di cui prima parlava il senatore Melotto. Questo obiettivo si può raggiungere con un po' di realismo.

Dovete tenere presente che nel 1984 stanno venendo a scadenza le «cambiali» del 1964: mi riferisco alla legge n. 336 sulla «stabilità di carriera degli aiuti e degli assistenti». Questa legge ha avuto alcuni meriti indiscutibili, quale quello di formare, per i servizi di guardia e di emergenza, cioè il punto più delicato dei nostri ospedali, un corpo di professionisti seri e capaci. Se nel corso di questi anni difficili, spesso «di piombo», le cose nei nostri ospedali sono state fatte al meglio è perchè le urgenze sono state affidate a chirurghi con anni di esperienza. In molti ospedali stranieri, che noi ammiriamo, di guardia ci sono dei giovani in formazione ed anche questo è da ricordare quando parliamo male di tutto ciò che avviene in Italia. Siamo portati ad evidenziare determinati episodi, magari non casuali, ma certamente

non generalizzabili, come la normalità dell'attività italiana e ciò non è vero. Le punte esasperate delle grandi aree metropolitane hanno in loro una condizione che nasce da tante cause, non tutte interne all'ospedale.

Ma, per tornare al problema dell'interna strutturazione degli ospedali, perchè non trovare soluzioni diverse rispetto alla rigidità, soprattutto numerica, contenuta nelle leggi ospedaliere del 1968-1969?

La mia proposta in Consiglio superiore di sanità, a proposito di alcuni settori — per esempio il diabete —, è partita dalla considerazione che la legge n. 132 del 1968 parlava dei «servizi speciali di diagnosi e cura» che, o non hanno posti-letto, oppure ne hanno un numero limitato, che comunque non supera i quindici. Questo è il concetto con il quale sono stati creati i primariati dei centri di rianimazione. Per quale motivo non dovremmo concepire anche questa nuova identità dei servizi ospedalieri, che permetterebbe in primo luogo di far fronte alle «cambiali» del 1964? Infatti, non ha più alcun senso oggi pensare alla figura del professionista capace, di una cinquantina d'anni, che continua a rimanere aiuto o assistente. Bisogna dare una organizzazione diversa, con il vantaggio di creare quella tensione morale alle carriere dei medici, senza la quale hanno ragione gli articoli usciti che definiscono *burnt out*, cioè bruciati, scaricati, molti medici del Servizio sanitario nazionale, soprattutto molti ospedalieri che, oltre alla disorganizzazione che li circonda, non vedono prospettive di miglioramento generale e personale. Credo che unità «leggere» specializzate, cioè i servizi speciali di diagnosi e cura, con una dotazione modesta come posti-letto ma consistente per attività ambulatoriale e di *day hospital*, permetterebbero di avere una rete ospedaliera per acuti inferiore ai 300.000 posti letto (circa 5×1.000 abitanti) con una serie di unità specializzate aperte anche alla comunità esterna per l'attività ambulatoriale e pre-ospedaliera. Accanto al numero ridotto di letti per acuti occorrerà però provvedere all'altra struttura, cioè a quella rete ospedaliera parallela, per i lungodegenti e per le persone che hanno bisogno di essere riabilitate, di cui prima si è detto.

Il rapporto con l'Università passa anche attraverso questi modelli, senza dover seguire l'esasperazione delle rivendicazioni e delle asserite, reciproche, inadempienze. Il Policlinico di Roma è un tipico esempio di ospedale universitario che, apparentemente, potrebbe sembrare lontano dal mondo ma non lo è, perchè ha il più grande pronto soccorso della città e perchè svolge un'attività ambulatoriale eccezionale e queste sono già due attività di «territorio» e non proprie di una «torre d'avorio». All'interno, con un buon rapporto tra Regione e Università, con le idee chiare e con gli indirizzi che voi senatori sicuramente saprete dare, credo che anche attraverso il riconoscimento dei servizi speciali di diagnosi e cura, si potrà arrivare alla razionalizzazione degli organici e dei servizi oggi soggetti agli effetti perversi della cosiddetta legge De Maria ed alle vicende che hanno avvelenato i rapporti Università-ospedale nel corso degli anni, e non solo a Roma.

ZANELLA. Comincio col rispondere ad una domanda che non mi è stata fatta ma che ritengo opportuno richiamare, riferendomi al problema degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che essendo apparentemente una cosa di poco conto, può diventare di grande conto e di estremo imbarazzo ove fosse ignorata nel corso di una revisione.

PRESIDENTE. Avremo altre occasioni di discutere questa materia; è comunque utile che ci dica qualcosa.

ZANELLA. Voglio solo richiamare quello che ho detto, dato che gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico hanno una configurazione ed una potenzialità positive, che presentano però aspetti negativi nell'assetto generale di un sistema sanitario che non devono essere sottovalutati. Sono istituzioni che hanno una rilevante importanza nel momento in cui sia ben identificata la loro funzione e nel momento in cui venga periodicamente verificata la loro caratteristica, senza indulgere a tendenze lassiste dovute alla distribuzione territoriale o ad altre cause. Sono quindi importanti, pur con queste riserve, e non possono essere lasciati ad ini-

ziative autonome, dovendo essere coordinati anche per ragioni di economia del sistema con gli altri settori con i quali vengono inevitabilmente a contatto.

Venendo ora al complesso delle domande che gli onorevoli senatori hanno voluto por-mi, mi pare che l'attenzione si sia accentrata sul problema del rapporto con l'Università e sull'articolo 39 della legge n. 833 del 1978. Cercherò di rispondere globalmente, partendo dallo strumento per arrivare al fine, cioè l'opinione sullo schema-tipo di convenzione e sull'attuazione dell'articolo 39, come ha ricordato il Presidente. Sono del parere che allo stato attuale l'articolo 39 e lo schema-tipo di convenzione siano, non il minore dei mali possibili, ma il migliore degli strumenti possibili. È questa probabilmente una delle ragioni per le quali non si è voluto affrontare il problema, perchè nel momento in cui fosse veramente coatta la verifica tra Università e Regioni, che non possono dimenticare che esiste questo schema di convenzione, emergerebbero delle difficoltà di accostamento di queste programmazioni; invece, fino a quando non si obbliga la commissione di esperti, che è prevista dalla legge, a sedere intorno ad un tavolo ed a fare quanto meno l'inventario della situazione, sarà soltanto possibile avere l'impressione che le cose non vanno. Bisogna invece verificare, perchè non è vero che la legge non abbia previsto ciò che è necessario a questo riguardo: la legge prevede che i piani sanitari regionali debbano tenere conto del parere dei piani di sviluppo dell'Università. Da un lato c'è già quindi la necessità di una verifica.

ROSSANDA. Ci sono i piani di sviluppo?

ZANELLA. Ci sono, ma non sono mai stati chiamati a questo momento di verifica. D'altra parte nello schema-tipo di convenzione è previsto che l'istituzione di divisioni, servizi e qualsiasi altra struttura che richiede una spesa, sia concertata tra i due organismi; ma fin quando non si costringano questi a dei momenti di verifica, si andrà ad un aggiustamento di alcune situazioni che non hanno però nessuna possibilità di essere verificate. Credo che, per questo stato di cose, meriti e

colpe vadano divisi equamente, perchè in tutte le situazioni c'è qualche condizione di lassismo, che personalmente condanno dato che ritengo produca un danno generale; nascono infatti quelle situazioni di ingovernabilità che rendono impossibile programmare la ricerca, l'insegnamento e — come ricordava il senatore Ranalli — rispondere ad una assistenza che è inscindibilmente legata (come recita anche la legge n. 833) alla ricerca ed alla didattica, ma che è anche un obbligo. Il problema dell'assistenza in regime convenzionale deve allora essere visto come un momento istituzionale e non come un momento accessorio, rispetto al quale il medico universitario ha il dovere di far fronte perchè la convenzione lo prevede, e ne risponde l'ente nell'atto stesso della firma della convenzione. Non è quindi vero che la legge non lo preveda, così come non è vero che lo schema-tipo non lo preveda, ma è vero solamente che per ragioni che vanno esplorate e denunciate si è lasciato correre e ritardato; se ci sarà qualcosa da correggere emergerà da questa verifica.

La stessa regione Veneto, dopo aver siglato un accordo — dato che la situazione in quella regione era abbastanza codificata da una storia quasi centenaria —, si trova immediatamente spiazzata da un momento dinamico preso da una delle due parti senza consultare l'altra; non si può ignorare questo momento se si vuole arrivare alla definizione di queste situazioni di contrasto, perchè a monte ci sarebbe solo un'altra scelta che però è di tipo estremamente più politico che amministrativo. O l'Università affronta la sua necessità assistenziale adattando — ovviamente con un principio legislativo — il sistema del policlinico direttamente gestito, o si adatta alla situazione che la legge attualmente prevede, di una convenzione con le strutture del sistema sanitario nazionale, anche perchè altrimenti non si capirebbe dove trovare il bandolo della matassa per arrivare alla fine.

È vero che gli studenti di medicina sono troppi — mi richiamo per questo aspetto a quanto detto dal professor Guzzanti del quale condivido, oltre ad altre cose, soprattutto la parte finale dell'intervento — ma le iscrizioni

zioni alla facoltà di medicina non sono vertiginosamente aumentate per vocazione — questo deve essere ben chiaro — bensì ad un certo punto gli studi medici portavano i giovani dopo sei-sette anni di studi ad avere la più alta retribuzione immediata; inoltre, l'esame di Stato di abilitazione professionale è diventato una farsa che i laureati sostengono quindici giorni dopo il conseguimento della laurea, e non è più un esame di abilitazione professionale. È questo un punto sul quale bisogna esigere serietà e disciplina anche perchè posso consentire che ci siano degli amatori del settore biomedico che si laureano e fanno degli studi un oggetto di divertimento personale, ma non posso consentire che acceda ad un ordine professionale così delicato chi non ha una preparazione, che deve essere verificata (e sono d'accordo su questo punto) in ogni momento.

Gli interventi del senatore Condorelli e del senatore Campus sono stati utili, perchè se è vero che quello del numero degli iscritti alla facoltà di medicina (che vanno distinti da quelli che frequentano e che sono i veri studenti) è un problema che disturba, temo che le nostre strutture esplodano più per il numero dei docenti che per il numero dei discenti.

A questo non riusciamo a porre un freno, perchè c'è un dispositivo o una serie di dispositivi che aumentano le dimensioni delle nostre facoltà. A tutto questo l'Università non sarà in grado di far fronte se non troverà una linea di programmazione che abbia come obiettivo la qualità del prodotto e non la quantità; e se continuiamo ancora a sperare che nel nostro paese si riesca a determinare un numero programmato in funzione del fabbisogno, perdiamo del tempo. Per cui mi permetto di sottolineare ai senatori che hanno avuto la pazienza di ascoltarmi il mio punto di vista, che può sembrare paradossale ma non lo è. Ossia: si obblighino le facoltà di medicina ad esprimere il proprio potenziale didattico sulla base di una programmazione (qualche esempio già esiste), perchè questo potenziale non deve poggiare su strutture elastiche che fanno pagare al sistema sanitario e al paese tutte le fantasie che da queste possono derivare.

Le facoltà lascino una certa autonomia alla promozione scientifica, che è l'unica che deve restare libera, ma non aprano la strada ad una proliferazione di strutture in un certo senso inutili. Si obblighino inoltre le facoltà a limitare il proprio potenziale didattico e, sulla base di questo, a stabilire il numero delle iscrizioni. Il metodo da adottare sarà quello che si riterrà più opportuno, ma che ciò avvenga senza perdere tempo alla ricerca del modo migliore per operare.

La limitazione degli accessi si potrebbe attuare fin dal prossimo anno accademico, solo che per fare questo è necessario un certo coraggio politico.

Si può instaurare il numero chiuso sulla base di un tipo di programmazione che è già stata attuata per le scuole di specializzazione (tanti iscritti per quanti sono i letti); d'altronde non è stata chiesta nessun'altra forma di programmazione.

ROSSANDA. Sì, politicamente è stata chiesta un'altra forma di programmazione. C'è da dire, piuttosto, che il prodotto delle scuole di specializzazione si è adeguato al fabbisogno.

ZANELLA. Su questo mi permetto di dissentire, perchè in quel caso il problema non è il fabbisogno — anche se su questo punto le voci sono state molteplici —, è qualitativo più che quantitativo. E dell'esistenza di questo problema se ne rende conto soprattutto il paziente quando deve ricorrere al medico. Quindi se la qualità deve essere garantita, ci si deve rendere conto che è impossibile preparare migliaia di specialisti. D'altra parte si vuole anche evitare la formazione dei «multispecialisti», ossia di quei collezionatori di diplomi di scuole di specializzazione che non hanno certo come fine una maggiore qualificazione, ma hanno come obiettivo semplicemente quello di aumentare il punteggio al fine di eventuali concorsi.

Nel momento in cui la serietà degli studi, la obbligatorietà della frequenza e l'applicazione della legge che dà diritto allo studio venissero veramente attuate, sono convinto che con questo già si risponderebbe all'esigenza di un contenimento del numero degli

iscritti alla facoltà di medicina e di conseguenza si riuscirebbe anche ad eliminare la pletera delle scuole di specializzazione. Con questo si garantirebbero alla popolazione dei medici di un certo livello; inoltre, un corretto esame di ammissione all'ordine professionale permetterebbe l'iscrizione solo a chi è veramente in grado di fare il medico, ossia a chi sa riconoscere le malattie e a chi sa prescrivere le medicine, cosa questa che porterebbe, come conseguenza, ad una riduzione di quella spesa sanitaria che — mi sembra — gravi, soprattutto in questo momento, pesantemente sull'orizzonte del nostro paese.

L'Università ha gli strumenti per attuare tutto questo, però finora non sono stati utilizzati.

*MARLETTA.* Il Presidente, la senatrice Rosanda ed il senatore Campus hanno formulato tre domande alle quali cercherò di rispondere. La prima attiene al rapporto tra Direzioni generali e Consiglio superiore di sanità, la seconda al rapporto fra Istituto superiore di sanità e Consiglio superiore di sanità, la terza concerne la pubblicazione degli atti.

Per quanto riguarda la prima vi è da tener presente che tale rapporto è regolato sulla base delle competenze del Consiglio, fissate all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257. Il Consiglio prende in esame i problemi riguardanti la salute pubblica su richiesta del Ministro della sanità; buona parte dei provvedimenti adottati dalla Direzione generale convergono poi al Consiglio superiore, che rappresenta — come ha osservato l'Avvocato generale dello Stato, Manzani, componente del Consiglio superiore di sanità — «la mente tecnica» al servizio del Ministro; vi è da dire che i compiti del Consiglio vengono assunti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto concerne i rapporti fra Istituto superiore e Consiglio superiore di sanità, desidero sottolineare che il direttore generale dell'Istituto superiore di sanità, professor Pocchiari, è un componente del Consiglio e, con quest'ultimo, spesso vengono convocati numerosi altri funzionari dell'Istituto medesimo. Quindi i provvedimenti prima vengono istruiti da parte dell'Istituto superiore di

sanità, poi vengono trasmessi al Consiglio superiore.

Rispondendo alla terza domanda, quella relativa alla pubblicazione degli atti, devo dire che questa è regolata dalla normativa contenuta nel già ricordato decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257. Infatti l'ultimo comma dell'articolo 7 reca: «Le riunioni» del Consiglio superiore di sanità «non hanno carattere pubblico. Possono tuttavia pubblicarsi gli atti dell'assemblea generale concernenti materie di particolare interesse generale, su richiesta del Ministro per la sanità o del presidente del Consiglio superiore». Questi atti vengono stampati ed aggiornati, e possono essere richiesti dal Ministro o dal Presidente del Senato.

*BERETTA ANGUSSOLA.* Desidero ringraziare, innanzitutto, per le parole gentili, e in qualche caso troppo benevole, espresse nei miei confronti. Ringrazio inoltre i membri della Commissione, anche a nome del Consiglio superiore di sanità, per averci ascoltato. Questo costituisce certamente il sistema più idoneo per valutare quale apporto può dare il Consiglio superiore in ordine ai problemi più rilevanti in materia sanitaria.

Completaré questo mio intervento facendo pervenire al presidente Bompiani una memoria scritta sull'attività del Consiglio superiore.

Senza dilungarmi troppo, e con la speranza che nel mio tentativo di sintesi non tralasci di rispondere a qualcuna delle domande che mi sono state rivolte, vorrei riprendere alcuni degli argomenti che sono stati oggetto di questa discussione.

Quanto ho affermato nel mio precedente intervento può avere generato in voi l'impressione che esista un certo stato di conflitto tra il Consiglio sanitario nazionale ed il Consiglio superiore di sanità. Per la verità, all'inizio — come avviene in tutte le cose quando sono al loro inizio — vi è stata un po' di confusione. Infatti, in seno a questi due organismi inizialmente si era creata una situazione tale da far ritenere a qualcuno a che si potessero dare delle risposte senza avere consultato in precedenza i tecnici. Questi ultimi sono coloro che hanno il com-

pito di fornire i dati perchè altri prendano poi le decisioni. Con il passare del tempo si sono chiarite le situazioni, si sono smussati gli spigoli, e questo non in modo formale, ma attraverso un rapporto più personale che istituzionale. Inoltre, onde evitare ulteriori tensioni e sovrapposizioni, ho invitato il Ministro a disporre affinché due rappresentanti del Consiglio superiore prendessero parte alle sedute del Consiglio sanitario e viceversa.

Tutto questo in realtà non sarebbe, forse, necessario perchè alcuni membri sono componenti sia dell'uno che dell'altro Consiglio. Allora diventa molto saggio quanto è stato sottolineato e il Presidente ha ripreso, che cioè forse occorrerebbe formalizzare, istituzionalizzare questi rapporti, altrimenti diventano troppo a carattere personale. Comunque un bel passo avanti si è fatto e la distinzione appare ormai molto chiara. Noi, se interpellati, rilasciamo dei dati tecnici e questi possono essere trasmessi (sempre attraverso il Ministro, perchè è a lui che dobbiamo consegnare i deliberati) al Consiglio sanitario nazionale. Sarebbe bene dunque — secondo me — istituzionalizzare questi rapporti.

Secondo punto. Il Presidente ha giustamente sottolineato l'importanza, anche alla luce dell'articolo 59 della legge n. 833 che prevede la ristrutturazione del Ministero e del Consiglio superiore di sanità, dell'esigenza di chiarire bene — anche qui formalmente — i compiti di ciascuno, anche nei confronti dell'Istituto superiore di sanità. Penso sia molto più facile, per chiarire questi rapporti e queste differenze, partire da un esempio, altrimenti continuiamo a dire che l'Istituto superiore della sanità è più tecnico rispetto al Consiglio superiore di sanità.

Quanto detto dalla senatrice Rossanda circa i farmaci, ci può servire da esempio. La normativa stabilisce che per un farmaco vengano fatte delle ricerche di ordine tossicologico, farmacologico, oltre ad esperienze di vario genere: dalla chimica fino alla sperimentazione sull'animale. Tutta questa parte viene controllata per legge dall'Istituto superiore di sanità e soltanto dopo il suo parere comincia la sperimentazione sull'uomo.

Chi dà il giudizio su queste sperimentazioni avvenute sull'uomo (volontari e malati)? Non può certo darlo l'Istituto superiore della sanità che da noi — diversamente che negli Stati Uniti — non ha reparti clinici e non ha nemmeno una composizione analoga a quella del Consiglio superiore di sanità, che ha l'oculista, il pediatra, l'internista, il chirurgo, cioè coloro che sono in grado di valutare di volta in volta i dati dell'esperienza clinica, che ha fatto seguito all'esperienza precedente farmacologica o tossicologica.

Quindi i compiti sono abbastanza distinti. A noi viene quel che è stato istruito e portato avanti dall'Istituto superiore della sanità e il Consiglio superiore di sanità, che ha una quarta sezione che si occupa di questi esperimenti, dà il suo parere. Per esempio adesso, come avranno letto, viene al Consiglio superiore la questione delicata di alcuni farmaci assai noti che hanno dato luogo a delle riserve. Queste riserve vengono prese in considerazione dal Consiglio, dalla sua quarta sezione o, se sarà necessario, riunendo più sezioni. Le questioni come vengono a noi? Attraverso la Direzione generale per il servizio farmaceutico. Le Direzioni generali ci mandano sempre una grossa quantità di quesiti e la collaborazione è continua e intensa.

Mi pare che l'esempio dei farmaci stia ad indicare forse meglio di altri esempi questa differenziazione di compiti tra l'Istituto superiore della sanità, il Consiglio superiore di sanità e poi naturalmente il Ministero, che dà l'approvazione finale. Per gli altri problemi vedrei allora l'ulteriore tappa: quella decisionale a livello del Consiglio sanitario nazionale. Non so se sia facile: loro son pratici di legislazione, io non lo sono.

Se si potesse formalizzare tutto questo, si darebbe un avvio ancora migliore ai lavori.

Molti hanno chiesto chiarimenti, o per lo meno ne hanno lumeggiato alcuni aspetti, a proposito del famoso problema del «numero chiuso». Questo è un problema che si porta avanti da tantissimo tempo e vorrei confermare che ritengo questo problema essenziale in Italia. Tra tutti i paesi dell'Est e dell'Ovest, senza distinzioni di sorta, credo che si contino sulle dita di una mano quelli in cui



non c'è il «numero chiuso». Forse la Turchia, forse il Belgio, peraltro un pochino ridimensionato perchè a Bruxelles il 50 per cento di coloro che si presentano per seguire la facoltà di medicina viene bocciato.

Quindi direi che è importante questo aspetto non solo dal punto di vista quantitativo, come sottolinea la Federazione dell'ordine dei medici, che finisce per trasformare il problema in una questione di categoria, di difesa della corporazione che può «allergizzare» i politici. Il problema invece è quello della qualità.

Alla mia sola cattedra afferiscono 1.500 persone e, quando faccio gli esami di clinica medica, anche coloro che non vengono a lezione si presentano. Come possono sostenere degli esami di clinica medica nella stessa maniera in cui li sostenemmo io e voi altri, cioè con il malato, *condicio sine qua non?* Posso sottoporre i malati ricoverati in clinica alla palpazione o alla auscultazione di centinaia e centinaia di studenti?

Non è possibile rinunciare alla qualità dei medici, anche perchè questa è la motivazione, o meglio la giustificazione, che si adduce per la moltiplicazione dei docenti. In fondo siamo partiti di lì; poi adesso si è pronti a trovare qualche altra spiegazione. Il gran numero dei discenti, in confronto con il rapporto discenti-docenti degli altri paesi della CEE, ha portato a questa conseguenza. Se si voleva un po' ridimensionare l'incredibile rapporto esistente in Italia, bisognava aumentare il numero dei docenti, che poi era anche la cosa più facile, mentre la cosa più difficile (ma anche più efficiente) restava quella di adeguare le strutture. Però forse non sarebbe stato neanche conveniente, perchè insomma è tutto questo *iter* che è irrazionale. Non per nulla — ripeto — in tutti gli altri paesi del mondo non esiste nulla di simile.

Per quanto riguarda i farmaci, senatrice Rossanda, ho vagamente accennato; i nostri poteri, cioè la nostra consulenza, si verifica soltanto in un determinato momento del lungo *iter*, che è come un ricorso in appello, davanti alla quarta sezione, l'occasione per far intervenire il parere del Consiglio superiore di sanità. Tutti gli altri aspetti del

problema così complesso, lo si vede in questi giorni (per esempio relativamente al prontuario terapeutico, o alla registrazione stessa del farmaco) sono trattati da commissioni *ad hoc* del Ministero e non vengono da noi; soltanto quando c'è una contestazione, oppure qualche situazione molto delicata, come quella cui prima ho accennato, che coinvolge tanti interessi, allora la questione viene al Consiglio superiore, nella quarta sezione, dove viene trattata con assoluta indipendenza e indifferenza per qualsiasi interesse, che non sia quello clinico e scientifico.

Il senatore Ranalli aveva posto delle domande assai importanti sulla ridefinizione dei compiti del Consiglio superiore di sanità alla luce di quella riforma del Ministero che porterà ad avere una struttura più idonea al buon funzionamento della riforma sanitaria. Il senatore Ranalli ha ancora posto molte domande precise e dirette: come la pensano i clinici, a che livello siamo? Non vorrei difendere la categoria, del resto anche questa mattina ho detto tante verità che di solito questi benedetti clinici non dicono o tengono per sè. Come la pensano i clinici sulla situazione medica italiana: ebbene, dal punto di vista della capacità, della preparazione, della serietà, i clinici esprimono un giudizio assolutamente favorevole; specie per quanto riguarda la medicina clinica, che va dal medico di territorio in su, la prestazione è in genere adeguata, a parte singoli casi, ma diciamo pure che anche a livello — perchè la domanda si limitava a questo — dell'insegnamento della medicina clinica ci possiamo considerare pienamente soddisfatti, e questo lo vediamo perchè abbiamo un metro di misura frequentando i congressi internazionali, andando all'estero e muovendoci. Ho sempre sostenuto che la medicina europea, di cui noi facciamo parte integrante, è forse la miglior medicina del mondo, anche se, avendone i mezzi ed essendo enorme lo sviluppo tecnologico in certi paesi, diciamo pure gli Stati Uniti, in determinati settori si è progredito più che da noi. Ma, per fare un esempio pratico, io non manderei mai ad operare un cardiopatico negli Stati Uniti se non per alcune indicazioni particolarissime, situazioni veramente eccezionali, altrimenti

tutto può essere fatto in Europa, quasi tutto può essere fatto in Italia. Ma dov'è che noi ci differenziamo da questi altri paesi? Dal punto di vista dell'organizzazione. Già se ne è parlato molto, il professor Guzzanti ha parlato magnificamente bene di tutti questi aspetti: la piramide rovesciata, eccetera. È il lato organizzativo, senza fare addebiti a nessuno, che lascia molto a desiderare, per cui anche ottimi chirurghi, anche ottimi specialisti, ottimi medici non sono, o per lo meno non sembrano in grado di offrire quella prestazione che invece viene offerta con diversa organizzazione all'estero.

Ma c'è da dire che se oggi si può parlare ancora bene della capacità dei clinici italiani, si rischia tuttavia di andare incontro ad una progressiva dequalificazione se continuiamo a moltiplicare il numero dei docenti, perchè è chiaro che quando i docenti erano poche decine ci poteva essere anche una grande qualità, ma quando diventano centinaia... Non c'è dubbio, il numero va contro la qualità e in questo settore si ritorna al solito punto di partenza. Se non ci si avvia verso la riduzione del numero dei docenti in modo che non sia data la giustificazione all'aumento dei docenti senza aumento delle strutture, continueremo a soffrire di questa facoltà di medicina di cui così spesso ci lamentiamo. Qui casca opportuno — non dovrei dirlo io — dire che il legislatore deve al più presto provvedere ad approvare la riforma della facoltà di medicina. Su questo punto, a parte aspetti particolari che potranno trovare divergenti le opinioni, la riforma della facoltà di medicina, scorporata dalla riforma di tutta l'Università, scorporata dalla riforma delle facoltà di medicina di tutti gli altri paesi, non può più attendere; è assolutamente necessaria per tutti quei problemi che qui sono stati rilevati e per un problema al quale ha accennato la senatrice Colombo Svevo e anche altri, per esempio il senatore Botti, cioè la ristrutturazione dei *curricula* degli studi. La riforma della facoltà di medicina deve comportare una revisione dell'attuale modo di insegnare medicina. Io su questo punto cerco di fare quello che posso da anni, spingendo avanti riunioni, congressi, una fondazione addirittura, cui la

senatrice Rossanda ha partecipato a suo tempo, perchè questo è altrettanto fondamentale della limitazione dell'accesso. Non limitare l'accesso non consentirebbe di ottenere i risultati che una ristrutturazione dei corsi di medicina dovrebbe dare. La mia definizione è stata scritta, detta a destra e a sinistra, per cui la posso ripetere anche qui, nonostante l'autorità dei presenti. Per me l'insegnamento della medicina è arcaico e ottocentesco. E così ho risposto alla sua domanda.

È adeguata alle trasformazioni della domanda, alle trasformazioni del contesto sociale? No, questo insegnamento non è adeguato, va profondamente riformato, fra l'altro, accogliendo anche l'osservazione fatta dal senatore Calì, ma anche da altri, che un gran numero delle materie può essere notevolmente sfrondato, passando queste materie nel loro luogo naturale, che è quello dell'insegnamento post-universitario, che è quello delle scuole di specializzazione. Ho sempre pensato che tutte le materie specialistiche, secondo la loro diversa importanza clinica, potrebbero avere un numero determinato di ore nel corso dell'anno per dare i fondamenti a tutti coloro che si laureano e che poi verranno abilitati, ma sfrondando e rimandando alle scuole di specializzazione l'insegnamento delle materie specifiche. Con il che, si snellirebbe l'*iter* degli studi e si potrebbe veramente ottenere un risultato efficace di formazione, così trasformando anche il modo di fare gli esami.

L'altro giorno la facoltà di medicina di Roma ha avuto una breve occupazione da parte degli studenti perchè non avevamo concesso l'appello di dicembre. A parte il fatto che l'appello di dicembre era stato chiesto per la seconda metà di dicembre (è comprensibile che, per quanto si possa essere attaccati al dovere, pensare di tenere gli esami intorno alle festività natalizie poteva recare disturbo), ci sembrava eccessiva una tale moltiplicazione degli esami. Si è così svolta una prima occupazione che è poi terminata, perchè abbiamo accettato il fatto di tenere gli esami nel corso dei primi dieci giorni di dicembre. Secondo me tuttavia, si deve fare in modo che le prove di validità

avvengano a tempi molto distanti; io ero arrivato a proporre — ma per questo molti dei miei colleghi si scandalizzano — che addirittura l'esame dovrebbe essere sostenuto non dico una volta l'anno, ma addirittura una volta ogni biennio, di fronte ad una commissione comprendente tutti gli insegnanti di quel biennio. In tal modo gli studenti potrebbero venire a lezione e frequentare adeguatamente le corsie ospedaliere. Non è il caso di fare sempre il processo agli studenti; è logico che per molte ragioni (ad esempio molti studenti lavorano), in parte essi non riescano a superare gli esami nei tempi stabiliti. E allora come si fa a venire a lezione di clinica medica, quando si deve ancora sostenere l'esame di anatomia patologica o quello di patologia generale? Dare la colpa di tutto questo allo studente considerandolo un pigro, è troppo semplicistico. Dovrebbe invece essere valutato il complesso della sua formazione perchè è questo che conta, in definitiva, ben più dell'esame nozionistico. Dobbiamo essere noi i primi a non volere l'esame nozionistico così come viene svolto oggi. Gli studenti hanno sempre criticato l'esame nozionistico e, secondo me, noi dovremmo rispondere con l'esame non nozionistico, con la valutazione della maturazione della persona dello studente. Noi assistiamo sempre, per fare un esempio, ad un calo vertiginoso della presenza degli studenti a lezione nel mese di febbraio, e questo perchè essi sono a casa a studiare. Ne deriva un apprendimento nozionistico, per cui si arriva alla conclusione degli studi che gli studenti non hanno visitato più di tre o quattro volte un malato. E questo parallelamente al fatto che, di fronte alla domanda nozionistica, gli studenti superano quasi tutti brillantemente l'esame. La clinica medica, come pure molte altre cliniche, non possono certo essere ridotte a domande nozionistiche. Faccio un altro esempio: se domando ad un esame quali sono i sintomi della polmonite, nove studenti su dieci mi rispondono con precisione e sicurezza, ma di fronte al caso concreto o ad una domanda più precisa e circostanziata lo studente mostra perplessità.

Bisogna poi tener conto della successione delle materie e della loro integrazione. È

assurdo che si richieda allo studente un enorme sforzo nei primi due anni per apprendere nozioni che negli anni successivi vengono inevitabilmente dimenticate; la colpa di questa situazione non è dello studente, ma dell'insegnamento che non viene organizzato e svolto in modo adeguato.

Vorrei poi un momento riprendere la domanda rivoltami dal senatore Cali a proposito della verifica della capacità dei docenti. Certo, ma per prima cosa bisognerebbe tenere conto, nel disporre il *curriculum* degli studi, dei progressi che ha compiuto negli ultimi cento anni la scienza dell'insegnamento. Non è logico che oggi si continui ad insegnare ad esempio la «tac», o la risonanza magnetica seguendo metodi di insegnamento largamente superati, dal momento che anche la pedagogia e la scienza dell'insegnamento hanno progredito negli ultimi cento anni enormemente. Anche per questi motivi sono favorevole ad una revisione radicale dei programmi e dei metodi di insegnamento.

Infine vorrei rispondere alle varie domande sottopostemi a proposito del trapianto di cuore. Proprio ieri il Consiglio superiore della sanità si è occupato di questo argomento, per l'esame dei problemi in proposito. Riconosco senza alcuna difficoltà che vi sono state delle interferenze di ordine personale che i componenti di questa Commissione possono facilmente immaginare. Spero però che la conclusione, seppur poco soddisfacente per certi aspetti, possa in sostanza essere approvata. Su nove domande di istituti che si accingevano ad introdurre il trapianto cardiaco, cinque sono state bocciate e quattro sono state prese in considerazione, stabilendo però dei criteri per poter operare il trapianto che giuridico necessari, se pur assolutamente severi.

Innanzitutto si deve trasformare il gruppo interessato in un centro; deve trattarsi di un gruppo ampio e su questo argomento il professor Guzzanti potrà dare tutte le delucidazioni necessarie. Deve trattarsi di un centro tale da consentire la collaborazione responsabile di tutti quegli esperti che nel caso del trapianto, differentemente dalla cardiocirurgia classica, sono assolutamente necessari. Abbiamo posta come obbligatoria la par-

tecipazione con responsabilità dell'infettivologo, dell'immunologo, dell'ematologo, dello psicologo e via dicendo; in pratica si formeranno dei gruppi di una quindicina di esperti che devono firmare l'impegno a seguire l'esecuzione del trapianto di cuore.

È stato riconosciuto che solo quattro centri (quelli di Padova, Milano, Roma e Napoli) hanno i requisiti e possono offrire le garanzie richieste. A Milano si è trovata una formula per trasformare il reparto di cardiocirurgia del professor Pellegrini, all'ospedale Niguarda, in un centro più ampio per poter avere la partecipazione piena e responsabile di tutti gli altri esperti che devono assolutamente intervenire. Non conosco bene come il professor Condorelli la situazione di Napoli, però mi sembra che anche a Napoli dovrebbe nascere un centro «geografico» riunendo le esperienze già acquisite. Anche a Roma abbiamo creato un centro appunto «geografico» che include il professor Marino ed il professor Cortesini, in quanto noi auspichiamo la riunione delle competenze e delle capacità di ognuno in un unico organismo e, se possibile, anche il crollo degli steccati che possano dividerli tra di loro.

L'autorizzazione, quando sarà concessa (e occorre che questi centri presentino la documentazione delle loro disponibilità), avrà vigore per un paio d'anni, con possibilità di revoca se in quel periodo non è stato fatto niente. Non si può costringere nessuno a fare dei trapianti, ma a volte l'avvio stesso è sufficiente. Questi centri non devono dimostrarci la buona volontà di creare tutte le strutture e tutte le consulenze; essi devono dimostrare che esistono tutte le strutture e che c'è il consenso di tutti i consulenti.

Anche da queste affermazioni vi potete rendere conto quanto è stato difficile partorire questo deliberato, che tuttavia è suscettibile di eventuali correzioni; consegneremo lo schema al Ministro che agirà nel modo che riterrà opportuno.

Per quel che riguarda la pubblicità alla nostra attività, ha già risposto il professor Marletta. Noi dobbiamo consegnare tutto l'incartamento al Ministro; quindi gli atti rimangono all'interno del Ministero. Penso però che se un'autorevole Commissione come

la vostra sottolineasse l'opportunità e l'esigenza, attraverso il suo Presidente, che questi deliberati siano conosciuti attraverso il Ministero, penso che il Ministero stesso agirebbe in tal senso.

Ringrazio ancora soprattutto per i contributi validi dati dagli altri relatori. Per questi e per le mie parole, il ruolo del Consiglio superiore della sanità appare funzionante come tutti desiderano. Voglio ricordare che i consiglieri si lamentano sempre con me perchè vorrebbero occuparsi anche dei grandi problemi, senza leggerli semplicemente sui giornali, e non solo di attività di *routine*.

MONACO. Forse lei, professor Beretta Anguissola, non ha risposto per motivi diplomatici ad una mia breve e chiara domanda. Voglio ripeterla: lei notava all'inizio di questa audizione che i consiglieri a volte non erano stati interpellati. Data la loro qualifica anche personale, non possono i consiglieri, anche in via informale, prendere essi stessi l'iniziativa per essere consultati? Se lei non ha risposto per motivi diplomatici non insisto.

BERETTA ANGUSSOLA. Il sottoscritto non ha motivi diplomatici; semplicemente mi è sfuggita la sua domanda che peraltro è più che pertinente. Infatti mi consente di dirle che in realtà noi abbiamo la possibilità di proporre suggerimenti propositivi.

ROSSANDA. Allora, ad esempio, potreste proporre le linee-guida sulla prescrizione dei farmaci, cui avevo accennato prima.

BERETTA ANGUSSOLA. È un altro punto che mi era sfuggito. Noi in questo momento stiamo lavorando proprio sui famosi protocolli. Noi siamo partiti da una considerazione che credo verrà condivisa da tutti voi: le norme coercitive, che servono poco a tutti, per la categoria dei medici sono totalmente inutili. L'esperienza americana su questo punto è più che significativa: si è combinato poco o nulla con norme limitative; si è combinato moltissimo con le linee-guida che portano ad una motivazione che induce il medico a ridurre la richiesta di esami, che soprat-

tutto in America è un carico ingente sulla spesa sanitaria. Proprio su questo binario stiamo preparando i protocolli diagnostici che vogliono essere soltanto un documento culturale. Essi hanno come conseguenza, però, come diceva anche il senatore Campus, la riduzione degli esami. Si tratta di linee-guida nella libertà di ognuno, che però riescono a convincere il medico che si tratta di un aggiornamento che può essere reso efficace attraverso il Ministero e le Regioni.

**PRESIDENTE.** Voglio ringraziare gli intervenuti sia per la loro esposizione, che per la promessa di inviare a questa Commissione ulteriore materiale di documentazione. In particolare il professor Guzzanti ha promesso una documentazione per quanto riguarda le scuole infermieristiche e il programma di studio; il professor Beretta Anguissola ha promesso un documento base che rimanga più ampiamente agli atti; vorrei pregare anche il professor Marletta di inviarci, se possibile, il materiale legislativo e regolamentare che disciplina il funzionamento del Consiglio superiore di sanità e quegli atti che sono stati resi pubblici almeno negli ultimi anni. Il Consiglio superiore di sanità non può essere considerato un organo «privato» di consu-

lenza del Ministro e con questa audizione viene ancor più sottolineato il suo carattere di organo consultivo di tutta la sanità nazionale ed a tutti i livelli, ivi compreso il Servizio sanitario nazionale.

Voglio anche ringraziare il ministro Degan che con una lettera ha auspicato l'audizione del Consiglio superiore di sanità. Di questa sua sensibilità va preso atto.

Altri aspetti dei problemi trattati oggi verranno esaminati quando incontreremo i presidi delle facoltà di medicina, i rettori delle Università e i direttori degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, proprio per approfondire l'argomento.

Poichè nessun altro domanda di parlare, non facendosi osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è quindi rinviato alla seduta già convocata per oggi pomeriggio.

*I lavori terminano alle ore 13,30.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI  
*Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici*  
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE