

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

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

(Igiene e sanità)

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

26° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 APRILE 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

**INDICE****Audizione dei rappresentanti della Conferenza dei presidi della facoltà di medicina e chirurgia**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 10, 17 e <i>passim</i>	CARINCI .....	Pag. 5, 19
ALBERTI ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	16	MUSCATELLO .....	6, 20
BOTTI ( <i>PCI</i> ) .....	12	SALVATORE .....	7, 21, 23
CALÌ ( <i>PCI</i> ) .....	10	TEODORI .....	3, 17
CONDORELLI ( <i>DC</i> ) .....	13		
IMBRIACO ( <i>PCI</i> ) .....	16		
MELOTTO ( <i>DC</i> ) .....	15		
ONGARO BASAGLIA ( <i>Sin. Ind.</i> ) .....	17		
RANALLI ( <i>PCI</i> ) .....	12		
ROSSANDA ( <i>PCI</i> ) .....	22		

**Audizione di padre Umberto Rizzo, presidente dell'Associazione religiosi istituti socio-sanitari (ARIS)**

PRESIDENTE .....	Pag. 23, 27, 28	RIZZO .....	Pag. 23, 27, 31
COLOMBO SVEVO ( <i>DC</i> ) .....	29		
MELOTTO ( <i>DC</i> ) .....	30		
RANALLI ( <i>PCI</i> ) .....	27, 28, 31		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia il professor Ugo Teodori, presidente, il professor Paolo Carinci, vice presidente e segretario, il professor Umberto Muscatello, preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Modena, il professor Gaetano Salvatore, preside della 2<sup>a</sup> facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Napoli; per l'Associazione religiosi istituti socio-sanitari il presidente padre Umberto Rizzo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11.*

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. Sono oggi in programma le audizioni dei rappresentanti della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia e di quelli dell'Associazione religiosi istituti socio-sanitari (ARIS).

Se non si fanno osservazioni, ascolteremo innanzitutto i rappresentanti della Conferenza dei presidi.

*Vengono quindi introdotti il professor Ugo Teodori, il professor Paolo Carinci, il professor Umberto Muscatello e il professor Gaetano Salvatore.*

#### **Audizione dei rappresentanti della Conferenza dei presidi della facoltà di medicina e chirurgia.**

**PRESIDENTE.** Ringrazio la delegazione della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina che è composta dal presidente, professor Ugo Teodori, dal professor Paolo Carinci vice presidente e segretario, dal professor Umberto Muscatello, preside della facoltà di medicina di Modena e consigliere della Conferenza e dal professor Gaetano Salvatore, preside della seconda facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Napoli e anch'egli consigliere della Conferenza.

Vi rivolgo un particolare ringraziamento! È per noi una grande soddisfazione vedervi qui, nell'aula della Commissione sanità del Senato, per riferire su problemi di grande importanza. Avete certamente da tempo ricevuto lo schema dell'indagine che stiamo conducendo e che riguarda rilevanti aspetti del Servizio sanitario nazionale, in riferimento ai problemi istituzionali, finanziari e del personale. In uno dei capitoli che stiamo esaminando, è stato espressamente richiamato il ruolo delle facoltà mediche, sia per quanto riguarda l'erogazione della assistenza e gli aspetti «strutturali» delle sedi assistenziali-didattiche, sia per quanto riguarda il problema più generale della «formazione del personale», cui le Università sono interessate. Desidereremmo conoscere, attraverso l'esposizione orale e attraverso l'invio di documentazione — anche successiva —, quali sono i vostri punti di vista sulla attuale fase attraversata dal Sistema sanitario nazionale. L'indagine che conduciamo non è «accademica», ma vuole essere finalizzata ad eventuali propositi legislativi di modifica e di integrazione del Servizio, in modo che sia sempre migliore l'erogazione della assistenza sanitaria in Italia. Fatta questa premessa, vorrei dar la parola al presidente Teodori, che regolerà a sua volta gli interventi nell'ambito della delegazione, fermo restando che questa mattina dobbiamo ascoltare anche un'altra delegazione e cioè quella degli istituti religiosi convenzionati con il Servizio sanitario nazionale. Penso pertanto che l'audizione dei presidi si possa protrarre sino alle 12,30.

**TEODORI.** Vorrei anzitutto ringraziare il Presidente e tutti i membri della 12<sup>a</sup> Commissione a nome dei colleghi qui presenti ed anche a nome di tutti i membri della Conferenza dei presidi che sono stati informati di questa audizione nell'ultima riunione che si è tenuta il 29 marzo, per aver voluto ascoltare anche la voce dei presidi. Mi rendo conto che gli argomenti da trattare sarebbero molti, ma vorrei limitarmi a illustrare il lavoro assolto dalla Conferenza dei presidi; gli argomenti potranno in seguito essere ripresi dai colleghi.

Questa conferenza lavora molto attivamente da almeno cinque anni. Ci siamo anzitutto dedicati allo studio di una riforma dell'ordinamento didattico degli studi di medicina e questo lavoro si è concretizzato in una proposta presentata al Ministero della pubblica istruzione e che attualmente è oggetto di studio, di riflessione e di proposte da parte di una commissione nominata dal Ministro stesso della quale fanno parte i quattro presidi qui presenti.

Abbiamo poi, d'accordo con la Federazione degli ordini dei medici, esaminato il problema del tirocinio per l'esame di Stato che oggi, nonostante la legge n. 132 del 1968 che prevedeva un tirocinio di un anno pagato, si svolge ancora solo per sei mesi; la difficoltà del pagamento ha reso praticamente inattuabile questa disposizione di legge per cui è rimasto il tirocinio semestrale non retribuito e che viene purtroppo quasi sempre svolto prima della laurea con un notevole danno per la sua efficacia, poichè la maggior parte degli studenti non ne traggono un vantaggio pratico, anche perchè sono impegnati a preparare gli esami speciali e la tesi di laurea. La nostra proposta è che il tirocinio, ove non fosse possibile pagarlo e dovendo mantenerlo ridotto a sei mesi, si svolga almeno dopo la laurea. Ciò non toglie che si possa prevedere anche un semestre prima della laurea attraverso degli internati e un particolare impegno pratico degli studenti nell'ultimo anno (si potrebbe stabilire un tirocinio di sei mesi prima della laurea e di sei mesi dopo la laurea). Anche questo lavoro si è concretizzato in una proposta precisa che abbiamo elaborato insieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici.

Il secondo argomento che abbiamo affrontato insieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici è stato la modalità dello svolgimento dell'esame di Stato; le norme che lo regolano dovrebbero essere adeguate, ed anche questo studio si è concretizzato in un documento che è stato approvato sia dalla Conferenza dei presidi, sia dal comitato centrale della Federazione degli ordini dei medici.

Un altro argomento su cui abbiamo a lungo discusso è quello della programmazione

dell'accesso al corso di laurea; è stato l'oggetto di una riunione di due giorni che si è tenuta a San Miniato e che si è concretizzata in un documento.

Il problema è molto importante ed il presidente Bompiani che ha sempre partecipato alle nostre discussioni sa che abbiamo sempre sostenuto l'opportunità di una programmazione dell'accesso con una selezione non alla fine del primo anno, ma al momento dell'accesso alla facoltà e ciò per due motivi sostanziali: i professori del primo anno non accettano di assumersi un carico didattico molto pesante e in gran parte deludente.

D'altra parte questa selezione non comporterebbe automaticamente l'avvio degli studenti ad altre professioni sanitarie. Anche l'idea dell'anno propedeutico, comune al corso di laurea in medicina, al corso di laurea in odontoiatria e ai corsi di scuole dirette a fini speciali per la formazione di tecnici sanitari, è stata da noi criticata, perchè è impossibile stabilire un programma comune per tutti questi corsi. Abbiamo visto con piacere che il nostro punto di vista è stato recepito dal disegno di legge, che porta come primo firmatario il presidente Bompiani, per l'accesso al corso di laurea in medicina, odontoiatria e alle varie altre professioni sanitarie ausiliarie (Atto Senato n. 273).

Sempre d'accordo con la Federazione degli ordini dei medici abbiamo discusso il problema della formazione del medico di base, cioè del medico generico. Questo anche in previsione di una direttiva CEE, la quale dispone che dopo la laurea occorran due anni di pratica per poter esercitare in quello che da noi è il Servizio sanitario nazionale; cioè per poter essere convenzionato con il Servizio, un medico, dopo la laurea, dovrebbe conseguire una formazione del periodo di due anni, non soltanto negli ospedali e nelle cliniche, ma anche presso medici pratici. Anche su questo aspetto si è lavorato e si è arrivati alla definizione di un documento approvato dal comitato centrale della Federazione degli ordini dei medici e, in linea di massima, anche dalla nostra Conferenza dei presidi. Dico in linea di massima perchè questa ha fatto qualche osservazione specialmente per quanto riguarda l'accesso che non dovrebbe

essere a numero illimitato, bensì a numero chiuso.

Sempre insieme alla Federazione degli ordini dei medici stiamo adesso per affrontare un altro argomento molto importante che è quello della formazione permanente del medico e della educazione sanitaria. Avremo una riunione della commissione mista il 4 maggio e all'ordine del giorno c'è proprio questo argomento.

Questo è dunque un primo gruppo di problemi che abbiamo affrontato, problemi che riguardano essenzialmente l'aspetto didattico; poi ci sono tutti i problemi della ricerca su cui si soffermerà il professor Muscatello e infine ci sono i problemi collegati con l'assistenza.

A questo proposito, sempre per riferire il lavoro fatto dalla Conferenza dei presidi, ricordo che abbiamo avuto una riunione a San Miniato con il direttore generale dell'istruzione universitaria e con qualche rettore. Abbiamo esaminato lo schema-tipo di convenzione Università-Regione e Università-USL.

Per quanto riguarda l'assistenza, abbiamo anche raccolto alcuni dati, purtroppo ancora soltanto parziali, su sollecitazione anche del presidente Bompiani riguardanti: il numero dei letti universitari che esistono presso le varie sedi, il numero delle scuole di specializzazione, il numero delle scuole dirette a fini speciali e, per queste scuole *post* laurea e per le altre dirette a fini speciali, il numero dei docenti universitari, il numero di quelli non universitari, prevalentemente ospedalieri. Da questa indagine, per esempio, risulterebbe che il numero dei docenti ospedalieri è almeno del 30 per cento superiore rispetto a quello dei docenti universitari. Tuttavia si tratta di dati parziali — ripeto — perchè soltanto metà delle Università ha per ora fornito questi dati che per la verità sono stati chiesti abbastanza recentemente. Da questi dati inoltre non risulta in modo sicuro il numero dei docenti, bensì il numero dei corsi. Le varie Università hanno inviato i dati riferiti ad ogni singola scuola di specializzazione in medicina interna o in cardiologia, *tot* docenti universitari, *tot* docenti ospedalieri. Facendo la somma otteniamo il nu-

mero degli insegnanti e non i docenti, perchè lo stesso docente può insegnare sia in cardiologia che in medicina interna.

Mi riprometto di inviare dati più precisi. Però fin da oggi c'è questa valutazione, sia pure approssimativa, del fenomeno; e da essa risulta che i docenti ospedalieri sono almeno il 30 per cento in più di quelli universitari, nelle scuole di specializzazione e nelle scuole dirette a fini speciali.

Ho terminato questa breve introduzione che, come ho detto prima, era soprattutto tesa ad illustrare l'attività della Conferenza dei presidi per quanto riguarda gli aspetti didattici, di ricerca e di assistenza.

Pregherei ora il professor Carinci, vice presidente e segretario, di illustrare i problemi più generali e di fare un esame obiettivo della situazione.

*CARINCI.* In questo contesto è evidente che a questa Commissione interessi, in via prioritaria almeno, il rapporto esistente tra le facoltà mediche ed il Sistema sanitario nazionale, rapporto che riguarda sia gli elementi di diritto in atto sia le situazioni esistenti in fatto.

Per quanto riguarda gli elementi di diritto evidentemente loro sono, anche come legislatori, consapevoli che ci si rifà all'articolo 39 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e in modo più analitico al decreto ministeriale 9 novembre 1982, con cui è stato approvato lo schema-tipo di convenzione. Difatti le facoltà mediche sono viste come necessariamente da coordinare con quella che è la realtà del Sistema sanitario nazionale, in quanto i loro compiti istituzionali di ricerca e di didattica devono poter trovare realizzazione nel supporto assistenziale che il Sistema sanitario nazionale, tramite lo strumento della convenzione a livello regionale prima e poi a livello di USL, consente.

Ora su questi aspetti si è sviluppata una riflessione da parte della Conferenza dei presidi delle facoltà mediche; va detto questo come elemento che il legislatore potrà considerare nella forma che riterrà più opportuna. Di fatto le facoltà mediche con questi schemi sono viste come elementi da inserire opportunamente nel Servizio sanitario nazionale

in cui — questo è un giudizio — è insufficientemente valutato l'*unicum* che le facoltà mediche di fatto realizzano nella nostra organizzazione complessiva. Cioè, nella nostra realtà i centri di ricerca e di didattica effettivamente operanti, con potenzialità a livello competitivo internazionale, sono realizzati nel settore biomedico dall'organizzazione delle facoltà mediche medesime. È evidente che se il legislatore presuppone che la esistenza di questa realtà sia un elemento fondamentale che deve essere potenziato e reso competitivo, la previsione di inserire in modo rigido la realtà di sviluppo delle facoltà mediche all'interno di una programmazione sanitaria, certamente necessaria e indispensabile, può determinare situazioni di difficoltà, le quali possono emergere anche da un'analisi dello stato di fatto. Una revisione della situazione di attuazione degli schemi-tipo di convenzione, allo stato attuale è stata realizzata solo per le Università di Padova e di Verona della regione Veneto e per la Università di Catanzaro della regione Calabria. Nella regione Emilia Romagna risulta che una sede ha completato lo stato di approfondimento, e cioè l'Università di Parma, mentre l'Università di Ferrara si trova in uno stadio avanzato e le altre sedi, di Bologna e Modena, sono ad uno stadio preliminare. Sporadici, invece, sono gli approcci per quanto riguarda le altre sedi universitarie. Esiste una situazione indubbia di forte rallentamento rispetto ai tempi previsti dallo stesso decreto ministeriale che, emesso il 9 novembre 1982, prevedeva uno spazio di tempo di sei mesi per la stesura delle convenzioni. Questo pone il grosso problema delle Regioni e delle conseguenze di questa realtà di fatto. Le ragioni evidentemente attengono ad aspetti generali e aspetti locali. Certo attengono anche ad una stesura che, obbedendo ad una regolamentazione che derivava dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale, ha tenuto meno conto — è stata una scelta — di alcuni elementi caratterizzanti delle facoltà mediche e, quindi, dello spazio per la ricerca e del problema degli organici. Non va sottovalutato che le facoltà mediche hanno una situazione di grave carenza di organici e soprattutto di possibilità di reclutamento per

le nuove leve. Ora, quali elementi si possono approntare? Innanzitutto un segnale di sollecito che deve essere inviato alle Regioni per attivare agli strumenti che prevedono la stesura delle nuove convenzioni e, per quanto attiene gli aspetti propositivi, si tratta di valutare in che forme si possa dar conto della presenza delle facoltà mediche che, pur nel necessario coinvolgimento e rapporto con il Sistema sanitario nazionale, devono avere possibilità di prospettive nel futuro. Faccio alcuni esempi: esistono problemi di maggiore mobilità del personale docente, rispetto alle leggi previste per le situazioni ospedaliere, che necessariamente e giustamente debbono obbedire a situazioni diverse; esistono problemi di reclutamento che debbono prevedere forme di qualificazione e di mobilità diverse da quelle che sono previste per la realtà assistenziale del sistema sanitario; esistono forme di novità che le facoltà mediche, in termini di approntamento di servizi di punta per l'assistenza, in termini di intervento sul piano della patologia, devono prevedere, dal momento che, forse, richiedono maggiore fluidità e maggiore possibilità di modificazione, rispetto alle norme istituzionali attualmente presenti, per il Sistema sanitario nazionale.

Concludo qui, nel rispetto dei tempi assegnati alle nostre esposizioni, precisando però che ho parlato brevemente delle scuole di specializzazione perchè ne parlerà successivamente il collega Salvatore.

*MUSCATELLO.* Molto brevemente, vorrei giustificare perchè a nostro avviso sia opportuno fare un accenno al problema della ricerca. Credo che sia abbastanza evidente che lo sviluppo della ricerca biomedica non è soltanto un problema universitario, ma una delle condizioni per l'attuazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, in vista anche del fatto che, sia dal punto di vista istituzionale, sia dal punto di vista dell'attività, il ruolo della facoltà medica non si esaurisce nella didattica e nell'assistenza, ma è connesso con la ricerca. Ora, si dice che la ricerca ha la sede primaria nell'Università. L'affermazione è importante, ma ritengo che debba essere sostanziata. Desidero ri-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

26° RESOCONTO STEN. (11 aprile 1984)

chiamare l'attenzione sugli aspetti quantitativi dei finanziamenti, in quanto non è il caso di accennare a tutto il dibattito sulla ricerca che è sempre stato molto teorico, anche se da parte di tanti studiosi si è sempre ricordato che la ricerca di base è fondamentalmente orientata, più che finalizzata, dai finanziamenti. Fornisco qualche dato in proposito, non per piangervi sopra, ma perchè ritengo possa essere utile. Per le facoltà di medicina vi sono due grandi vie di finanziamenti: fondi ministeriali, cosiddetti al 40 per cento e al 60 per cento. A nostro giudizio tuttavia questo tipo di finanziamento non può incidere direttamente sulla situazione della ricerca italiana a livello biomedico. I fondi cosiddetti al 60 per cento del Ministero della pubblica istruzione, sia perchè così ha voluto, molto opportunamente, il legislatore, sia per l'entità dei fondi stessi, servono di fatto per la ricerca formativa. Questo può sembrare uno spreco, ma in realtà il ricercatore, docente universitario, si forma nella ricerca e, quindi, a nostro giudizio, è stato molto opportuno l'orientamento verso un tipo di ricerca autogestita nei singoli atenei, per la formazione del personale della ricerca stessa. L'entità è sempre di qualche milione *pro capite* e, quindi, non permette di fare una ricerca, ma permette certamente di apprendere un metodo sperimentale, anche senza risultati notevoli. Per i contributi a progetti di maggiore rilievo nazionale restano i finanziamenti al 40 per cento, che però riescono a finanziare pochi gruppi di ricerche. La nostra Università di Modena, per esempio, è coinvolta in questi finanziamenti con un piccolo numero di docenti ed i gruppi di rilevanza internazionale non risultano sufficientemente finanziati. Il discorso potrebbe apparire improntato troppo ad un punto di vista universitario, ma mi serve per introdurre il punto di vista sanitario. I dati, che sono in mio possesso, mi vengono dal fatto che faccio parte di una commissione per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e posso dire di conoscere abbastanza certi aspetti. Il finanziamento che riguarda, per esempio, gli obiettivi del Piano sanitario nazionale per quanto attiene alla ricerca va, per una parte molto cospicua, agli istituti di

ricovero e cura a carattere scientifico, i quali assorbono circa il 45 per cento di tutto il Fondo sanitario nazionale per la ricerca che, a sua volta, rappresenta circa il 40-42 per cento di tutti i finanziamenti alla ricerca biomedica italiana. Credo che dia un'impressione notevole uno studio molto dettagliato, fatto dalla nostra commissione, il quale ha dimostrato che con il 45 per cento dei fondi della ricerca biomedica, in realtà si finanzia solo il 9 per cento delle ricerche totali italiane.

Questo si può desumere da certi parametri molto ampi. C'è una notevole sproporzione tra le potenzialità dei ricercatori all'interno degli ospedali e la quota di finanziamento relativa al settore preciso del ricovero e cura.

Un altro squilibrio è costituito dalla mancanza di relazione fra queste strutture implicate nella ricerca. Credo sia abbastanza facile, da un esame dei dati scientifici e della ricerca, accorgersi della situazione dei grandi istituti di ricovero e cura: mentre gli istituti relativi ai tumori hanno una loro autonomia di ricerca chiara e definita che, a nostro giudizio, potrebbe essere autonoma rispetto all'Università, gli altri istituti di ricovero e cura si inseriscono in maniera assoluta all'interno di filoni diversi. A mio avviso, se si vuol tendere alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale e degli obiettivi fondamentali della ricerca biomedica, non sarebbe inopportuno trovare strumenti che coinvolgano di più le facoltà mediche. Questo perchè da un lato le facoltà di medicina tendono molto ad una ricerca parcellizzata, del tutto personalizzata e individuale, e dall'altro perchè da ciò consegue che i finanziamenti rendono la ricerca biomedica italiana a tutti i livelli, sia ospedaliero che universitario, non più competitiva all'estero e, soprattutto, affidata alla genialità dei singoli, il che non significa fare programmazione.

**SALVATORE.** Signor Presidente, vorrei attirare l'attenzione dei componenti della Commissione su due aspetti.

Il primo è di ordine generale, a nostro avviso molto importante, e si riferisce alle

scuole di specializzazione, alla preparazione del medico e in particolare di quello di base. Credo che la Commissione sia interessata anche a questi aspetti della formazione culturale e professionale del medico e dell'operatore sanitario in genere perchè è evidente che ogni sforzo di razionalizzazione — e noi siamo convinti di volerlo fare — del Sistema sanitario italiano deve passare attraverso una qualificazione culturale e professionale degli operatori sanitari che sia degna di questo nome e che permetta di raggiungere gli *standards* degli altri paesi europei. Vorrei chiarire subito che, soprattutto in questi ultimi anni e dopo l'approvazione dei decreti del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 n. 162 del 1982, la maggior parte dei docenti delle facoltà di medicina — e non tutti — sono ormai convinti che le scuole di specializzazione debbano operare una larghissima apertura alle strutture del Servizio sanitario nazionale. In altre parole riteniamo indispensabile che la preparazione specialistica *post* laurea sia congiuntamente preoccupazione e cura sia delle strutture del Servizio sanitario nazionale, sia di quelle strettamente universitarie. Mentre riteniamo, anche sulla base dell'esperienza straniera, che la preparazione pre-laurea, soprattutto fino al quinto anno di corso, a eccezione del tirocinio pratico nell'ultimo anno, debba essere compiuta preminentemente dalla struttura e dalla organizzazione universitaria. Infatti riteniamo che la precoce partecipazione dello studente (era una idea *post* sessantottesca), il precoce coinvolgimento dello studente durante il suo corso di studi sia addirittura dannoso e inutile per una solida preparazione culturale e professionale; arrivati all'ultimo anno, invece, e soprattutto durante tutta la fase immediatamente successiva alla laurea, sia per il medico di base che per quello generico e per lo specialista, questo deve avvenire con una forte compartecipazione del Servizio sanitario nazionale.

Per attuare tutto questo riteniamo che la classe politica ci possa aiutare ad applicare le disposizioni di legge vigenti, delle quali non possiamo lamentarci fin quando non ne avremo fatto pieno uso, con particolare riferimento i citati decreti n. 382 n. 162.

Come si può attuare questa larghissima apertura alle strutture del Servizio sanitario nazionale? Attraverso due meccanismi previsti dalla legge e che purtroppo non sono ancora oggi adoperati a pieno regime e, forse, anche questa volta per colpa della componente universitaria che rappresentiamo. Parlo del sistema delle convenzioni e di quello dei contratti. Il primo non va assolutamente confuso con le convenzioni che regolano i rapporti istituzionali tra Università e strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale, sia per i policlinici a gestione diretta sia per quelli a gestione indiretta; non va neppure confuso con il sistema delle convenzioni minori, con quelle particolari e con quelle ammesse dal decreto n. 162, utili solo per il funzionamento delle scuole di specializzazione.

Le convenzioni cui mi riferisco non implicano che l'Università debba impossessarsi — come alcuni colleghi delle strutture del Servizio sanitario nazionale credono — delle strutture dello stesso sistema, ma comportano che queste strutture ospedaliere, e non solo, siano aperte ai giovani, al sistema educativo delle scuole di specializzazione. Ossia, l'insegnamento teorico e pratico, come avviene in tutti i paesi indipendentemente dal regime sociale, deve avvenire prevalentemente o almeno in gran parte nella struttura ospedaliera e anche in quelle del Servizio sanitario nazionale.

Quindi occorrono convenzioni apposite per le scuole di specializzazione e, per esempio, nel nostro ateneo sono già in corso sette convenzioni con altrettante USL della nostra Regione.

Il secondo meccanismo è costituito dai contratti di diritto privato che non significano dare una medaglia ai colleghi del Servizio sanitario nazionale, ma mirano ad un coinvolgimento a pieno titolo e merito in questa importantissima opera. Così abbiamo richiesto e ottenuto dal Ministero della pubblica istruzione per le due facoltà di Napoli 378 milioni per contratti retribuiti per il secondo anno e solo la nostra facoltà ha avuto 138 contratti di diritto privato con operatori del Servizio sanitario nazionale. Si tratta in gran parte di primari ospedalieri delle strutture



*extra* universitarie. I professori fanno parte a pieno titolo del consiglio direttivo delle scuole di specializzazione e ormai il 30 per cento dei corsi è affidato ai docenti operatori. Speriamo che in un prossimo futuro almeno il 50 per cento dei corsi delle quarantasette scuole di specializzazione presenti nella nostra facoltà sia affidato agli operatori del servizio sanitario.

Si potrebbero e si dovrebbero coinvolgere persino alcuni operatori inseriti nel Servizio sanitario nazionale, ma che sono al di fuori delle strutture ospedaliere.

Il terzo meccanismo con il quale si potrebbe operare questa larghissima apertura di strutture del Servizio sanitario nazionale è quello di cambiare la struttura operativa delle scuole di specializzazione. Fino ad oggi le scuole di specializzazione sono state delle mini-facoltà. La scuola di odontoiatria, ad esempio, iniziava i corsi con lo studio dell'anatomia dell'apparato stomatognatico, passava poi alla fisiologia del cavo orale, poi alla microbiologia della bocca e via dicendo. Questo è un metodo sbagliato, che non è seguito da alcun paese del mondo. La parte che non concerne il tirocinio professionale deve essere fortemente ridotta, se non abolita del tutto, e il 90-95 per cento dell'attività didattica esercitata nelle scuole professionali deve concernere il tirocinio pratico.

Il problema dell'inserimento dei ricercatori nel tirocinio pratico — quello che la legge definisce attività didattica integrativa — non esiste, perchè i ricercatori universitari possono e debbono, a norma di legge, essere coinvolti in questa attività. Occorre però che questa forma di tirocinio professionale, questa struttura operativa, sia accompagnata dall'impegno a tempo pieno degli specializzandi e che, attraverso il meccanismo delle borse di studio, allo specializzando venga data dare una sorta, sia pure minima, di retribuzione. Queste scuole saranno particolarmente utili, perchè permetteranno all'Università e alle strutture ospedaliere di avere una classe di operatori sanitari per quattro anni (perchè questa è la durata media delle scuole di specializzazione) senza figure di precariato. Naturalmente una volta acquisito il titolo, non vi sarà il pericolo di creare

nuovi precari o di immettere surrettiziamente nuove figure nel sistema stesso. Questo delle scuole di specializzazione credo sia un aspetto molto importante e che, con adatti correttivi alle disposizioni legislative già vigenti, e in particolare ai decreti n.382 e n.162, potrà portare ad un rapido allineamento con ciò che avviene negli altri paesi europei.

Desidero poi attirare l'attenzione dei componenti della Commissione su un problema molto grave, anche se apparentemente minore in senso quantitativo, che è quello dei cosiddetti policlinici a gestione diretta. Voi sapete che i due policlinici di Napoli, ad esempio, hanno un sistema particolare attraverso il quale è la stessa amministrazione universitaria che li gestisce direttamente. Non vi è il tempo di chiarire i vantaggi e gli svantaggi dell'una e dell'altra metodologia, ma se non si vuole distruggere completamente questo patrimonio e questa possibilità — che d'altronde è quella verso cui ci si avvia in tutti gli altri paesi — occorre permettere il funzionamento di tali strutture. Cosa intendo dire? Ad esempio i policlinici di Napoli sono sull'orlo del collasso e della chiusura per mancanza di personale medico docente e non docente, personale che non può essere fornito, naturalmente, dal Ministero della pubblica istruzione.

Siamo convinti che non è possibile creare dei mega-ospedali, anzi secondo noi tutte le strutture universitarie possono essere deospedalizzate; si può giungere ad una diminuzione, sia pure progressiva, dei posti-letto, a questo si accompagnerebbe una maggiore efficienza di quelli esistenti, con un migliore *turn over* grazie anche a un ridotto tempo di degenza; si avrebbe in tal modo un potenziamento dei servizi, soprattutto di quelli centralizzati, e un potenziamento di quelle strutture cosiddette aperte che comprendono le attività ambulatoriali, i *day hospital* e tutte le altre strutture che sono indispensabili non solo per la sanità, ma anche per la formazione del medico. Noi siamo convinti che l'80 per cento dei futuri medici non opererà nei reparti ospedalieri, ma nelle strutture aperte del Servizio sanitario nazionale. Quindi abbiamo il dovere di preparare

questi medici (che sono la grande maggioranza), che svolgeranno le loro funzioni a contatto col pubblico. Questo non significa però preparare un medico di «serie B» (sul medico di base spesso alcuni, anche componenti della nostra classe accademica, hanno equivocato ed hanno ritenuto che il termine stesso fosse quasi denigratorio), perchè si tratta invece di un medico di «serie A», che quindi deve essere preparato adeguatamente. Il medico di base deve rapidamente distinguere, ad esempio, in presenza di una sintomatologia dolorosa dell'addome, se si tratta di un addome acuto da ospedalizzare immediatamente in un reparto chirurgico o si tratta invece di una pancreatite acuta, o magari si trova in presenza di una banale indigestione o della somatizzazione di un litigio con il proprio coniuge, che ugualmente può produrre il cosiddetto «mal di pancia».

Tutte queste strutture sono diventate patrimonio nostro, della classe universitaria e, anche se vi sono ancora delle resistenze — è inutile negarlo —, la grande maggioranza degli operatori universitari si è allineata su queste posizioni. La Conferenza dei presidi vuole essere espressione del nuovo indirizzo, che è aperto a questi problemi della sanità pubblica con la sensibilità necessaria che tutti dovremmo avere.

Penso che un aiuto anche da parte di questa Commissione per un funzionamento corretto delle scuole di specializzazione e dei policlinici universitari a gestione diretta, sia molto importante, altrimenti assisteremo alla formazione — per sfuggire magari alle «disfunzioni» delle USL — di altri istituti, di altre strutture surrettizie, per liberare le strutture universitarie da tutti quegli inconvenienti che vengono imputati alle organizzazioni che operano attraverso le USL.

**PRESIDENTE.** Sono convinto che a questo punto abbiamo già molte idee e molto materiale a disposizione.

Però, prima di dare la parola ai colleghi, vorrei ringraziare il professor Teodori di essersi attivato, insieme alla Conferenza dei presidi, per la raccolta di quei dati statistici che avevo richiesto alla sua cortesia qualche

tempo fa, in previsione di questa audizione. Attraverso i dati, infatti, potremo discutere meglio.

È necessario giungere ad una sollecita istituzione di quelle commissioni miste, paritetiche tra le Università e le Regioni, per studiare di fatto la redazione e poi l'applicazione della convenzione *ex* articolo 39 della legge n. 833 del 1978. Devo dire che su questo problema alcuni Assessori regionali ci hanno dato ragione, altri un po' meno.

Sul problema della ricerca, sollevato dal professor Muscatello, devo rilevare che questo tema è stato già preso in considerazione dalla Commissione in sede di esame della Relazione sullo stato sanitario del paese lo scorso novembre. In tale sede venne formulata l'ipotesi di una seduta, a data da destinarsi, da dedicare allo studio di tutto il problema relativo alla ricerca biomedica in Italia, sia quella universitaria sia quella in istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche per quella parte che riguarda la tecnologia più avanzata, cioè in collaborazione con le industrie biomediche, prevedendo l'intervento del Ministro della sanità e del Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica. Faremo tesoro anche delle vostre idee e di quello che ci vorrete segnalare come dati di esperienza da voi vissuta. Ci auguriamo infine che l'annunciato disegno di legge riguardante il recepimento della normativa CEE sulle scuole di specializzazione ci venga assegnato al più presto, per poter lavorare anche nella direzione che è stata ultimamente sottolineata dal professor Salvatore.

**CALÌ.** Signor Presidente, desidero ringraziare, innanzitutto, i presidi intervenuti, per i dati estremamente interessanti che ci hanno fornito. Tuttavia, devo sottolineare, che dalle relazioni dei nostri ospiti sia stato confermato il concetto, ormai abbastanza diffuso, che le facoltà di medicina stanno attraversando un periodo di crisi o di disagio. Tanto è vero che il professor Teodori ci ha comunicato che tra gli obiettivi della Conferenza dei presidi vi è tutta la problematica relativa all'assistenza, alla didattica e alla

ricerca, ossia tutta quella che è l'attività di una facoltà. Crisi o disagio che riconosce — questo lo sappiamo benissimo — la sua eziologia in molteplici fattori: culturali, sociali, politici, economici e tecnologici. E naturalmente non è possibile in questa sede, anche perchè vorrei essere breve quanto lo sono stati i nostri ospiti, affrontare tutti questi problemi.

Però, dal punto di vista sociale e politico, si dice — e credo che sia fundamentalmente vero — che oggi è nato un tipo di approccio ai problemi della salute del tutto nuovo nel senso che tali problemi non sono più una preoccupazione solo della professione medica ma lo sono anche delle autorità governative, il che ha determinato la necessaria revisione della struttura dei sistemi che forniscono l'assistenza sociale e sanitaria.

Per quanto riguarda poi l'aspetto culturale, che a mio avviso è prevalente, si va ancora oggi alla ricerca di una definizione dei concetti di malattia, di malessere, di salute, concetti che hanno creato il conflitto, come si dice, tra modello medico e modello sociale per lo sviluppo appunto di una teoria dell'assistenza.

Tutto questo, comunque, ha portato ad una concezione moderna dell'educazione sanitaria, dell'educazione medica e quindi avrebbe dovuto portare anche ad un rapporto tra Università ed assistenza sanitaria che fosse favorevole a tutte le fasi dell'educazione alle quali ha fatto cenno, in particolare, il professor Salvatore, cioè la formazione pre-laurea, *post* laurea e specialistica.

Sta di fatto però — e va detto con estrema chiarezza — che, salvo lodevoli eccezioni, la didattica è rimasta ferma non voglio dire a cento anni fa, ma almeno a quarant'anni fa. E vorrei soffermarmi su questo aspetto perchè a mio avviso è essenziale nel senso che l'insegnamento è ancora oggi — e lo si dice correntemente — fundamentalmente analitico e divisionista, anzichè olistico, e disorienta lo studente — credo che su questo dobbiamo essere tutti d'accordo — con dettagli spesso privi di significato ai fini della sua preparazione, ed è ciò che ha detto sempre il mio preside.

In definitiva, questo tipo di didattica for-

ma medici del tutto impreparati o, comunque, con una preparazione inadeguata ad affrontare i problemi della salute nei termini in cui oggi si pongono. Se qualcuno non è d'accordo su questo, vorrei conoscerne i motivi.

La crisi culturale ha determinato anche una crisi didattico-metodologica. Il discorso a questo punto potrebbe essere assai lungo, ma vorrei essere breve e quindi pongo solo alcuni quesiti. Mi chiedo, e chiedo ai nostri ospiti, in quale facoltà medica del nostro paese l'insegnamento è effettivamente mirato al raggiungimento degli obiettivi cosiddetti «pertinenti», che sono cioè non solo cognitivi, come lo sono stati fino ad oggi, ma anche psicomotori e psicoattitudinali.

La seconda domanda è la seguente: quante sono, che loro sappiano, le facoltà che hanno impostato i loro programmi didattici sulla base della realtà del territorio? Si è parlato infatti di medico di base e quindi, a mio avviso, è indispensabile che quest'ultimo conosca anzitutto i problemi del suo territorio. Del resto, questo tipo di impostazione è già stato adottato in molti paesi, basta considerare i programmi didattici delle Università di Hamilton in Canada e di Maastricht in Olanda.

Inoltre, vorrei sapere quale facoltà possiede, non dico un dipartimento come negli Stati Uniti, ma per lo meno un servizio di pedagogia che serva, non solo, come comunemente si dice, ad orientare lo studente nell'insegnamento, nell'apprendimento, nell'autovalutazione, nell'autopreparazione, ma anche per i docenti, molti dei quali — duole dirlo, ma la verità va detta fino in fondo — non sono a mio avviso preparati adeguatamente per insegnare la medicina che serve al medico di base, come dice il professor Salvatore.

Fuori dal tema che ho trattato finora, vorrei rivolgere una domanda al professor Teodori a proposito del tirocinio *post* laurea. Al riguardo, lei ha precisato che in alcuni paesi sono previsti due anni di preparazione *post* laurea. In tutti i programmi e disegni di legge delle varie forze politiche relativi alle scuole o alle facoltà di medicina è prevista l'attività pratica a cominciare dal secondo

anno; in Germania gli studenti sono tenuti ad effettuare settimane di attività pratica fin dal primo anno di medicina. Capisco che sia opportuna un'ulteriore qualificazione, e quindi non mi chiedo tanto che senso abbia; tuttavia, questo non deve assolutamente escludere che lo studente faccia attività pratica nelle strutture universitarie o, come affermava il professor Salvatore, anche nelle strutture ospedaliere territoriali.

Qual è la sua opinione al riguardo?

BOTTI. Signor Presidente, la prima domanda è rivolta direttamente al professor Teodori, che ringrazio, unitamente agli altri presidi, per aver partecipato a questo nostro incontro.

Cosa pensa del numero programmato per il corso di laurea in medicina? Mi spiego: si discute se la programmazione debba essere fatta a livello centrale od invece a livello periferico, cioè regionale, oppure se contestualmente a livello centrale e periferico oppure ancora se debba essere una programmazione solo in rapporto alle possibilità recettive di didattica delle facoltà. È favorevole ad un esame di ammissione?

Si è parlato molto della riforma degli studi di medicina. Vorrei essere un po' più cattivo, per così dire, del senatore Calì. Il professor Beretta-Anguissola, in questa stessa sede, ha definito l'insegnamento della medicina in Italia un sistema arcaico, ottocentesco. Vorrei aggiungere a tale definizione — forse anche troppo cattiva — che sicuramente è un insegnamento che non tiene conto dell'evoluzione che vi è stata in tema di diritto della salute, quindi della domanda, della richiesta del nuovo tipo di medico che la società attualmente richiede. E qui mi riallaccio al discorso che è stato fatto poc'anzi e sul quale sono pienamente d'accordo.

Vorrei rivolgere inoltre una domanda non solo a lei, professor Teodori, ma anche a tutti gli altri presidi. Sta circolando una bozza di disegno di legge in materia di stato giuridico dei ricercatori universitari, preparata dal Ministero della pubblica istruzione, che ha provocato ovviamente un'energica protesta da parte degli interessati, cioè dei ricercatori.

Conoscerete certamente molto bene questa bozza di stato giuridico che prevede due fasce di ricercatori: da una parte, i ricercatori di prima nomina, o cosiddetti straordinari, che diventano successivamente ordinari, previo un giudizio, dopo tre anni di straordinario, e dall'altra, i ricercatori primi, i cosiddetti ordinari.

Vorrei dunque conoscere il parere del relatore in merito al fatto che continuano ad arrivare delle sentenze positive da parte di numerosi TAR (quelli dell'Emilia-Romagna, del Veneto, della Campania) che riconoscono la facoltà per i ricercatori, dopo che siano stati confermati nei giudizi idoneativi, ad accedere direttamente al ruolo di professore associato.

L'ultima domanda. Si è giunti, come loro sanno, a livello ministeriale ad elaborare un disegno di legge che dovrebbe quanto prima essere approvato anche dal Consiglio dei ministri, che introduce il concetto del numero programmato per l'accesso, sia alla facoltà di medicina che alle scuole di specializzazione. Mi interessa soprattutto il problema degli specializzandi per i quali il disegno di legge prevede il tempo pieno retribuito, con retribuzione pari a quella dell'assistente in formazione. Occorre riconoscere che, anche se con molto ritardo — vorrei ricordare che anche nelle precedenti legislature ci sono state delle iniziative legislative tra le quali quella del nostro Gruppo parlamentare alla Camera —, l'Italia si adegua alle direttive della CEE sulla formazione specialistica. Questo provvedimento ha già suscitato, oltre che a livello finanziario da parte del Ministero della sanità e soprattutto da parte dei Ministeri del tesoro e del bilancio, parecchie perplessità anche nell'ambiente universitario, soprattutto a livello di presidi di facoltà. Vorrei conoscere quali sono queste perplessità.

RANALLI. La prima domanda riguarda i policlinici a gestione diretta e i policlinici a gestione convenzionata con le USL. Il preside della facoltà di Napoli può dare un esempio convincente della migliore condizione funzionale prodotta dalla gestione diretta rispetto alla gestione — in qualche misura

contestata da parte degli accademici — che avviene altrove attraverso specifiche convenzioni con le USL? È una questione che mi interessa moltissimo e le chiedo una risposta quanto più possibile oggettiva.

Seconda domanda. Credo che sappiamo tutti bene che un policlinico si qualifica nella misura in cui l'insegnamento, la ricerca e l'assistenza realizzano il massimo di fusione e di agibilità in modo tale da evitare la prevaricazione di uno dei contenuti sugli altri; è questo un altro degli elementi che tiene viva una polemica mai sopita all'interno del mondo sanitario. A lei che ha sottolineato questo tratto specifico della ricerca domando come si deve intendere il fatto che talvolta molti posti-letto in dotazione a strutture universitarie, a policlinici sono inagibili e non sono messi a disposizione della assistenza pubblica che li reclama. Per concludere questa domanda credo che probabilmente si dovrebbe effettuare un esame più rigoroso in tutte le sedi sul fatto che talvolta per comodità si accentua uno dei punti per arrivare alla conclusione che l'altro punto possa essere meno rispettato e non tenuto nella debita considerazione. Non fatemi fare degli esempi, ne potrei fare molti perchè li conosco.

Terza domanda. Perchè affidare a contratti di diritto privato l'introduzione nell'insegnamento ad ogni effetto di primari ospedalieri e di aiuti ospedalieri, culturalmente e scientificamente preparati ai fini della gestione di corsi di laurea, e non risolvere il problema attraverso soluzioni pubbliche? Le soluzioni pubbliche infatti devono garantire il diritto all'insegnamento degli ospedalieri attraverso le norme che regolano la formazione del medico.

CONDORELLI. Vorrei anzitutto ringraziare il presidente Bompiani per aver avuto la sensibilità di invitare i rappresentanti dei presidi delle facoltà di medicina perchè indubbiamente molti degli attuali mali della sanità italiana dipendono proprio dal mancato adeguamento dell'insegnamento della medicina. Le facoltà di medicina rappresenteranno sempre un punto fondamentale del Sistema sanitario nazionale ed il migliora-

mento della loro struttura e della loro funzione inciderà indubbiamente sulla qualità dei medici e come abbiamo sentito vi è bisogno di un'ampia riforma.

Vorrei rivolgere le prime due domande al professor Carinci; si è accennato al gravissimo problema del reclutamento dei giovani, essenziale per quella funzione caratteristica dell'Università che è il progresso della ricerca. L'assistenza va vista in funzione della ricerca e la ricerca in funzione dell'assistenza; sono due fatti inscindibili ed abbiamo bisogno di reclutare per la ricerca ogni anno dei giovani, almeno nella misura del 10 per cento dei laureati in medicina e ciò va fatto in modo agile. Non possiamo creare delle figure di precariato, in quanto purtroppo quando in Italia si concede una borsa di studio, si dà un gettone, si istituisce un contratto libero-professionale, dopo alcuni mesi, per la situazione legislativa, si crea la figura del precariato con danni immensi, dato che si passa di sanatoria in sanatoria senza guardare al futuro. Dobbiamo assolutamente trovare una formula che dia la possibilità ai giovani di valore — almeno nella misura del 10 per cento dei laureati — di fare attività di ricerca per due-tre anni; dopo di che si vedrà che sbocco questi giovani devono avere, sperando anche nello sfollamento dell'Università, trovando anche forme di incentivo per trasferire in altre attività quei docenti che non abbiano più voglia di lavorare e che possono svolgere delle attività egualmente importanti, ma fuori dell'Università, trovando quindi un dinamismo che è essenziale. Quando è stata varata la legge sui ricercatori abbiamo immesso un numero immenso di personale mediante concorsi riservati, che poi sono sanatorie, perchè alla fine non si ha il coraggio di eliminare queste persone; anche perchè altrimenti il posto va perduto — è questo il principio che si segue — ed evidentemente non possiamo sclerotizzare il sistema. Dobbiamo inventare qualche cosa. Il problema potrebbe essere in parte risolto con le scuole di specializzazione.

Il secondo aspetto importante di cui ha parlato anche il professor Carinci e di cui dobbiamo tener conto nell'attività legislativa futura, è quello che riguarda le possibilità

che devono sempre avere le facoltà di modificare le strutture, i reparti in funzione, per le esigenze dello sviluppo e della ricerca. Non possiamo applicare rigidamente le leggi ospedaliere; non sappiamo quello che avverrà di qui a qualche anno: dobbiamo dunque avere la possibilità ogni anno di modificare la nostra attività. D'altra parte sono d'accordo circa la necessità di non creare reparti eccessivamente numerosi in quanto a posti letto: dobbiamo mirare soprattutto alla qualità, all'altissima specializzazione e alla ricerca, perchè questo è il compito preminente che deve svolgere l'Università.

Il professor Muscatello ha toccato poi un argomento di grande rilievo che ci addolora profondamente: la ricerca biomedica in Italia. Ho saputo con piacere che verso la fine di questo mese vi sarà a Roma un convegno, promosso dal professor Bompiani, a cui spero di partecipare. Abbiamo oggi — ed è vero quello che dice il professor Muscatello — una grande discrepanza tra i ricercatori, che sono diventati veramente ottimi e numerosi (indubbiamente in questi ultimi dieci anni vi è stato un miglioramento formidabile della loro qualità), e la precarietà dei finanziamenti. Noi — lo dico ai colleghi presidi — abbiamo discusso in questa sede di questo argomento in occasione del dibattito sullo stato sanitario del paese e abbiamo appreso veramente con raccapriccio che nel 1980 il finanziamento per la ricerca biomedica — escluso il personale ovviamente — è stato di 32 miliardi e mezzo; finanziamento che comprendeva fondi ministeriali (40-60 per cento), fondi del CNR e della Sanità. Sono cifre irrisorie: ho ricordato come in un solo istituto Nord-americano, nello stesso anno il laboratorio di medicina ha speso la stessa cifra. Anche per questo credo che sia necessario poter conoscere il pensiero dei medici in proposito. Penso che una soluzione debba essere quella di un incontro tra l'industria e la ricerca, anche questo alla luce del sole. Non vedo altra via. Ciò ovviamente accanto ai progetti finalizzati, ai progetti di interesse regionale che il professor Bompiani ha chiamato progetti-obiettivo. Le Regioni, anche in base al tipo di patologia locale, possono promuovere questo tipo di ricerca e dare con

questa possibilità un finanziamento ai giovani ricercatori.

Infine alcune considerazioni su quello che dice il professor Salvatore, che saluto con molto affetto, piacere e stima, per l'impegno che egli ha profuso nella presidenza della facoltà di medicina dell'Università di Napoli, per gli indirizzi che egli ha voluto dare a questi problemi. Soprattutto ha espresso una dimostrazione che è importantissima, che forse altre Università non hanno dato — e questo lo posso dire anche con orgoglio —, cioè che l'Università può essere contemporaneamente di massa ed assolvere al suo compito fondamentale che è quello della preparazione dei giovani. Cioè l'Università di massa deve selezionare i migliori. Debbo dire che i piani di studio che noi abbiamo adottato assolvono a questo compito. Certamente sono pesantissimi; gli studenti sono impegnati fin dai primi anni in una attività di studio frenetica, in una attività di lavoro intensissima e non sono molti quelli che riescono a seguire questo ritmo. Ma è questa Università che riesce a formare adeguatamente gli studenti. Sono d'accordo su un punto fondamentale, che cioè abbiamo l'esigenza di dare una profondissima preparazione biologica agli allievi medici. L'attività pratica a noi interessa fino ad un certo punto, sappiamo che lo studente di qualità in un mese impara tutto quello che un'altra persona impara in quattro o cinque anni. Fino al quarto o quinto anno dunque occorre dare una profonda preparazione biologica; oltretutto in tal modo innestiamo nell'allievo la voglia ed il gusto alla cultura che costui si porta dietro per tutta la vita e che diventano per lui un patrimonio fondamentale che lo condurrà ad un miglioramento e a vasti interessi in tutta la sua attività. Anzi, proprio per questi motivi non vedo di buon occhio una preparazione pre-laurea per certe finalità: sono dell'avviso che lo studente debba avere una buona preparazione biomedica e poi potrà scegliere. A questo punto lo studente così preparato potrà anche continuare i suoi studi negli ospedali dove porterà nuova linfa e nuovi interessi: perchè i giovani sono sempre apportatori di vitalità. Certamente l'impegno dell'ospedale è anche un fatto che

ci promuove: a noi interessa tutto quello che può migliorare la cultura. Quindi il miglioramento degli ospedali noi lo accettiamo. Siamo anche d'accordo ad impegnare i colleghi degli ospedali nell'attività didattica. Però la scelta del professore, dal punto di vista istituzionale, deve restare una prerogativa del Ministero della pubblica istruzione. Se si vuole fare esclusivamente il professore universitario si deve superare un concorso regolare. Invece è bene che proprio le Università siano dotate di strumenti agili per individuare i colleghi ospedalieri che posseggono le capacità e poi, con pari dignità, per invogliarli all'insegnamento. Se poi costoro vogliono svolgere l'attività di professori ben possono farlo, perchè l'Università è stata sempre aperta.

Un ultimo punto che vorrei sottolineare è il seguente: sono d'accordo con il professor Salvatore circa la necessità di una consistente preparazione di medicina ambulatoriale; insisto molto su questo, perchè il medico bravo opera in ambulatorio; è lì che dimostra le sue grandi capacità. Inoltre l'80 per cento dei medici deve lavorare in strutture *extra* ospedaliere e quindi è necessario formare con questo indirizzo gli allievi medici. Vorrei sapere il pensiero del professor Salvatore sul problema dei cosiddetti «gettonati» dei policlinici universitari; vorrei che egli riferisse alla Commissione quali sono le sue opinioni in proposito.

MELOTTO. Ritengo anche io che questa sia un'audizione importante e mi rifaccio alle considerazioni svolte poc'anzi dal professor Carinci. La facoltà è un *unicum* e, d'altra parte, se vogliamo supportare la qualità del servizio, non possiamo estraniare la ricerca dall'assistenza. Tutto questo, però, comporta determinate scelte. Il policlinico, a gestione diretta o indiretta, è supporto a tutto il Servizio sanitario nazionale e non può raccordarsi con la programmazione di carattere sanitario, sia essa nazionale o regionale. Allora, una prima questione che emerge è la seguente: ci sembra di osservare che oggi vi sia lo smembramento, sempre più accentuato, di cliniche rispetto a cattedre di specializzazione o di superspecializzazione. In un

primo tempo ci si limita alla cattedra, poi, ovviamente, per quel nesso inscindibile fra ricerca, didattica e assistenza, si chiedono anche i reparti. Ho sentito altri colleghi dire che indubbiamente si rende più ridotto, più elastico il numero, per aggregare in questa elasticità la sperimentazione che avviene quotidianamente sul piano dell'assistenza. Questo renderebbe non inflattivo il numero dei posti-letto, con tutte le conseguenze che ne deriverebbero. Infatti, la logica diffusa nel paese è quella di dover ridimensionare i posti-letto e tutta la struttura ospedaliera, per renderla molto più qualificata di quanto non sia. Vorrei sapere se l'orientamento di cui ho detto sopra è sporadico o diffuso e se è, non dico governato, ma coordinato in modo propulsivo da parte della Conferenza dei presidi. Sapere questo faciliterebbe molte cose nella programmazione, sia di ordine nazionale che regionale.

Altra questione è quella che riguarda certe carenze, le quali, sia che provengano dal Ministero della pubblica istruzione, dal Ministero della sanità o dalle Regioni, sono comunque dell'apparato pubblico. Io credo, allora, che ad un certo punto occorrerà definire, fermo restando l'orientamento giuridico, la posizione nel sistema sanitario della facoltà e del policlinico, con tutti gli annessi e connessi. Quindi, sul piano delle incompatibilità, le quali indubbiamente vanno definite con legge e non certo con contratto, si deve definire cosa propone la Conferenza dei presidi perchè sia fatta, finalmente, chiarezza. Altrimenti, il dualismo esistente rimarrebbe un fenomeno di conflittualità diffuso e permanente.

L'ultimo aspetto che vorrei prendere in considerazione è quello che riguarda la partecipazione degli ospedalieri alle scuole di specializzazione. Si tratta di formazione pre-professionale. Si è parlato di formazione permanente. Nella legge n. 833 si è stabilito l'aggiornamento obbligatorio, ma la norma è rimasta soltanto scritta più che operante, perchè non esistono a valle le sanzioni che avrebbero potuto renderla tale. Chiedo, allora, quali sarebbero le proposte della Conferenza dei presidi per rendere effettivamente funzionante e produttiva la formazione per-

manente dei vari operatori, non solo di medicina generale, ma anche della specializzazione, di fronte all'analfabetismo di ritorno oggi esistente?

Avrei molte altre domande da fare, ma concludo, vista l'ora.

IMBRIACO. Credo che l'istituzione universitaria, come tante altre istituzioni nel nostro paese, viva oggi una crisi di identità, legata a diversi fattori, uno dei quali è, ovviamente, la tumultuosa evoluzione tecnico-scientifica o meglio la rivoluzione tecnologica dei giorni nostri. Quindi, i grossi temi che la Conferenza dei presidi solleva e che, per la gran parte, mi trovano consenziente, sono temi che avremo modo di riverificare, in quanto, per esempio, già in questo momento, in altra Commissione, è avviata la discussione sulla riforma degli ordinamenti didattici e quanto prima si avvierà il dibattito su vari testi già presentati per la riforma delle facoltà di medicina. Non mi trattengo, dunque, su tali temi, ma vorrei porre una domanda che si ricollega, in parte, con quanto ha detto il senatore Melotto e che fa riferimento pieno agli scopi della nostra indagine, i quali, come sapete, sono la verifica dell'attuale impianto istituzionale della legge n. 833 e la possibilità di capire come la spesa sanitaria, che il paese sostiene, sia compatibile con le risorse e, soprattutto, abbia una produttività diversa rispetto alla situazione attuale, che appare deludente. Entro direttamente nel merito della domanda. I policlinici, sia a gestione diretta che a gestione indiretta, costituiscono un aspetto non indifferente per quanto riguarda l'economia complessiva che il settore registra. Però, alla base di tutte le analisi, si fa sempre meno riferimento ad un fenomeno curioso, che negli anni si è andato consolidando e stratificando e rispetto al quale ancora non viene fuori una soluzione. Mi riferisco a quanto segue: si discute da più parti sulla necessità di unificare i tre famosi momenti (dell'assistenza, della ricerca e della didattica), però nella sostanza, soprattutto in alcune realtà — non voglio generalizzare — sta di fatto che il momento assistenziale finisce per diventare schiacciante a scapito e a danno della ricerca e della didattica. Anche

qui le cause sono diverse ed io non voglio ricercarle tutte, ma su una vorrei una risposta dai nostri cortesi ospiti. Per un meccanismo perverso, per una sorta di circolo vizioso, senza andare alla ricerca di responsabilità, sta di fatto che l'operatore universitario, il ricercatore e lo studioso che si avviano verso una carriera universitaria finiscono per essere intrappolati loro malgrado in una carriera che, alla fin fine, punta alla conquista, insieme alla direzione dell'istituto, di un certo numero di posti-letto; questo, di per sé, è un elemento deviante rispetto al quale, poi, il problema economico-finanziario non diventa secondario. Voglio dire, in buona sostanza, che oggi come oggi, il fatto che centinaia di associati, i quali accanto alla scelta legittima e dignitosa di una carriera universitaria rivolta alla didattica e alla ricerca mettano nel conto il bisogno di avere un loro parco letti, crea un problema che, se non si risolve alla radice, finisce per complicare la vita stessa della istituzione. Per non parlare, poi, delle cattedre che, legittimamente, ogni anno devono essere messe a concorso per la promozione delle energie e delle intelligenze più valide. Non si discute di questo, però quello che non si riesce a capire è perché ogni obiettivo di questo tipo, che il singolo studioso si pone, debba avere come contropartita un qualcosa che significhi posti-letto. Allora, se questo è vero, è possibile avviare un discorso, già in questa fase di un primo momento di riforma delle facoltà di medicina, di reintroduzione — e io dico che sarebbe giusto — del numero programmato degli studenti e di norme per cui i professori universitari vedano premiato il loro impegno, la loro carriera e il loro valore attraverso la conquista degli obiettivi legittimi; e ciò, con una contropartita che per comodità chiamo tempo pieno o incompatibilità, ma che significhi in buona sostanza una funzione essenziale senza promiscuità di impegni e senza perdite di tempo o di interesse per lo scopo precipuo per il quale l'operatore ha fatto la sua scelta di vita.

ALBERTI. Vorrei ringraziare molto rapidamente i presidi delle facoltà di medicina che



ci hanno esposto tutta la problematica del settore.

Innanzitutto vorrei chiedere se nella formazione del medico — la domanda è rivolta al professor Muscatello — non si ritenga necessario un congruo periodo di tirocinio nell'ambito della ricerca. Cioè, sono d'accordo con chi ha detto che la formazione del medico debba avvenire soprattutto al livello universitario e che solo nell'ultimo anno di medicina o negli anni immediatamente seguenti la laurea in medicina il medico debba affrontare i problemi più diretti della sua professione, ma sarebbe interessante sapere se ritenete opportuno che lo studente passi attraverso lo studio della metodologia di ricerca, cioè venga preparato in questo senso. Quindi il problema per l'Università non sarebbe tanto quello di disporre di un numero di posti-letto sufficiente per ogni studente, cioè un numero delle iscrizioni alla facoltà in rapporto al numero dei posti-letto, quanto la possibilità che questi studenti possano passare attraverso un tirocinio all'interno delle strutture di ricerca in modo da apprendere le metodologie necessarie, cosa questa che ritengo importantissima.

La seconda domanda è rivolta al professor Salvatore, dal quale vorrei sapere qual è la disponibilità reale dell'Università ad integrarsi con le strutture del Sistema sanitario nazionale. È vero che — qualcuno prima lo ha ricordato — la convenzione è stata firmata solo nel Veneto per Verona e Padova e con la Calabria? In alcune regioni erano presenti strutture da sempre funzionanti — il Veneto ha una tradizione ospedaliera importante e radicata — e questo non mi pare che accada in Calabria dove, invece, la situazione ospedaliera è più fragile perchè di più recente formazione; in questa regione infatti, abbiamo potuto assistere al fatto che è stata firmata la convenzione tra Università e Regione senza assolutamente tener conto dei reali bisogni, della reale patologia del territorio e delle strutture già esistenti e per questo sono stati indicati insegnamenti ripetitivi. Il fatto stesso che la facoltà abbia firmato una convenzione per inserire l'intero settore della ricerca in un ospedale piccolo e fatiscente, dove in 3.000 metri quadrati sono stati allo-

cati undici insegnamenti clinici e dieci insegnamenti d'istituto, mi pare abbia largamente penalizzato l'ipotesi di una ricerca adeguata e si ha l'impressione che la preoccupazione sia stata quella di creare ulteriori strutture di assistenza, se è vero come è vero che su ventotto docenti (tre ordinari e venticinque associati) sono stati creati ventotto primariati.

Chiedo a voi entro che limiti l'Università, specie nelle regioni dove in effetti vi è una fragilità della struttura sanitaria e quindi dove l'Università dovrebbe rappresentare un momento di lotta per l'organizzazione sul territorio, è disponibile ad assumere quel ruolo senza arrivare ad una situazione di competizione che ritengo improduttiva sia per quanto riguarda l'assistenza, sia per la didattica e la ricerca?

ONGARO BASAGLIA. Mi pare sia stato sottolineato, sia dagli intervenuti che dai colleghi senatori, uno scarto tra i contenuti della riforma sanitaria e il tipo di formazione dei medici sempre ancorato ad un modello culturale ormai entrato in crisi e che, fra l'altro, non presupponeva l'acquisizione del diritto alla salute. Tuttavia, mi pare che uno degli elementi centrali della riforma — anche se molto scarsamente applicato e sviluppato — fosse la necessità di spostare l'enfasi dalla cura alla prevenzione, il che presuppone anche la conoscenza degli elementi sociali estranei alla medicina e, tuttavia, impliciti nella malattia. Vorrei chiedere quali misure si attuano e quali possono essere previste negli studi di medicina per garantire una formazione anche su questo aspetto che attualmente si rivela essenziale.

PRESIDENTE. Do la parola al professor Teodori per iniziare le repliche.

TEODORI. Sono perfettamente d'accordo con il senatore Cali in merito alla crisi della didattica in quanto ci troviamo realmente di fronte a tutti gli inconvenienti della parcelizzazione che sono stati denunciati, però, non parlerei di crisi della ricerca perchè quella biomedica sta guadagnando notevolmente in campo internazionale e oggi si

trova al settimo posto. Quindi, è evidente che ancora qualcosa va bene e questo dipende dal fatto che vi sono molti giovani entusiasti anche senza aspirare a diventare ricercatori. Il volontariato in Italia è ancora vivo, ma è evidente che ad esso non possiamo chiedere troppo.

Però esiste la crisi per la didattica. Non si tiene conto dei problemi del territorio, degli aspetti preventivi e della formazione pedagogica dei docenti. A questo, la conferenza dei presidi sta cercando di rimediare. Intanto cosa si è fatto? Il progetto di riforma dell'ordinamento didattico contenuto nel volume che lascerò a disposizione del Presidente, è oggetto di studio e di lavoro da parte della commissione nominata dal Ministero; la sua caratteristica è quella di non puntare più sugli insegnamenti singoli ma sulle aree di competenza. Lo studente deve acquisire delle aree di competenza di tipo teorico-pratico. Quindi esisterebbe un coordinamento orizzontale tra materie della stessa area (materie e non insegnamenti) e un coordinamento verticale, specialmente per quanto riguarda gli aspetti preventivi che è necessario porre prima; infatti, ad esempio «igiene», attualmente, viene insegnata al quinto anno, il che naturalmente è troppo tardi.

Questo non è solo un programma: qualcosa è già stato messo in pratica e ha già dato i suoi frutti; infatti, in alcune Università vediamo migliorata la formazione degli studenti, soprattutto attraverso i corsi compatti, cito ad esempio quelle di Pavia, Ferrara, Modena, Cagliari, Napoli, Perugia e Firenze. Agli studenti del primo anno inoltre vengono fatti dei corsi propedeutici di conferenze sugli scopi della facoltà di medicina.

Il problema più importante, comunque, è quello della formazione pedagogica dei docenti. Anche a questo problema la Conferenza dei presidi si è dedicata da tempo, promuovendo, insieme alla fondazione Smith-Kline, degli *ateliers* e dei seminari per i docenti. Per ora sono stati fatti solo per docenti di singole aree, ma con la fondazione Smith-Kline siamo già d'accordo di promuoverli anche per docenti di singole facoltà. Ad esempio per medicina organizzeremo un *atelier* pedagogico nel prossimo mese di settem-

bre, che si terrà presso Firenze. Non so se il professor Beretta-Anguissola ha detto che è stata fondata la società italiana di pedagogia medica (egli è il presidente di questa società) e che nel mese di maggio terrà una riunione, questo sempre per iniziativa della fondazione Smith-Kline.

Reputo necessaria anche una formazione pratica *post* laurea e una preparazione pre-laurea, perchè lo studente dovrebbe avere una sufficiente preparazione pratica — con questo mi ricollego a quanto affermava il senatore Condorelli —, perchè oggi lo scibile è talmente vasto che è necessario preparare gli studenti a un linguaggio ed un metodo più idonei e non insegnare una moltitudine di nozioni che, oltretutto, non sarebbero neanche in grado di apprendere.

Vi è un progetto di direttiva CEE — non è operante, per ora è solo un progetto — che prevede, per essere ammessi al servizio sanitario nazionale una formazione professionale *post* laurea della durata di due anni. Come questo poi si possa articolare con i nostri attuali sei mesi di tirocinio pratico o con quello di un anno prima dell'esame di Stato è un problema che bisognerà risolvere soprattutto a livello politico.

Rispondendo al senatore Botti, devo dire che il numero degli studenti deve essere programmato in base alle esigenze delle strutture esistenti, perchè se si facesse secondo le necessità del paese si avrebbe un numero negativo. Il criterio da adottare è quindi quello che si basa sulle disponibilità delle strutture e sulla formazione culturale e l'educazione alla ricerca per lo studente.

Il senatore Melotto ha parlato del dualismo esistente fra Università e ospedale. In realtà noi abbiamo sempre cercato — forse non con la dovuta cura — di avere la collaborazione dei colleghi ospedalieri per quanto riguarda l'insegnamento. Non sempre questa viene fornita come noi la vorremmo anche perchè gli ospedalieri non sono incentivati a ciò. Perciò, se si vuole la loro collaborazione per quanto riguarda la didattica è necessario dare loro degli incentivi. Ad esempio a Firenze — parlo per mia esperienza personale — vi sono o due tre ottimi primari, ma gli aiuti o gli assistenti non sono altrettanto ottimi,

questo perchè non hanno alcuna incentivazione.

Un altro punto che vorrei sottolineare è quello che riguarda gli associati; questi desiderano una propria sfera di responsabilità con una conseguente proliferazione dei reparti ospedalieri. Noi siamo contrari a questa parcellizzazione, a queste divisioni sottospecialistiche, perchè l'apporto della specialistica deve essere un apporto di competenza specifica nell'ambito di una struttura più ampia e generale non per una questione baronale dei clinici medici generali, ma perchè altrimenti verrebbe a perdersi quella visione globale del malato che deve essere fornita allo studente. Siamo perfettamente d'accordo con il progetto di legge presentato dal senatore Bompiani, ne abbiamo discusso e la Conferenza dei presidi è pienamente d'accordo con il criterio in esso contenuto.

*CARINCI.* Dobbiamo esser grati a questa Commissione per aver ascoltato quelle che sono le prospettive inerenti alle facoltà mediche e per aver sollevato una serie di problemi applicativi. Viviamo in una situazione di crisi, questo è stato largamente sottolineato e non dobbiamo dimenticarlo, per cui è necessario porci alcuni obiettivi nonchè individuare alcune eventuali e appropriate soluzioni.

Mi soffermerò solo sugli elementi che sono stati evidenziati come ad esempio il rapporto tra Università e Sistema sanitario nazionale. Mi rendo conto che esiste una serie di distorsioni, alcune sono state anche indicate, quali l'utilizzo dei posti-letto, i problemi dello sviluppo non omogeneo di quelle che sono le realtà specialistiche e l'aspirazione del personale universitario ad avere un proprio reparto. Questi sono tutti problemi reali, però una volta individuati gli obiettivi, ossia il soddisfacimento di certe condizioni per l'esplicazione in termini di progresso dei compiti delle facoltà mediche, nulla vieta che vi siano dei vincoli legislativi o di altro tipo che non lascino alla singola facoltà medica la possibilità di una programmazione *ad personam*, ma che individuino i requisiti che devono essere soddisfatti al fine di attuare lo sviluppo definitivo. In altre parole, se si

individuano le esigenze di sviluppo di certe facoltà, nulla vieta che si soddisfino quei requisiti e obiettivi che possono essere verificati da organi appropriati, come ad esempio il Consiglio sanitario nazionale.

Vorrei che non ci fosse la preoccupazione — comune anche ai presidi della Conferenza — che il rispetto di esigenze essenziali, qualche volta realizzato con elementi di distorsione, faccia venir meno quel meccanismo che dovrebbe invece impedire le stesse distorsioni.

Desidero fare altre due considerazioni per quanto riguarda il reclutamento. Va detto, con molta franchezza, che con i meccanismi attuali stiamo impoverendo l'efficacia delle facoltà mediche e lo stesso reclutamento di nuovi studiosi.

La carenza di personale medico negli istituti biomedici del primo triennio sta raggiungendo livelli di crisi e credo che una Commissione legislativa debba porsi tale problema. Parliamo di ricerca biomedica, di interventi, ma il fatto di non aver attuato una forma di reclutamento adeguato sta svuotando gli istituti di anatomia, di istologia, di patologia generale, di fisiologia umana — basi della formazione del personale docente futuro — di personale laureato in medicina e chirurgia.

Per quanto riguarda infine il problema dei ricercatori e la possibilità di attuare in questo contesto forme di reclutamento, va detto brutalmente che la bozza di disegno di legge in materia di stato giuridico dei ricercatori, di cui non è chiara la paternità, è un grosso «pateracchio» e quindi è auspicabile un ripensamento al riguardo.

Per il reclutamento, bisognerebbe adottare una forma non rigida. Come avviene in molti altri paesi, sarebbe auspicabile che una quota del finanziamento per la ricerca potesse essere utilizzata per il personale. In Europa tale meccanismo è usato correntemente, cioè il finanziamento per la ricerca consente anche retribuzioni al personale; in Italia ciò non avviene perchè non si vogliono creare in nessuna forma figure di precariato. Ma allora si chiudono le facoltà mediche, l'addestramento e si conclude il discorso. Invece, ripe-

to, sarebbe auspicabile attuare un meccanismo di questo tipo.

*MUSCATELLO.* Per essere breve non potrò rispondere a tutti i quesiti che sono stati posti, e di questo mi scuso fin d'ora. Ringrazio, comunque, i senatori per aver sollevato in particolare alcuni problemi, anche se non su tutti probabilmente, come ha già detto, potremo dare una risposta.

Senatore Calì, a mio avviso, il fatto che finalmente le facoltà siano diventate coscienti del problema della crisi è estremamente positivo. La questione, infatti, è tutta qui: la facoltà di medicina, sia per ragioni strutturali sia per altri motivi, è rimasta indifferente ai cambiamenti della società. I compiti del medico variano in funzione del periodo storico. La facoltà di medicina, invece, non ha modificato la sua struttura, basata su uno schema che risale al 1933. Quindi, rispondo anche alla senatrice Ongaro Basaglia che poneva un problema di fondo, cioè chiedeva come mai la facoltà di medicina, tutto sommato, sembra essere indifferente al fatto fondamentale che è avvenuto nella cultura medica: non è indifferente ma impotente, che è molto diverso secondo me; non affronta cioè ancora, in primo luogo, il problema dell'educazione alla prevenzione, alla protezione della salute, in senso diverso dalla intesa quindi alla terapia.

Uno degli aspetti che occorrerebbe, a mio avviso, migliorare è il rapporto tra i centri programmatori della Sanità e i centri programmatori della Pubblica istruzione. In alcune Regioni i rapporti sono ottimi sul piano personale, ma non si riesce ad averli sul piano formale; mancano, cioè, i canali informativi che colleghino gli organi della programmazione sanitaria con quelli della programmazione universitaria. Al momento della formazione del Piano sanitario nazionale, ma più ancora dei piani sanitari regionali, non vi è un rapporto informativo con le facoltà e bisogna riconoscere, ad autocritica, che le facoltà predispongono la loro programmazione di cattedre, di interventi strutturali, che hanno una ricaduta dopo, ad esempio, venti anni, senza tener conto di alcuna informazione. Quindi, l'Università,

è del tutto tagliata fuori dal sistema informativo sanitario, e questa è anche una risposta all'osservazione fatta dal senatore Calì che chiedeva se la nostra sperimentazione fosse orientata verso i problemi territoriali. Ma non veniamo informati di questi problemi, che dovremmo pertanto conoscere solo per intuizione. Sarebbe, a mio avviso, necessario — a questo la legge allude diverse volte, tuttavia non mi sembra un aspetto molto realizzato nei fatti — un rapporto migliore di scambio informativo tra i centri programmatori sanitari e i centri programmatori delle Università, che sono due realtà che procedono del tutto separatamente.

Per quanto concerne il problema della programmazione degli accessi alla facoltà di medicina, posto inizialmente dal senatore Botti, personalmente ritengo che una programmazione fatta in relazione alle strutture esistenti non risolva la questione. Il numero degli iscritti non è un problema universitario ma sanitario, e bisogna avere il coraggio di dirlo. Se la facoltà formasse un altro tipo di laureato, nessuno se ne preoccuperebbe. Il problema quindi — ripeto — è sanitario. Ora, non ho soluzioni da proporre al riguardo, però ho partecipato a diverse riunioni tenutesi all'estero, soprattutto in Svezia, nelle quali l'Italia veniva criticata proprio su questo punto, anche sulla programmazione degli accessi alle scuole di specializzazione.

Programmazione in relazione alle strutture significa creare uno squilibrio rispetto alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. Infatti, ad esempio, potremo creare strutture perfette per formare un tipo di specialista che al sistema nazionale non serve.

Quanto ai metodi per attuare la selezione, credo — ma questa è un'opinione personale — che non ve ne siano. Forse sarebbe stato meglio se avessimo avuto più coraggio per accettare l'anno programmatico.

In conclusione, non vi sono metodi se non quello — sul quale insisto — di valutare soltanto l'amore verso il prossimo. Può sembrare una battuta, ma è così. Cosa significa programmare sulla base della cultura matematica, eccetera?

Inoltre, senatore Ranalli, credo che anche

su quel punto forse dovrebbe essere preso seriamente in considerazione il problema di un rapporto molto più formale tra le Università e gli ospedali. Non credo — è comunque una mia opinione personale — che il meccanismo del semplice contratto sia logico perchè questo favorisce un gioco che noi universitari conosciamo benissimo. A mio avviso, il problema non è così angoscioso. Infatti, se noi, come universitari, abbiamo soprattutto compiti didattici e di ricerca che si ripercuotono anche sul sistema sanitario nazionale dell'assistenza, non si capisce perchè non si possa pensare, viceversa, ad una «ricaduta» culturale del sistema sanitario sul settore universitario. Ovviamente, è facile porre il problema, mi direbbe il presidente Bompiani, ma non risolverlo, e su questo siamo d'accordo.

Infine, vorrei ringraziare il senatore Alberti per aver richiamato l'attenzione sul problema dell'aspetto formativo della ricerca. È mia personale opinione, ma credo sia condivisa da tutti, che in realtà il punto centrale di una moderna formazione del medico è la ricerca, intesa come acquisizione di un metodo osservazionale moderno. Questo risolverebbe anche il problema al quale accennava la senatrice Ongaro Basaglia, cioè quello di una maggiore apertura verso il discorso della prevenzione. Sono convinto che una volta che un giovane apprende il metodo osservazionale, cioè impara ad accettare il dato che gli fornisce la realtà qualunque essa sia, e ne sa trarre generalizzazioni empiriche, come si usa dire, ha imparato a fare il medico. In ultima analisi, infatti, quando uno fa il clinico o lo studioso di prevenzione, usa un metodo sperimentale. Quindi, sono pienamente d'accordo sul fatto che questo sarebbe il punto veramente fondamentale: dedicare moltissimo tempo e un'enorme quantità di energie per avere un giovane capace di accettare la realtà così come la scienza ci insegna a fare. E questo non è un investimento a perdere. Noi, purtroppo, e concludo — per non dilungarmi ancora — consideriamo la ricerca soprattutto in funzione dei suoi risultati; a mio avviso, invece, la ricerca è anzitutto un metodo formativo della mentalità della persona. Essa è pertanto di fonda-

mentale importanza dal punto di vista didattico, oltre che, ovviamente, per i risultati di conoscenza scientifica che può dare.

**SALVATORE.** Risponderò molto telegraficamente; il senatore Calì ha posto tre domande retoriche: «In quale facoltà l'insegnamento è legato al raggiungimento di risultati non solo cognitivi ma anche psico-motori e psico-attitudinali?». Rispondo: in nessuna. Seconda domanda: «In quale facoltà si sono sviluppati dei programmi formativi basati sulla patologia del territorio?». Risposta: in nessuna. Terza: «In quale facoltà si è organizzato un dipartimento di pedagogia medica?». Risposta: in nessuna. Sono molto lieto che il mese prossimo, quando si istituirà il dipartimento di pedagogia medica, il primo voto favorevole sarà il suo, senatore Calì.

Il senatore Botti ha parlato del sistema degli studi di medicina come arcaico ed ottocentesco; sono perfettamente d'accordo e l'ho già detto moltissime volte. Devo però ribadire che in primo luogo non vogliamo disposizioni legislative; è possibile cambiare la cosiddetta famigerata «tabella 18» per via amministrativa, così come hanno fatto le facoltà di medicina veterinaria, quella di architettura, agraria e così via. Vi ringraziamo molto, ma per cortesia non occupatevi di una tabella che ci deve scendere dal cielo con la pretesa della uniformità della preparazione medica che non è accettata in nessun paese civile del mondo, e lasciate invece alla responsabilità delle singole facoltà il dovere di programmare, entro i limiti stabiliti e garantiti per legge, il *curriculum* formativo per gli studenti di medicina. È questa l'opinione della Conferenza dei presidi di cui ben cinque membri fanno parte di una commissione nominata dal Ministero della pubblica istruzione per procedere alla revisione della tabella per via amministrativa; quindi non serve assolutamente nessuna disposizione legislativa.

Con la seconda domanda il professor Botti chiedeva quali sono le nostre perplessità riguardo agli specializzandi a tempo pieno; da parte mia nessuna, sono favorevolissimo agli specializzandi a tempo pieno retribuiti come avviene in qualsiasi paese civile. Non

le rispondo sullo stato giuridico dei ricercatori universitari perchè la questione ci porrebbe troppo lontano, ma vorrei soltanto permettermi di ricordarle che da dieci anni a questa parte siamo stati inondati di progetti di cosiddetta riforma universitaria anche prima della legge n. 382, progetti fatti dagli uffici scuola dei partiti; per quattro anni non abbiamo fatto altro che discutere su bozze apocrife anche se su carta ministeriale. Mi rifiuto di discutere qualsiasi bozza che non abbia fondamento di credibilità.

La senatrice Ongaro Basaglia mi ha chiesto qual è lo scarto culturale per la cura e la prevenzione e quali misure si potranno apprestare per privilegiare l'aspetto preventivo. Credo purtroppo — è questa una risposta a titolo personale — di dover dare una risposta simile a quella che ho dato al senatore Imbriaco; fino a quando non si avrà una facoltà di medicina deospedalizzata, aperta alle strutture ambulatoriali come i *day hospital*, l'aspetto preventivo resterà sempre solo una velleità. Per fare questo occorrono delle strutture agili nelle quali i servizi e le strutture di questo tipo siano predominanti rispetto a quelle basate sul posto-letto. È questa la mia convinzione personale che rispecchia però la tendenza prevalente in tutta Europa.

Il senatore Ranalli ha posto una domanda sui vantaggi della gestione diretta. La risposta dipende da quale modello si adotta: se la gestione diretta è di un policlinico che ha come modello strutturale e formativo il posto-letto, la suddivisione in primari, aiuti e così via, non c'è nessun vantaggio nell'aver una gestione diretta. Ma se l'ospedale deve essere quello che ritengo debba essere, consono al modello di ospedale in tutti gli altri paesi civili d'Europa, è indispensabile che la gestione sia diretta, piaccia o non piaccia agli operatori del Servizio sanitario nazionale. Il vantaggio operativo della gestione diretta le risulterà evidente pensando alla aspirazione ad avere un policlinico universitario in cui la didattica e la ricerca abbiano una funzione predominante e per il quale è necessario avere a disposizione molti posti-letto; in questo caso bisogna avere la possibilità di scegliere i casi da sottoporre a ricer-

ca, e bisogna altresì avere la possibilità di scegliere gli ammalati da sottoporre all'insegnamento e quindi il modello della gestione diretta è l'unico compatibile con una funzione didattica degna di questo nome ed è l'unico compatibile con quello che avviene in tutti gli altri paesi europei nei quali il pre-laurea viene fatto solo in meno del 5 per cento dei posti-letto regionali. Il tirocinio *post* laurea, apprendere a fare il medico è un'altra questione e l'80 per cento delle strutture sanitarie dovrebbero essere coinvolte in questa attività. Nelle strutture universitarie credo che il modello di gestione diretta sia largamente preferibile in teoria ed in pratica.

Sul ricorso a contratti di diritto privato, mi scusi senatore Ranalli, ma siete voi i legislatori e le leggi attuali (e la legge n. 162 non è un provvedimento vecchio) stabiliscono che è questa l'unica maniera nella quale possiamo coinvolgere gli operatori; per la verità non bisogna dare il *crucifige* al legislatore che credo abbia fatto bene perchè c'erano due modelli: o quello statunitense (come lei fa capire), che lascia la specializzazione *post* laurea a tutte le strutture sanitarie, oppure quello europeo dove la formazione specialistica è compito dell'Università. Il legislatore italiano — nel quale, mi scusi, credo che lei rientri — ha preferito la via europea nella quale i corsi delle scuole di specializzazione corsi ufficiali di insegnamento; la legge n. 162 lo dice ben tre volte. Se i corsi sono ufficiali, è evidente che non possiamo aumentare il ruolo dei docenti, ma dobbiamo arrivare ad un rapporto convenzionale nel quale le strutture sanitarie non siano ancillari di quelle universitarie, ma nelle quali avvenga la maggior parte dell'insegnamento, ma solo sulla base di un rapporto pattizio. Cambiate le leggi e ne riparleremo, ma sono un cittadino che è obbligato a rispettare la legge e fin quando questa non sarà cambiata: i corsi di specializzazione sono ufficiali e l'unica maniera di coinvolgere gli operatori sono i contratti di diritto privato.

ROSSANDA. La «legge» n. 162 è un decreto del Governo.

**SALVATORE.** Emanato però sulla base di una delega del Parlamento!

**PRESIDENTE.** Non entriamo in questa discussione.

**SALVATORE.** Sono tenuto a rispettare gli atti del Governo.

**PRESIDENTE.** Vi invito a procedere.

**SALVATORE.** Chiedo scusa se non parlo delle miserie nostre; è purtroppo disastrosa la condizione nella quale versano i policlinici che dovrebbero o vorrebbero fare ricerca e assistenza, e prego il legislatore di occuparsi di problemi concreti.

Vorrei dare un'ultima risposta al senatore Alberti che chiede se nella formazione e nel tirocinio del medico non si possa immettere uno stadio metodologico di ricerca; questo è quanto si fa in ogni paese civile, dal Canada alla Francia (che è stata l'ultima ad adeguarsi): un anno intero dei sette di formazione del medico, è dedicato a *stages* di ricerca pura, di ricerca metodologica perchè si è capito che la ricerca — come diceva anche il professor Muscatello — è una attitudine mentale che serve anche a fare il medico e quindi sono perfettamente d'accordo con lei.

Per quanto riguarda il problema posto dal senatore Imbriaco, anche qui è colpa del legislatore. Se noi, in base ai decreti delegati del 1977, nei policlinici universitari siamo obbligati a seguire i modelli ospedalieri, se non possiamo neppure sperimentare, se dobbiamo avere un numero minimo di 30-50 posti-letto, se non possiamo provare una struttura a carattere dipartimentale, nella quale le barriere direzionali siano rotte, come vuole senatore Imbriaco, che perdiamo quello che abbiamo? Riformate prima la sanità, fate in modo che si possano creare strumenti che non siano basati su strutture divisionali; anche noi così potremo fare il nostro dovere. Occorrono dunque provvedimenti legislativi che permettano all'Università di adottare modelli operativi diversi dagli ospedali, nei quali più operatori possano lavorare insieme in una struttura dipartimentale.

**PRESIDENTE.** Congedo, ringraziandoli, i rappresentanti della Conferenza dei presidi della facoltà di medicina e chirurgia. Preciso, per verità storica, che nell'ottava legislatura fu dato un «parere» — sia pure articolato di maggioranza e di minoranza — sul decreto del Presidente della Repubblica n.162 del 1982. Vi fu dunque un dibattito parlamentare che precedette l'emanazione del decreto.

Terremo comunque informati i colleghi della 7<sup>a</sup> Commissione permanente, che è la Commissione di merito, circa il dibattito che si è tenuto oggi e che è in continuità storica con quello che si tenne verso la fine dell'ottava legislatura.

Dichiaro pertanto conclusa l'audizione.

*Il professor Ugo Teodori, il professor Paolo Carinci, il professor Umberto Muscatello e il professor Gaetano Salvatore sono congedati.*

*Viene quindi introdotto padre Umberto Rizzo.*

#### **Audizione di padre Umberto Rizzo, presidente dell'Associazione religiosi istituti socio-sanitari (ARIS)**

**PRESIDENTE.** Ringrazio per la sua presenza il rappresentante dell'ARIS; nonostante l'ora un po' tarda, avrà tutto il tempo che vorrà a disposizione.

Invito dunque il presidente dell'Associazione, padre Rizzo, ad introdurre il suo punto di vista.

**RIZZO.** Ci siamo permessi di elaborare una piccola relazione che può essere distribuita ai senatori.

L'ARIS è un'associazione che raggruppa tutte le istituzioni a carattere sanitario gestite direttamente da ordini e congregazioni religiose, istituti detti più comunemente, nell'accezione anche della legge di riforma ospedaliera del 1968, enti ecclesiastici. L'ARIS, come è riportato nello statuto («allegato A»), si propone «di contribuire al costante rinnovamento spirituale-pastorale ed all'aggiornamento professionale del servizio socio-sanitario, nel pieno rispetto della natura spe-

cifica dei singoli istituti; di promuovere lo sviluppo delle Opere associate per l'adeguamento alle istanze sociali del Paese, secondo il comune intento di testimonianza».

Occorre precisare che le istituzioni associate all'ARIS sono suddivise praticamente in tre sezioni: la prima è quella dei cosiddetti «ospedali classificati», cioè quegli ospedali che in base all'articolo 1, ultimo comma, della legge n. 132 del 1968, hanno domandato ed ottenuto di entrare a far parte del Servizio sanitario, in una situazione che, mentre soggettivamente nulla innova per quanto riguarda la componente giuridico-amministrativa, talchè essi rimangono legati al regime di diritto concordatario, oggettivamente presenta un servizio che viene reso pubblico, in quanto i titoli ed i servizi del personale medico e paramedico sono equipollenti rispetto a quelli del personale del Servizio sanitario nazionale.

Nella «legge Mariotti» avevamo il parametro di raffronto (ospedali zionali, provinciali e regionali); oggi, venendo a mancare tale parametro, l'ultima possibilità, che è quella prevista dal secondo comma dell'articolo 43 della legge n. 833 (quella dei presidi), richiama il raffronto con l'ospedale pubblico di pari mole rispetto alle unità sanitarie locali.

Le altre due sezioni comprendono le case di cura ed i centri di riabilitazione. La totalità degli ospedali classificati ed i centri di riabilitazione associati sono inseriti nel Servizio sanitario nazionale e sono con questo convenzionati. Per quanto riguarda le case di cura associate vi è un rapporto di convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale per quasi il 90 per cento di esse. L'entità e la dislocazione delle istituzioni associate sono indicate nell'«allegato B».

Gli ospedali classificati sono trentadue (tra i maggiori: ad esempio, il Bambino Gesù, il S. Giovanni Calibita, la Casa sollievo della sofferenza nelle Puglie, eccetera). Altri ospedali sono in attesa di ottenere il riconoscimento. Tali ospedali coprono circa 10.000 posti-letto e sono ubicati in Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Trentino-Alto Adige, Liguria, Lazio, Campania, Puglia.

Le case di cura associate sono, invece, ad

oggi, centodieci. Vi è stata una diminuzione; anni fa l'ARIS era partita con circa centocinquanta case di cura, ma alcune hanno chiuso, parecchie hanno fatto una riconversione, specie nelle regioni dove il rapporto tra popolazione e posti-letto era molto alto, come nel Veneto, ma soprattutto in Liguria, dove ad un certo punto la Regione ha posto un *aut aut* tra la riconversione verso forme di più accertata carenza o la chiusura. Noi, allora, ci siamo fatti forti di una certa scelta politica, diciamo tra virgolette, che avevamo già fatto prima della «legge Mariotti». Anzi, possiamo dire che è nata perchè si era capito, fin da allora, che vi sarebbe stato un tipo nuovo di servizio radicato e verificato nella realtà, legato alle necessità dell'*hinterland* locale; questi aspetti si sono maturati attraverso una preparazione dal 1960 al 1968, essendo l'associazione sorta nel 1963, poco più di venti anni fa. Allora, a quelle case di cura che ovviamente potevano rappresentare una necessità per l'utenza dei vari *hinterlands* locali, debitamente verificate ed inserite nel convenzionamento con le Regioni, abbiamo dato un appoggio perchè continuassero il loro lavoro, mentre alle altre abbiamo dato una spinta perchè scegliessero la riconversione, per esempio verso l'assistenza agli anziani che oggi è il settore di più assodata carenza.

Abbiamo anche centri di riabilitazione di patologia infantile in numero di sessantacinque, a cui si aggiunge un certo gruppo, ancora rimasto tra le case di cura, ma che a maggior ragione dovrebbe essere compreso in questo quadro, per la patologia degli anziani. Naturalmente in questo campo vi sono delle distinzioni; un conto è il centro riabilitativo per anziani che ha una degenza media, magari alta per le prestazioni all'emiplegico o al paraplegico o altre forme, e un conto è l'assistenza all'anziano in fase, diciamo, terminale, in fase di mantenimento di terapia, che comporta tutta un'altra impostazione. Le due forme hanno sempre trovato, nella esclusività dell'accezione del non autosufficiente e, quindi, del patologicamente interessato, la collocazione nella nostra associazione.

Quindi, oggi, per quanto riguarda la pato-



logia infantile ho i seguenti dati esattissimi: gli assistiti sono 10.570 tra internati e seminternati e 5.000 in campo ambulatoriale. Cito il gruppo «La nostra famiglia» di Ponte Lambro, che è quello che oggi, forse, in questo settore può presentare prestazioni ed attrezzature degne di ogni considerazione.

Oggi, ci troviamo di fronte ad una consacrazione di un dato storico. Un certo dinamismo si è sviluppato in questo decennio, e non poteva essere altrimenti dalla «legge Mariotti» ad oggi. Premesso che noi abbiamo ragioni di scelta vocazionale che non hanno niente a che fare con quella che può essere solo un'impostazione giuridica e amministrativa, di fronte a quelle che sono le nostre scelte di fondo, siamo molto propensi a che la prospettiva di poter in futuro continuare ad inserire, nella forma più ampia, queste istituzioni nel Servizio sanitario nazionale sia lasciata aperta dai presidi delle unità sanitarie locali, i quali, però, sono legati ai piani regionali. La questione naturalmente è ancora *sub iudice*, mancando il Piano nazionale e mancando i piani regionali, ma noi insistiamo in tal senso, affinché anche le forme nuove, quale quella della riabilitazione dell'anziano per casi acuti con degenze anche alte, arrivino ad essere recepite, in un futuro non lontano, come è già avvenuto per esempio a Torino, dove lo stesso Assessore regionale alla sanità ha voluto informarsi su quello che pensavamo per un eventuale riconoscimento del presidio della unità sanitaria locale monospécialistico e riabilitativo, concetto che con quello vecchio ospedaliero non ha niente a che fare.

La disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e ospedali classificati è prevista dall'articolo 41 della legge n. 833 del 1978, quella tra Servizio sanitario nazionale e case di cura dall'articolo 44 e quella tra Servizio sanitario nazionale e istituti di riabilitazione dall'articolo 26.

L'attività di queste strutture si colloca nella norma e nello spirito della legge n. 833, il cui articolo 19, al secondo comma, assicura ai cittadini il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, sempre nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari. Noi abbiamo sempre fidato di essere

una componente, non suppletiva, ma di presenza in un pluralismo e in un ambito di democrazia con lo scopo di curare malati. Contiamo su questo e per ottenerlo vorremmo sempre avere la maggiore qualificazione possibile e vorremmo soprattutto, come stiamo facendo, attendere alla formazione del personale, forse vero *punctum dolens* di tutto il sistema, sul quale ieri sera abbiamo avuto occasione di parlare a proposito dei «diritti del malato» nella commissione insediata dal Ministro della sanità. Il discorso si riduce tutto nel trovare insieme le forme nuove per i rapporti interdisciplinari tra i medici e tra i paramedici. L'ospedale risente di un clima che richiede qualificazione del personale e qualificazione delle strutture per arrivare ad un livello sul quale non dovrebbe esserci niente da dire e dovrebbe essere di richiamo e di confronto in un pluralismo e in una democraticità in cui deve svolgersi il nostro lavoro.

In concreto, per quanto riguarda gli ospedali classificati, va precisato che non è stato ad oggi approvato lo schema-tipo di convenzione previsto dal citato articolo 41, quarto comma, della legge n. 833, il cui elaborato, a quanto risulta, trovasi all'esame del Ministero della sanità e in ordine al quale l'ARIS, opportunamente consultata, non ha mancato di formulare rilievi ed osservazioni al solo fine di conseguire una elaborazione precisa della disciplina dei rapporti tra USL e ospedali classificati stessi, nel preciso interesse dei cittadini e della sanità italiana. In particolare, l'ARIS ha richiesto che sia ribadito il carattere pubblico del servizio erogato dagli ospedali classificati, ivi compreso quello inerente all'attività specialistica ambulatoriale, per la quale si è già espresso in tal senso l'articolo 3 del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, convertito, con modificazioni, della legge 26 gennaio 1982, n. 12, che ha compreso tra le strutture pubbliche gli ambulatori degli ospedali classificati. È quindi da auspicare che l'*iter* dello schema-tipo in parola venga rapidamente concluso per una disciplina completa del servizio erogato dagli ospedali classificati, che sono da considerare strutture del tutto equiparate a quelle pubbliche per il riconoscimento dei servizi e

dei titoli di tutto il personale dipendente e che venga posto ordine nel settore dell'assistenza ospedaliera, che è parte primaria nelle prestazioni di diagnosi e cura.

Per quanto concerne le case di cura, dopo un laborioso iter, è stato finalmente approvato, con decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1983, lo schema-tipo di convenzione tra USL e case di cura stesse.

Ma occorre precisare che, secondo quanto risulta, tale schema non ha ancora trovato concreta applicazione da parte delle USL, probabilmente in mancanza di direttive di indirizzo nella materia da parte delle autorità regionali. Quindi le convenzioni sono rimaste ferme alle situazioni pregresse, fatto questo che incide non poco, e in maniera del tutto negativa, nella precisazione e chiarezza dei rapporti tra USL e case di cura.

Una analoga situazione riguarda gli istituti o centri di riabilitazione, il cui schema-tipo di convenzione, previsto dall'articolo 26 della legge n. 833, è stato approvato con decreto del Ministro della sanità del 23 novembre 1982. Questo schema, che deve regolare i rapporti tra USL e istituti che gestiscono idonei centri destinati alla erogazione di prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualsiasi causa, non ha trovato ad oggi alcuna applicazione da parte delle USL in mancanza, malgrado il tempo decorso, della precisazione dei requisiti strutturali e organizzativi che devono essere determinati dalle Regioni ai sensi degli articoli 43 e 44 della legge n. 833, così come recita nelle premesse lo stesso schema-tipo di convenzione. Su questo punto sono stati forniti in numerose occasioni alcuni diagrammi in analogia a quelli presentati per le case di cura, per offrire la possibilità di una visione della ripartizione dei servizi. Tutto è rimasto fermo per le difficoltà di una intesa in una materia tanto difficile e questa situazione ha portato al ritardo che ora stiamo cercando di recuperare.

Inoltre, non è stata ad oggi ancora determinata la retta che, secondo l'articolo 13 dello schema-tipo di convenzione, deve esse-

re fissata annualmente entro il 30 settembre di ogni anno.

Proprio per la mancata applicazione dello schema di convenzione di cui trattasi, la situazione, per quel che concerne il settore della riabilitazione, è caotica e necessita di una sollecita riorganizzazione, specialmente per quel che concerne i rapporti tra USL e istituti privati. E questo, beninteso, nell'interesse precipuo dei pazienti abbinognevoli di prestazioni riabilitative.

È quindi particolarmente urgente l'emana-zione, da parte delle Regioni, dei requisiti strutturali e organizzativi dei centri di riabilitazione e la conseguente applicazione da parte delle USL dello schema di convenzione citato.

Una analoga chiarezza normativa ed organizzativa deve essere fatta per quel che attiene al settore della neuropsichiatria, nel quale operano alcune strutture non pubbliche. Anche qui vi sono centri abbastanza grandi dove ancora vi è tanta povera gente in certi casi ridotta, a causa della lunga degenza, allo stato di relitto umano.

Sappiamo che è in gestazione l'eventuale revisione della legge n. 180 e siamo disponibili a sentire cosa si può fare di meglio, come si può recuperare anche lì una prospettiva di riabilitazione e, almeno in certi casi, un possibile reinserimento sociale. È auspicabile che da una revisione legislativa della assistenza psichiatrica scaturisca una situazione più precisa e conforme alle esigenze dei pazienti, nella quale venga opportunamente considerato il ruolo che possono svolgere le strutture sanitarie private.

Occorre anche precisare che, dalla mancanza del Piano sanitario nazionale e della maggior parte dei piani sanitari regionali, scaturisce un quadro di rapporti molto confuso ed eterogeneo tra USL e strutture convenzionate con la tendenza, da parte di alcune Regioni, a contrarre, talvolta con finalità punitive, il convenzionamento senza valide motivazioni se non quella che bisogna contrarre la spesa sanitaria. Questo senza tener conto della esigenza di stabilire un giusto equilibrio tra settore pubblico e privato per un efficiente funzionamento dei servizi ed una razionale distribuzione delle risorse.

Drammatica è poi la situazione relativa al finanziamento delle strutture convenzionate non pubbliche, dovuto alla mancanza di fondi da parte delle USL e ai ritardi con i quali le USL stesse vengono a disporre degli importi per esse stanziati ed assegnati dalle Regioni. In quest'ultimo caso, occorre riferirsi al sistema di finanziamento delle USL — che abbiamo delineato nell'«allegato C» — che appare macchinoso ed eccessivamente burocratizzato. In questo contesto i crediti accumulati dalle strutture convenzionate nei confronti delle USL sono veramente ingenti. Nel solo Lazio gli ospedali classificati vantano un credito complessivo di oltre centoventi miliardi. Per non parlare dei gravi ritardi con i quali le USL provvedono al pagamento delle spese nei riguardi delle strutture convenzionate e che provocano una serie di problemi inerenti al funzionamento di esse e, perfino, alla loro sopravvivenza.

RANALLI. Prima eravate pagati.

RIZZO. A questo proposito vorrei ricordare che vi sono state tre fasi. La fase iniziale è stata quella dello studio delle varie leggi, fase che noi abbiamo seguita con l'impegno che ci nasce da convinzioni interiori. Siamo poi passati alla fase delle Regioni. Oso dire che le Regioni erano più preparate a recepire le norme in quanto nate prima. Noi siamo arrivati nel 1975 con il famoso decreto ministeriale del 30 giugno, ricordate tutti le vicende romane, le centottanta ore di seduta. Con le Regioni ci siamo capiti, non è stato facile all'inizio, ma si è trattato di una fase in cui, ad un certo momento, vi è stato un discreto equilibrio; vi era insomma uno stretto rapporto di verifiche che permetteva di comprendere che non stavamo difendendo *sic et simpliciter* istituzioni solo per il fatto che esistevano, ma che le vedevamo calate in una realtà rispondente ad esigenze reali.

L'impatto con le USL, infine, è stato tremendo ed ancora adesso si trova in una fase di «noviziato» che non matura; sarebbe difficile elencarne le cause e solo guardando la situazione regionale si può notare che, mentre in regioni come il Piemonte o il Veneto le cose vanno bene ed in altre come la Lombar-

dia bene o male procedono, man mano che scendiamo verso Sud le cose si fanno sempre più difficili.

PRESIDENTE. Accogliendo l'interruzione del senatore Ranalli, vorrei dirle che ha tutta l'opportunità di elencare le cause ed esplicitarle alla Commissione.

RIZZO. La ringrazio, signor Presidente.

Comunque questa è la fase più difficile. Il Sud presenta dei ritardi spiegabilissimi e reali che tutti conoscono, per cui alcune USL sono state da poco costituite e altre mancano del tutto. Anche noi, da Napoli in giù, abbiamo un marchio da cancellare, ma la situazione cambia da Roma in su. È per questo motivo che spesso dico (è una battuta e non è nè un titolo di fede, nè un dogma) che se la Santa casa di Loreto, portata lì dagli angeli, l'avessero presa le nostre istituzioni e l'avessero portata nel Sud avremmo risolto quasi tutti i nostri problemi.

Sono quindi situazioni storiche difficili da risolvere e non bisogna nascondersi che i rapporti su questo piano si stanno svolgendo con difficoltà.

In questo contesto, come dicevo, i crediti accumulati dalle strutture convenzionate nei confronti delle USL sono veramente ingenti. Nel solo Lazio, gli ospedali classificati vantano un credito complessivo di oltre centoventi miliardi; per non parlare dei gravi ritardi con i quali le USL provvedono al pagamento delle spese nei riguardi delle strutture convenzionate e che provocano una serie di problemi inerenti al funzionamento di esse e, perfino, alla loro sopravvivenza.

Qualche USL infatti non è riuscita a far fronte a questa situazione.

È, ripeto, una situazione, quella dei pagamenti, drammatica, che si ripercuote sulla credibilità del sistema sanitario e della stessa legge di riforma sanitaria. Nessuna riforma è infatti possibile se non viene assicurata correttezza dei pagamenti da parte delle USL.

A questo punto ci siamo permessi di formulare una soluzione al problema e cioè quella, nell'ambito del finanziamento, di pervenire, con un atto legislativo nazionale o

regionale, alla finalizzazione dei pagamenti da parte delle USL. In altri termini, le USL non devono poter disporre, a loro discrezione, delle somme che vengono ad esse assegnate dalla Regione, ma tali somme devono essere impegnate ed erogate per specifiche singole partite debitorie delle USL, ad evitare, ad esempio, che certi pagamenti vengano sempre effettuati ed altri siano sempre rinviati a loro discrezione. Queste lamentele provengono soprattutto dagli ospedali classificati, i quali, ritenendosi a tutti gli effetti ospedali pubblici, non riescono a spiegarsi i motivi di questa differenza. La verità è che tra USL e USL della stessa Regione si hanno delle differenze. È vero che queste differenze si trovano anche nei confronti delle case di cura, ma generalmente ciò avviene per case di cura di differenti USL.

Questo problema è difficile da risolvere, ma dobbiamo trovare lo stesso una soluzione. Dobbiamo tenere inoltre presente un altro aspetto e precisamente che in genere i nostri presidi ospedalieri o socio-sanitari sono a carattere multizonale, forse a causa della loro ubicazione. Questo giustifica il precedentemente auspicato finanziamento finalizzato da parte delle Regioni senza che le USL possano disporre dei fondi in maniera diversa.

Da quanto esposto, emerge l'esigenza di dare sollecita attuazione al quadro organizzativo delineato dalla legge n. 833 del 1978 per quanto attiene le istituzioni sanitarie non pubbliche e introdurre correttivi alle procedure di finanziamento da parte delle USL. La legge n. 833 del 1978 è ispirata a dei principi a noi connaturali. Su questo aspetto abbiamo parlato varie volte con il senatore Melotto e ci siamo trovati perfettamente consenzienti, non solo sulle idee politiche (non mi si fraintenda), ma proprio su un piano di discussione generale. Credo che non si possa negare che la Chiesa ha sempre sostenuto questi principi e lo posso affermare quale rappresentante di essa. All'obiezione che ci è stata fatta che siamo solamente noi a sostenere ciò, posso rispondere che insieme a noi ci sono i Valdesi con i loro ospedali a Genova, a Torino ed in altre località, l'ospedale israelitico e ultimamente anche lo SMOM (cioè il Sovrano Ordine militare di

Malta). Quindi è tutto un gruppo ispirato, oltre che all'ecumenismo, anche alla polivalenza. Per questi motivi ritengo, come d'altra parte si sente affermare frequentemente, che la riforma non ha trovato applicazione per la maggior parte dei suoi presupposti, che vi erano stati introdotti dopo una attenta valutazione.

Non si può continuare ad andare avanti alla giornata ed a considerare quasi secondario il ruolo che svolgono le strutture convenzionate nel Servizio sanitario nazionale, un ruolo che è stato ben riconosciuto e precisato dalla legge n. 833 e da leggi precedenti, altrimenti vengono meno il «diritto» alla libera scelta e soprattutto il pluralismo assistenziale, che la legge di riforma ha voluto garantire con ispirazione di una sostanziale democraticità del Servizio sanitario nazionale.

**PRESIDENTE.** La ringrazio moltissimo per questa sua esposizione che ci consente di valutare interamente l'opera che stanno svolgendo non solamente l'ARIS — da lei così efficacemente presieduta — ma anche le altre organizzazioni che si rifanno ai medesimi principi e che hanno quella «dimensione» (da lei citata) di «ordine interno», la quale certamente è importante per il migliore sviluppo di sentimenti di umanità nei confronti degli ammalati e per la promozione dell'assistenza sanitaria.

**RANALLI.** Siccome abbiamo già oltrepassato l'orario «canonico» che ci eravamo posti, sarei indotto a non rivolgerle alcuna domanda, ma credo che sarebbe un grave errore lasciarci sfuggire questa occasione per avere alcuni chiarimenti, così come li abbiamo avuti dagli altri interlocutori.

Sono, personalmente, d'accordo su una ipotesi di lavoro che consideri, già di fatto, sia per precedenti legislativi sia per una prassi che si è andata creandosi, gli ospedali classificati inseriti nel circuito più complessivo delle strutture sanitarie e quindi ad ogni effetto come ospedali, da prendersi nella debita considerazione sia per la programmazione sanitaria sia per l'equilibrata distribuzione dei servizi, eccetera. In tal senso, con questo concetto di politica sanitaria, quando ho potuto ho sempre coerentemente operato.

Tuttavia debbo far presente che siamo in presenza di una diversità che non so come la convenzione, piuttosto laboriosa, intenderà risolvere, perchè non c'è alcun dubbio che è mediante la convenzione che si risolve il problema del rapporto tra le Regioni e gli ospedali classificati e quindi tra gli ospedali classificati e le USL. Voglio, cioè, sottolineare che vi è una differenza tra il pagamento a bilancio, così come avviene per le strutture ospedaliere pubbliche e il pagamento a convenzione, annualmente negoziata. Siccome non conosco nessuna ipotesi e non ho visto la circolare su questo aspetto, non posso aggiungere altro sul merito.

Volevo tuttavia osservare che se ciò è vero per gli ospedali classificati, che sono collocati in un ambito che è acquisito al sistema sanitario complessivo, diversa deve essere invece la valutazione riservata alle case di cura convenzionate. Questo desidero dirlo, padre Rizzo, anche se è vero che gli ordini religiosi e le congregazioni religiose vanno discutendo, dopo il Concilio, su come trasferire nella società moderna le loro vecchie finalità istituzionali.

Ne parlo con tutto rispetto, ma il Servizio sanitario nazionale non può diventare l'occasione privilegiata per la vita delle case di cura ARIS convenzionate, rispetto ad altre case di cura convenzionate. L'area delle case di cura religiose quindi entra in rapporto con tutte le ipotesi di piano e di organizzazione sanitaria territoriale, senza che ad essa possano essere riservati trattamenti di favore.

Ciò detto vorrei anche aggiungere che sarebbe interessante sapere quanti sono i medici ospedalieri a tempo determinato che esplicano il lavoro all'interno delle case di cura religiose.

Non so se la vostra rivista «ARIS» faccia buono o cattivo servizio su questo punto, perchè in ogni numero viene presentata una casa di cura religiosa, indicando personaggi di alto livello professionale, dipendenti dalle strutture sanitarie pubbliche, dagli ospedali pubblici, che vengono, magnificati, esaltati per l'attività che svolgono all'interno di queste case di cura. Non so quanto il dare conoscenza di questo fatto finisca per essere utile o meno alla casa di cura convenzionata.

Infatti, ci sono forze politiche e sindacali che premono giustamente per stabilire la incompatibilità assoluta tra l'esercizio della professione all'interno delle strutture pubbliche e quella all'interno delle private.

Questo è il mio pensiero ed anche una precisa domanda. Inoltre, in una fase di restringimento del finanziamento pubblico (dolorosa vicenda che interessa tutti), come si può imputare alle USL se, dovendo ripartire il poco che viene ad esse assegnato, ritengono di dovere in qualche misura far attendere un po' di più le strutture convenzionate, rispetto a quelle pubbliche? Tra l'altro mi è capitata tra le mani, in questi giorni, la più recente circolare dell'Assessorato regionale alla sanità del Lazio che, rivolgendosi al sindaco come presidente dell'assemblea generale delle venti USL romane, lo invitava a tagliare il 26 per cento della spesa nelle strutture convenzionate.

È ovvio che, in base a direttive di questo genere, coerenti con i tagli più complessivi che la Regione ha fatto alle USL, le prime a soffrirne saranno le strutture convenzionate.

Certo, non voglio dire questo con particolare cipiglio nei confronti di quelle religiose, ma di tutte le case di cura convenzionate; infatti, in un sistema finanziario indebolito e così drasticamente contenuto, se qualcuno deve rimetterci non c'è dubbio che deve essere il sistema privato convenzionato.

COLOMBO SVEVO. Penso che per il dibattito avuto stamattina e in altre occasioni, forse un ripensamento su questo rapporto tra pubblico e privato all'interno del sistema sanitario debba essere fatto, non più fermi su posizioni «ideologiche» ma cercando quella che è una via concreta di convivenza, in modo sia da superare alcune difficoltà del pubblico, sia da rendere ancora più flessibile di quanto è stata in questi ultimi tempi l'aderenza delle strutture private.

Ritengo che se non scopriamo questa via, continueremo a risolvere questo problema — come ha fatto il senatore Ranalli — scaricando ora sull'uno, ora sull'altro problemi che invece devono trovare altre forme per essere risolti.

Non è detto, ad esempio, che una difficoltà di tipo finanziario riguardante il servizio

sanitario debba rivolgersi necessariamente e semplicemente con un «halt» al convenzionamento senza invece riproporsi anche un discorso di efficienza ed efficacia dei servizi pubblici. Questo perchè non ci si deve mettere aprioristicamente da una parte e dall'altra, ma quella che è la finalità è che il Servizio sanitario, globalmente — nella parte privata convenzionata e nella parte pubblica —, risolva quegli obiettivi a cui noi siamo tenuti.

Rispetto a questo, quindi, penso che forse la via per superare le difficoltà sia quella di avere in comune un dato, e cioè: in assenza di una programmazione precisa e realistica stiamo soffrendo tutti. Ripeto, senatore Rannalli, che quando parlo di programmazione ne parlo non perchè sugli sbagli del pubblico a questo punto si elimini il privato, ma ne parlo perchè vorrei che all'interno della programmazione ci fosse un discorso anche di efficienza del pubblico e, quindi, di un corretto rapporto che deve esistere fra pubblico e privato, quest'ultimo inteso non più come supplenza.

Penso, quindi, che sul tema della programmazione ci si possa incontrare facendo ognuno la sua parte e facendo in modo che le Regioni e i vari settori facciano anche la loro.

C'è poi un secondo tema. Alcune case di cura private si sono riconvertite nel momento in cui hanno capito che in quel territorio era prioritaria, ad esempio, l'assistenza ai cronici, e l'hanno fatto proprio come scelta, direi, di servizio scoperto.

Normalmente, però nel momento in cui si passa dal servizio sanitario, a carico del Fondo sanitario, al settore socio-sanitario dove la tutela non esiste, allora il finanziamento viene messo in dubbio. Molte volte anche la flessibilità che queste strutture dimostrano (anche perchè sono più facilmente riconvertibili di quanto non sia la struttura pubblica) non può operare perchè c'è una rigidità nell'erogazione del finanziamento che privilegia le strutture esclusivamente sanitarie.

Ecco, allora, i punti più importanti: programmazione ed integrazione dei servizi.

Lavorando su questi temi penso che si

possa risolvere in modo meno ideologico anche il rapporto tra il pubblico e il privato.

MELOTTO. Soltanto due minuti per dire che si sono conclusi recentemente — e positivamente — gli scrutini che avevamo iniziato anni fa. Si trattava di scontri abbastanza duri — padre Rizzo li ha accarezzati, ma erano duri — nel senso che la via maestra per queste strutture, a mio avviso, è il piano sanitario regionale; in quel contesto devono trovare posto ad essere codificate le strutture integrative altrimenti credo che tutto resti nell'incertezza affinché abbia senso la struttura, la qualità della stessa.

Anche se quest'opera, cioè la trasformazione e ristrutturazione di alcune strutture rispetto ai bisogni nuovi, è stata compiuta, credo che tuttavia vada svolta più in profondità in qualche zona. È inutile infatti fare case di cura come quelle di venticinque-trenta anni fa quando ormai rappresentano un momento, non dico neanche alberghiero, ma pensionistico rispetto invece ad esigenze vere.

Ormai esistono quattro piani sanitari regionali; in altre dodici regioni sono in fase conclusiva; ciò dà una dimensione diversa al problema, vuol dire cioè che il Piano nazionale arriverà ultimo rispetto alla programmazione regionale.

Vorrei ricordare invece due punti rilevati da padre Rizzo: il primo è quello della dilazione continua dei pagamenti; esso incide notevolmente dato il costo del denaro e considerato che anche in questo servizio la spesa più consistente è costituita dagli stipendi del ventisette del mese. Il secondo aspetto, e genera anche questo una distorsione (credo che dovremmo valutare nell'ambito della legge n. 833 se è ancora il sistema migliore) è quello della ripetitività della contrattazione per la fissazione della retta annualmente.

Faccio notare che adesso siamo in aprile, c'è il contratto da pagare e cominciano gli scioperi perchè nessuno vuole gestire la retta stessa. Ora, non è pensabile che questa sia gestita a fine anno. Occorre sapere quali sono gli spazi per poter fare gli investimenti; ma credo che ad aprile non si muova niente; invece, i sindacati si stanno agitando notevolmente perchè devono affrontare il proble-

12ª COMMISSIONE

26° RESOCONTO STEN. (11 aprile 1984)

ma della parificazione del contratto e dell'applicazione dello stesso. Intanto, il Ministero del tesoro scarica sulla Sanità, la Sanità sul Tesoro, la Sanità e il Tesoro sulle Regioni, e così via.

Ogni anno si ripetono questi riti. Mentre in un primo tempo tali operazioni avevano un significato, avendo oggi finalmente «scarnificato» le cifre e portato a chiarezza le cose, dovrebbe essere un fatto quasi automatico, per cui basterebbe il lavoro di qualche giornata. È inutile continuare con questi riti.

**RIZZO.** Senatore Ranalli, la sua domanda mi è molto utile per precisare una cosa. Lei sa che si parla di autonomia giuridico-amministrativa; vorrei fosse detto chiaramente in questa sede così solenne ed importante che essa non rappresenta per noi una difesa di nessun genere. Lei prima accennava a privilegi.

**RANALLI.** Per le case di cura.

**RIZZO.** Lo dico anche per le case di cura.

L'autonomia giuridico-amministrativa serve solo ad ottenere la libertà di gestire le strutture un po' come noi sentiamo, fatto che non si può tradurre in legge. Vi sono principi intoccabili e su quelli, logicamente, non ci piove; il legislatore è stato invece molto prudente e comprensivo per altri aspetti, che avrebbero potuto infirmare le nostre gestioni, lasciando quella libertà che in fondo è la garanzia migliore: la libertà cioè di fare un servizio o non farlo. L'autonomia però si lega a determinati valori. Voglio dire che è finita l'epoca dei privilegi, anche per le case di cura.

A questo proposito, voglio ribadire — forse prima ho detto poco — che se l'*hinterland*, se i piani regionali, tanto invocati, prendessero in considerazione eventuali nostri passaggi verso i presidi, noi saremmo disponibilissimi in tal senso. Ripetiamo quello che è il dato storico degli ospedali classificati portati a presidi; ciò, peraltro, non è riservato solo a noi religiosi. Lei sa che anche le case di cura laiche vi possono attingere.

Per quanto riguarda il personale medico, a parte la nostra rivista, che ha una sua parte scientifica e nomi che la rendono prestigiosa

per quella parte, esso non è legato alle nostre istituzioni, è legato piuttosto ad una ricerca di qualificazione e di presentazione che abbia dignità. Noi facciamo capo alla «Cattolica», quindi è ovvio che ci sia quel livello. E in tal senso abbiamo cercato di contribuire; non creda però che questo ci costi poco.

In particolare, per quanto riguarda i medici, abbiamo sempre detto a chiare note che vogliamo solo medici con un rapporto di lavoro dipendente, anche se definito.

Quest'anno, per la prima volta dopo tanti anni, mi hanno costretto a firmare un accordo in sede FNOM, sia pure per le libere professioni. Non ne capisco l'utilità; anzi, capisco le preoccupazioni e le questioni che potrebbero emergere. Non avevo mai firmato proprio perchè la politica delle associazioni contempla evidentemente sia il tempo pieno che quello definito. Negli ospedali classificati, lei lo sa...

**RANALLI.** Parlo delle case di cura. Ho fatto una differenza.

**RIZZO.** Anche per le case di cura. Adesso non ho i dati relativi, ma se le servono sono disponibilissimo a farglieli pervenire: potrà constatare che, tranne qualche Regione, come avviene in Toscana, non c'è verso di stabilire con i medici un rapporto di dipendenza. L'AIOP, ad esempio, ha stabilito con tutti un rapporto di dipendenza; altrove, invece, avviene esattamente il contrario, come d'abitudine. Vi è quindi una situazione, determinatasi anche storicamente, che riguarda soprattutto i medici che hanno ormai una certa età, i quali non vogliono più un rapporto di lavoro dipendente.

Preferirei accettare il consiglio della senatrice Colombo Svevo di rivedere questi aspetti. Tenga presente che noi siamo disponibili per altre convenzioni e per settori di più accertata carenza. Anche questa è una via possibile, pur non essendo l'unica. Ad esempio, in Toscana vi è una zona che non ha ospedale; ma perchè non deve andare avanti? Vada come presidio; allora, in questo caso sosteniamolo pure. Infatti, quella gente, quando ha un malato da curare, deve fare tutti i giorni 15-20 chilometri di strada, pio-

va o non piova. È una zona turistica che certo d'estate è un gran palcoscenico aperto, ma d'inverno è del tutto diverso: i palcoscenici chiusi sono molto tristi.

Mi scuso se ho dimenticato di rispondere a qualche domanda. Ringrazio comunque per quanto è stato detto.

Occorre prendere atto però che attualmente stiamo male dal punto di vista finanziario perchè «di crediti si muore»; sulla carta siamo ricchi, ma la realtà è diversa: a Natale abbiamo dovuto far ricorso alle banche, o meglio ai nostri istituti religiosi che fanno da banca. Infatti, bisogna pagare la tredicesima al personale perchè non è mai successo in vita nostra che non pagassimo il personale. Queste sono situazioni pesanti.

'PRESIDENTE. Ringrazio padre Rizzo per aver completato la sua replica; vorrei testimoniare che questa riunione — anche se breve — è stata molto importante per questa Commissione ed ha suscitato sentimenti intensi. I grandi principi ideali che tutti riconosciamo alla legge n. 833 non possono essere applicati se non realizziamo in pratica

quel pluralismo che non si definisce solamente come ideologico, ma anche come pluralismo delle iniziative. Credo che questo concetto sia presente alla Commissione che l'apprezza purchè finalizzato al bene sociale. Sono anche io d'accordo che non ci debbano essere «discriminazioni sommerse» e che — se vi sono — debbono essere rimosse. Faremo quanto è in nostro potere per evitare che soprattutto certe strutture che si dedicano alla cura e alla riabilitazione degli handicappati e che non ricevono i fondi per sopravvivere, siano messe in condizione di poter funzionare.

Poichè non si fanno osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,15.*

---

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