

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

29° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 17 APRILE 1984

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Audizione dei rappresentanti della Conferenza permanente dei rettori delle università italiane

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 11 e <i>passim</i>	<i>AMBROSI</i>	Pag. 4, 20, 21 e <i>passim</i>
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	19	<i>CILIBERTO</i>	5, 19, 22 e <i>passim</i>
BOTTI (<i>PCI</i>)	11	<i>RIZZOLI</i>	3, 8, 26
CALÌ (<i>PCI</i>)	17, 22		
CONDORELLI (<i>DC</i>)	13		
IMBRÌACO (<i>PCI</i>)	15, 25		
MELOTTO (<i>DC</i>)	18, 19, 24		
MONACO (<i>MSI-DN</i>)	15		
RANALLI (<i>PCI</i>)	15, 21, 24		
SELLITTI (<i>PSI</i>)	19		

Audizione dei rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato e del Sindacato nazionale radiologi e Società italiana di radiologia medica e medicina nucleare

PRESIDENTE	Pag. 30, 33, 34 e <i>passim</i>	<i>CAROLEO</i>	Pag. 39
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	36	<i>LA MANNA</i>	30, 37
MELOTTO (<i>DC</i>)	35	<i>SENALDI</i>	33, 39
RANALLI (<i>PCI</i>)	34		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Conferenza permanente dei rettori delle università italiane il professor Luigi Ambrosi, rettore dell'università di Bari, il professor Carlo Ciliberto, rettore dell'università di Napoli, il professor Carlo Rizzoli, rettore dell'università di Bologna; per il Tribunale per i diritti del malato il dottor Alessandro La Manna, segretario nazionale e l'avvocato Francesco Caroleo, segretario nazionale del Movimento federativo democratico; per il Sindacato nazionale radiologi e Società italiana di radiologia medica e medicina nucleare il professor Mario Senaldi, segretario nazionale ed il professor Raffaele Pinto, membro delegato.

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

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 rettori delle università italiane, dei rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato e dei rappresentanti del Sindacato nazionale radiologi e Società italiana di radiologia medica e medicina nucleare.

Se non ci sono osservazioni, verranno ascoltati innanzitutto i rappresentanti della Conferenza dei rettori.

Vengono quindi introdotti il professor Luigi Ambrosi, il professor Carlo Ciliberto e il professor Carlo Rizzoli.

Audizione dei rappresentanti della Conferenza permanente dei rettori delle università italiane

PRESIDENTE. Nell'ambito dell'indagine conoscitiva che stiamo conducendo sullo stato di attuazione della riforma sanitaria, abbiamo ritenuto doveroso ascoltare anche i rappresentanti della Conferenza dei rettori delle università italiane per poter puntualizzare tutti insieme il contributo fondamentale che l'università italiana — non soltanto quindi la facoltà di medicina — può dare allo

sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Sotto questo aspetto, infatti, tale istituzione, che ha tante capacità e potenzialità, non è forse pienamente utilizzata.

Ricordo agli ospiti illustri che, pochi giorni or sono, abbiamo ascoltato anche i delegati della Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia: dalla viva voce dei rappresentanti, oltre che da documenti consegnatici, abbiamo pertanto appreso i problemi più specificamente connessi con la riforma degli studi medici.

I rettori delle università hanno certamente un campo molto più ampio da esplorare; comunque, desideriamo che esprimano liberamente le loro opinioni sui punti fondamentali della «riforma sanitaria» cioè sugli aspetti istituzionali, finanziari e su quelli riguardanti il personale, sempre nell'ottica dell'apporto che può dare l'università al buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale, evidenziando le difficoltà che essa può trovare ad inserirsi e a lavorare nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e avanzando proposte tese a migliorare la qualità del servizio stesso.

Secondo la procedura, agli interventi dei nostri ospiti seguiranno le domande che vorranno loro rivolgere i senatori, alle quali vi è ampia facoltà di replica.

RIZZOLI. A nome della Conferenza dei rettori delle università, ringrazio il Presidente e la Commissione per l'invito rivoltoci.

Il professor Romanzi, presidente della Conferenza dei rettori, si scusa di non poter partecipare alla seduta perchè impegnato ad Amsterdam in una riunione della Conferenza europea dei rettori.

Questa audizione, come ha appena detto il presidente Bompiani, si pone in un'ottica sostanzialmente più ampia ed in parte diversa da quella dei presidi delle facoltà mediche, anche perchè noi rettori abbiamo la responsabilità di facoltà che ugualmente possono essere interessate ai problemi del Servizio sanitario nazionale e di facoltà che, pur non partecipando al servizio stesso, sono comunque investite della problematica che riguarda globalmente le università.

Un punto che a me pare pregiudiziale, paradigmatico di questo — sul quale poi

tornerò — è rappresentanto essenzialmente dalla regolamentazione degli accessi. Dico questo solo per fare un esempio.

Abbiamo ricevuto i documenti relativi a questa indagine solo molto tardi a causa di disguidi postali dovuti alla nostra segreteria. Comunque, vorrei dire che siamo essenzialmente interessati ai rapporti istituzionali tra università e Servizio sanitario nazionale. Tra l'altro, non avendo mai esercitato la professione medica, non potrei trattare specificamente problemi relativi alla funzionalità delle USL, che conosco solo attraverso i rapporti tra le due amministrazioni.

Ho ritenuto necessario fare questa premessa, comunque credo che anche i colleghi possano associarsi ad una visione di questo genere.

AMBROSI. L'analisi e l'esperienza che possiamo portare come rettori di università riguardano essenzialmente il rapporto facoltà di medicina-Servizio sanitario nazionale in questi quattro anni circa di esperienze fatte.

Obiettivamente, la situazione delle facoltà di medicina è diventata molto più pesante rispetto al passato. Questo forse è un eufemismo se consideriamo che in alcuni settori, specialmente in certe zone del Sud, dove forse vi è stata una minore capacità di risposta politica, alle volte si è giunti addirittura al blocco delle attività. Come opportunamente ha rilevato il presidente Bompiani, ciò riguarda anzitutto gli aspetti istituzionali, oltre, naturalmente, a quelli finanziari e del personale.

Per quanto concerne i primi, praticamente abbiamo avuto ben poche risposte alle istanze delle facoltà di medicina, non parlo di istanze di carattere straordinario ma di gestione dell'ordinario. Potrei, ad esempio, ricordare le tante richieste ed osservazioni fatte dall'università di Bari. Come forse loro sanno, la USL di Bari nel cui territorio si trova la facoltà di medicina è attualmente sotto gestione commissariale; credo che sia stata una delle prime esperienze commissariali. Ciò significa che il comitato di gestione, per esempio, che è l'organo con il quale la facoltà, l'università ha più diretto contatto, era inesistente.

Ritengo che sotto l'aspetto istituzionale — e lo dico come cittadino, non come rettore — qualcosa debba essere cambiato: il comitato di gestione e l'assemblea sono due organi validissimi sul piano dell'esercizio democratico, se per democrazia intendiamo libertà di poter esprimere tutto, ma non tanto sul piano dell'assistenza al malato.

Qual è stato l'effetto? Una rapida ripresa del privato nella sanità, un ricorso più esteso alle strutture private, mentre il pubblico decade o scade e si degrada. Oggi vi sono lussuose cliniche private con servizi avanzatissimi, mi riferisco a quelli relativi alla scienza delle immagini (non vorrei parlare di radiologia perchè ormai credo si debba parlare di scienza delle immagini). La facoltà di medicina va verso il privato; per quanto concerne, ad esempio, l'assistenza al nefropaziente, vi sono analoghi servizi avanzatissimi, mentre da noi manca tutto. Credo che sia proprio questo il nodo istituzionale da risolvere.

Sul piano finanziario, occorre sottolineare il mancato rispetto delle convenzioni stipulate precedentemente alla riforma. Ormai abbiamo dovuto far ricorso alla magistratura, ai TAR; abbiamo un ufficio contenzioso dell'università che lavora esclusivamente per la USL, il Comune e la Regione.

Anche per quanto riguarda il personale vi sono carenze. Ma la sostituzione del personale — non parlo di nuovi organici, ma di semplice sostituzione — è pressochè bloccata, anche perchè esiste una norma al riguardo, la legge finanziaria per il 1983, che ha bloccato tutto.

Nella replica — se mi è consentito — vorrei dare qualche suggerimento.

PRESIDENTE. Professor Ambrosi, può esporre anche subito questi suggerimenti.

AMBROSI. Sono un medico del lavoro e sono profondamente convinto della validità della riforma sanitaria: faccio medicina preventiva, sarebbe sciocco non capire il significato e il valore di questa riforma. Tuttavia, anche nel settore in cui opero, non c'è nessuna struttura; i fondi sono andati in economia perchè la farraginosità dei comitati di gestio-

ne e delle assemblee non ha consentito di realizzare in Puglia nemmeno un servizio di prevenzione per le malattie da lavoro o per l'igiene del lavoro.

Tutto ciò ha conseguenze anche sull'università. La facoltà di medicina dell'università di Bari ha avanzato tempo fa, quando la situazione non era ancora matura, la proposta di sganciarsi dal Servizio sanitario nazionale, non per realizzare una gestione propria, ma per meglio collegarsi al Ministero e all'Assessorato alla sanità e mantenere i suoi rapporti con il Ministero della pubblica istruzione. Fu proposta la trasformazione in istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Probabilmente quattro anni fa la società politica recepì la nostra richiesta come forma baronale di sgancio dal servizio. Oggi questa stessa richiesta trova una diversa considerazione, come ho avuto modo di verificare attraverso l'incontro che proprio ieri ho avuto con i colleghi della facoltà. Si potrebbe in questo modo favorire l'attività delle facoltà di medicina e il loro riconoscimento come istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. La ricerca scientifica infatti si fa essenzialmente nelle facoltà di medicina.

CILIBERTO. Preciso innanzitutto che ho una formazione culturale diversa da quella dei miei colleghi Ambrosi e Rizzoli: sono infatti un matematico. Tuttavia ho fatto parte del consiglio di amministrazione della mia università per un certo numero di anni e quindi ho anche esperienza di attività di assistenza sanitaria perchè l'università di Napoli, come loro sanno, gestisce i policlinici rispettivamente annessi alle due facoltà di medicina e chirurgia. La gestione di questi due policlinici è quella cosiddetta «diretta»; quella di Napoli è forse la maggiore struttura universitaria di assistenza sanitaria a gestione diretta, avendo i due policlinici circa tremila posti-letto. La mia esperienza è quindi abbastanza diversa da quella del professor Ambrosi. Viviamo in una sorta di ambiguità per quanto riguarda i collegamenti con le unità sanitarie locali. Abbiamo relazioni dirette unicamente con l'Assessorato alla sanità della Regione e con le USL.

Dai riferimenti e dai collegamenti indiretti la mia sensazione è che, sia pure con le disfunzioni, che illustrerò, per quanto riguarda i collegamenti con le Regioni, forse come policlinici ci troviamo in una situazione migliore rispetto alle unità sanitarie locali; l'utenza, soprattutto quella interna ai due policlinici, infatti non avverte alcuni ritardi che di solito si lamentano per le attività delle unità sanitarie locali. Con questo non voglio dire che tutto funziona benissimo, tuttavia agiamo rapidamente. Ad esempio si sentono spesso lamentele, riguardo la gestione delle unità sanitarie locali, per i lavori di manutenzione o per l'adeguamento a norme di sicurezza delle sale operatorie. Noi agiamo senz'altro con più celerità, sia pure tra lentezze burocratiche.

Nonostante questa maggiore agilità, non posso affermare — ripeto — che tutto funziona bene. Innanzitutto i rapporti con la Regione non sono dei migliori, in quanto manca tuttora un atto convenzionale tra l'università e la Regione. Viviamo, come ho già detto, in una situazione ambigua; è stato varato un presupposto di convenzione nell'estate del 1980, approvato dal consiglio di amministrazione dell'università e dalla giunta regionale; esso è poi passato all'esame della 5ª commissione del consiglio regionale. Per vari motivi, che non illustrerò, il suo *iter* si è arrestato. L'ente Regione ha avuto numerose crisi che senz'altro ne condizionano l'attività. In base a tale presupposto di convenzione — e devo chiarire questo punto fondamentale perchè in proposito di recente è avvenuta una discussione con l'attuale assessore alla sanità — ogni anno approviamo un bilancio di previsione che inviamo alla Regione. Il presupposto di convenzione che — ripeto — non ha concluso il proprio *iter*, perchè manca ancora l'approvazione del consiglio regionale, stabilisce che se entro quaranta giorni dall'invio da parte dell'università del bilancio non sono sollevate eccezioni da parte della Regione si ritiene approvato il bilancio di previsione stesso. Finora abbiamo predisposto i bilanci consuntivi, ma non abbiamo notizie dell'esito dei bilanci consuntivi da parte della Regione. Comunque, recen-

temente, in alcuni incontri che abbiamo avuto, l'attuale assessore regionale all'assistenza ha dichiarato che si tratta di un'erogazione che costituisce un'anticipazione di fondi, ma non si è riuscito a comprendere rispetto a che cosa. Quindi, ci muoviamo sulla base di un'erogazione che, trimestralmente, si aggira sui 19 miliardi e mezzo, somma assolutamente irrisoria rispetto alle esigenze. Proprio ieri abbiamo espresso le nostre rimostranze in sede di consiglio di amministrazione al presidente della Regione, manifestando la nostra preoccupazione per il fatto che certamente ci avviamo verso una situazione di paralisi, se non si provvederà a rivedere il problema dei finanziamenti.

Recentemente è stato ripreso il discorso sulla convenzione. Abbiamo ripresentato, entro il 15 febbraio scorso, secondo gli impegni che avevamo assunto, un presupposto di convenzione, a seguito di incontri in una commissione mista di rappresentanti dell'università e della Regione. Questa volta il presupposto è completo anche delle piante organiche, punto che è stato di maggiore discussione in questi anni. Le piante organiche sono complete e riguardano tutto il personale, da quello docente a quello dei primari, parasanitario e amministrativo. Purtroppo, a distanza di due mesi dalla presentazione, non abbiamo avuto segnali di alcun genere da parte della Regione. Questa mancanza di riscontro ci preoccupa molto, insieme alla questione del personale, che è drammatica, perchè in questi anni abbiamo avuto una proliferazione di strutture assistenziali di vario tipo. Vi è stata una crescita notevole anche nell'ambito dell'università ed è molto aumentata la richiesta che ci viene dall'esterno anche stante l'alta concentrazione di ospedali esistente a Napoli. Il personale, però, difetta e in modo molto grave nel caso di personale sanitario di primo livello. In effetti, con il personale assistente universitario non siamo in grado di fare fronte alle attività e si è venuta a creare la situazione, che loro conoscono molto bene, cosiddetta dei «gettonati»; situazione gravissima, sulla quale già i revisori dei conti, in sede di consiglio di amministrazione, hanno fatto rilievi, per cui, dopo una interruzione ed una ripresa di

dette collaborazioni esterne, la situazione non potrà protrarsi oltre il 30 giugno prossimo, anche perchè in bilancio è stata prevista una copertura finanziaria per un periodo di cinque mesi. Quello che, però, va rilevato è che proprio questo è un caso in cui si rivela la completa assenza della Regione, assenza che comporta gravi conseguenze. L'elenco delle questioni inviato da codesta Commissione contiene un punto *d*), a pagina 3, che tratta dell'entità e della composizione professionale del personale precario delle USL, dai livelli professionali atipici, nonchè delle piante organiche provvisorie. Ebbene, secondo me il punto non può riguardare soltanto le USL, ma deve riguardare tutto il quadro che ho fatto poc'anzi presente, sul quale mi premurerò di far avere alla Commissione una documentazione. Vi è da dire, però, che, sia pure nella carenza finanziaria, quando i flussi finanziari arrivano con una certa continuità, il che non avviene sempre, noi riusciamo in qualche modo a districarci nelle difficoltà. Quindi, sulla base di quanto esposto, a proposito di diverse posizioni espresse, posso affermare che sono favorevole ad una gestione diretta dei policlinici universitari e questo lo dico per l'esperienza che ho e avendo superato le perplessità che in proposito avevo qualche anno fa. Naturalmente la gestione diretta deve essere svolta in maniera corretta, secondo un rapporto convenzionale. Come loro sanno è in corso di definizione lo schema-tipo di convenzione, di concerto tra il Ministero della pubblica istruzione e il Ministero del tesoro.

I rapporti con le USL esistono, ma sono piuttosto sfilacciati e lenti; basti pensare che da oltre un anno e mezzo abbiamo chiesto di fare una convenzione con una USL per allocare alcune strutture assistenziali del primo policlinico, che è quello che si trova nelle condizioni peggiori per ragioni di spazio, e solo recentemente è arrivata la comunicazione che il comitato di gestione ha finalmente dato parere favorevole per la stesura della convenzione. Purtroppo, dovrà passare ancora dell'altro tempo perchè si arrivi a definire tale rapporto convenzionale.

Personalmente sto cominciando a meditare, per poi, naturalmente, ascoltare anche il

parere dei colleghi delle facoltà mediche, se non sia il caso di procedere come il rettore dell'università di Bari e cioè chiedere che le facoltà mediche e i policlinici siano considerati istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Sto ponendo, a questo proposito, una problematica, dal momento che il presidente Bompiani ha giustamente messo in evidenza che l'argomento è molto interessante ed io aggiungo volentieri uno stimolo a quanto ha già espresso il collega Ambrosi.

Prima di passare a trattare due questioni che riguardano la riforma degli studi di medicina, scusandomi per il tempo che sto prendendo, vorrei toccare un altro aspetto che si ricollega sempre alla questione dei rapporti con i policlinici. Una grande preoccupazione all'interno dell'ateneo napoletano, e soprattutto delle facoltà non mediche, è quella di ottenere un equilibrio nella quantità del personale sanitario e parasanitario, all'interno delle piante organiche dei policlinici, rispetto a quello dell'intero ateneo. Mi spiego meglio: si vorrebbe che personale occorrente unicamente per l'assistenza fosse messo a disposizione dalla Regione, per esempio inserendolo nelle piante organiche delle USL, per evitare di creare squilibri nel personale universitario a favore delle facoltà mediche e a detrimento, eventualmente, delle altre facoltà. La preoccupazione in questo senso è notevole.

Venendo alla questione della riforma degli studi, ci sono due aspetti che ritengo vadano tenuti presenti: uno riguarda gli accessi; l'altro riguarda il carattere istituzionale dato alla Conferenza dei presidi, un organismo certamente valido, di cui bisogna tener conto per avere dei pareri specifici.

Ho l'impressione che, almeno in qualche punto, questa istituzionalizzazione, così come è configurata, addirittura sopravanzi e sia preferenziale rispetto al CUN e forse rispetto alla stessa Conferenza dei rettori. Avrei qualche perplessità almeno sul modo in cui sono indicate alcune linee e alcune indicazioni; e si parla addirittura di pareri obbligatori.

Sul problema degli accessi, non entrerei nel merito perchè non ritengo di avere la

qualificazione necessaria per obiettare o meno il ridimensionamento del numero dei laureati; dal canto mio sono dell'avviso che tutto ciò debba e possa avvenire. D'altra parte, ritengo — come sa bene il presidente Bompiani — che non si possa andare ad una riforma di tale importanza, senza tener presente il quadro generale complessivo delle università; si rischierebbe di provocare degli sconvolgimenti e dei contraccolpi sugli altri studi. Il meccanismo, così come è, potrebbe provocare da un lato una vacanza dei posti programmati e dall'altro una «emorragia» in altri settori non controllati. Alla università di Napoli sono iscritti circa 100.000 studenti, di cui circa 20.000 alla sola facoltà di giurisprudenza. C'è stato già un calo del numero degli iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia. Se si vuol introdurre il numero chiuso, ristretto o programmato che sia, è necessario che vengano prese le necessarie misure, ma che siano globali.

Prima di concludere, volevo toccare un altro argomento che, seppur piccolo, è molto importante. L'esperienza fatta sia da docente universitario, sia da consigliere d'amministrazione, e adesso da rettore, mi porta a dire che c'è una grossa problematica sulla gestione dei policlinici e i lavori del consiglio di amministrazione del mio ateneo. È una gestione molto onerosa, nel senso che il 90 per cento dell'attività del consiglio d'amministrazione è rivolto all'assistenza, con un impegno tale da recare limitazioni per l'attività didattica-scientifica delle stesse facoltà mediche. Bisogna trovare un modo per evitare che tutto ciò accada. Purtroppo ci sono questioni non rinviabili, perchè quando si presenta un caso gravissimo, immediato, si deve intervenire subito. L'idea che stiamo approfondendo è quella di creare all'interno del consiglio d'amministrazione un organo — potrebbe chiamarsi comitato di gestione — costituito da membri stessi del consiglio, associandovi magari qualche esperto esterno, di cui facciano parte comunque il rettore, il dirigente amministrativo, i direttori sanitari, eccetera, avente dei compiti propositivi, istruttori, ma anche deliberativi su tutti i provvedimenti comportanti un onere per il bilancio. In tal modo si libererebbe il consi-

glio di amministrazione da tutta la parte gestionale trasferendola al comitato di gestione nell'ambito delle linee programmatiche e del bilancio approvato dal consiglio d'amministrazione stesso. È una esigenza che avvertiamo in modo particolare e che, in occasione di una riforma, auspichiamo venga tenuta presente. Ci riserviamo, comunque, di presentare al momento qualche proposta concreta.

RIZZOLI. Mi limiterò a trattare dei problemi che sorgono dall'esperienza diretta di Bologna. Sono stato prima nove anni preside della facoltà medica e da sette anni e mezzo sono rettore della stessa università.

Non tratterò assolutamente dei problemi e delle critiche generali che vengono fatte al Servizio sanitario nazionale. Conoscete tutti la relazione del Censis sull'andamento del settore sanitario, senza dubbio molto critica, ma che fa il quadro della situazione forse più grave di quanto non sia, stando anche alla relazione pubblicata dalla Regione sullo stato d'attuazione del piano sanitario in Emilia-Romagna. Non voglio comunque parlare di questo.

Bologna ha una esperienza dell'assistenza molto varia, perchè il lavoro della facoltà medica è incentrato su un policlinico, convenzionato dapprima con l'ente ospedaliero e poi con la USL, ma ha due settori nei quali ha una gestione diretta di settori sanitari abbastanza importanti. Anzitutto, gestisce in proprio direttamente la clinica odontoiatrica, utilizzando per i rapporti con le USL l'articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980. A questo proposito non posso che confermare quanto ha detto il professor Ciliberto, perchè si tratta di una clinica non molto ampia, con pochissimi letti: è una sorta di modellino di clinica autogestita. Essa però è gestita molto bene; dà tutti gli anni un reddito attivo all'università e addirittura istituisce servizi molto avanzati (stiamo istituendo adesso un servizio odontoiatrico per handicappati, l'unico nella città e forse anche nella regione).

Vi è poi un altro servizio, gestito una volta attraverso un consorzio e adesso con una formula un po' ambigua di commissario li-

quidatore attraverso la mia persona, che è la clinica neurologica.

È una sorta di autogestione, condotta però con un rapporto con la unità sanitaria locale n. 27, che fornisce, come se fossimo una casa di cura privata *quo dammodo*, le quote per le persone che la clinica stessa ricovera ed alle quali pratichiamo esami, terapie, eccetera.

Qui si innesta un problema, al quale poi accennerò, che riguarda la neurochirurgia, che dimostra le difficoltà nei rapporti con la Regione e con le unità sanitarie locali.

Vorrei premettere un primo punto teorico. A Bologna le difficoltà sono rilevantissime e nell'Emilia-Romagna molto grandi. L'università di Bologna è una delle poche che — mi sembra — non ha mai stipulato convenzioni nè con l'ospedale precedentemente, nè ora con le unità sanitarie locali; vive in un regime di transitorietà al di fuori di uno strumento siglato dall'una o dall'altra parte, non perchè manchino incontri (ce ne sono stati tanti), ma perchè essi terminano sempre in modo sospensivo se non negativo. Altre università della Regione hanno denunciato le convenzioni realizzate secondo lo schema degli anni 1971-1972. C'è dunque una certa difficoltà nella gestione.

Secondo me il problema teorico di base, che occorrerebbe trovare gli strumenti per risolvere, è quello di una incomprensione reciproca tra i fini del servizio sanitario e delle unità sanitarie locali, e quella che può, e che in un certo senso deve essere, la partecipazione dell'università. Cioè, secondo me, soprattutto l'unità sanitaria locale non si rende conto dei fini speciali per cui può intervenire l'assistenza medica esercitata dalle università, sempre primariamente legata alla ricerca e alla didattica e solo attraverso queste all'assistenza.

Capisco che la *reductio ad unum* è una via facile, soprattutto per grossi organismi gestionali, quali sono le unità sanitarie locali; tuttavia ciò ci imbarazza. Diventa oggi drammatica l'attuazione del decreto n. 382, che con l'articolo 102 attribuisce funzioni assistenziali dirette, addirittura tramite l'autorità del rettore in certi casi, a tutto il personale medico universitario, che tra l'altro è enormemente cresciuto. È scattata — in

senso restrittivo per l'università (probabilmente non era possibile fare altro) — la norma dell'articolo 39 della legge di riforma sanitaria, norma la quale dispone che qualunque nuovo servizio deve essere concordato tra la Regione e l'università stessa.

Detto questo sul piano teorico, occorrerà trovare, secondo me, se si vuole andare avanti, gli strumenti pratici di incontro rappresentati dalle commissioni, che stiano al di fuori dello scontro politico e dentro l'ottica istituzionale, perchè questi aspetti problematici siano risolti: commissioni di programmazione, commissioni che studino i problemi dal punto di vista statistico-sanitario, che si appoggino ai centri informatici, per avere dati che risultino per tutti incontrovertibili.

Per quanto riguarda i problemi che ci angosciano e con i quali continuamente ci confrontiamo, dico che le difficoltà si sono estese anche alle nuove convenzioni; stiamo realizzando alcune convenzioni regionali. I motivi di queste difficoltà sono in parte pratici. La Regione ha introdotto i dirigenti delle unità sanitarie locali nel gruppo regionale che tratta con le università; il che, a mio avviso, è stato un mescolamento dei due livelli delle convenzioni che sarebbe stato opportuno evitare.

L'attenzione si è portata subito sulla elaborazione degli schemi, anche perchè le convenzioni sono ambigue. Ad esempio si contende su cosa va nel «settore A» e cosa va nel «settore B». Il «settore C» rappresenta un altro motivo del contendere distinto però dal precedente: le Regioni vogliono comprendere in questo settore quasi tutti i primariati delle unità sanitarie locali, mentre le università tendono ad una riduzione secondo le esigenze. Mentre questa controversia è concreta e si risolve sul piano dei fatti, il problema di cosa comprendere nel «settore A» e cosa comprendere nel «settore B» è grosso ed è stato risolto con una certa mediazione a Parma, mentre a Bologna non è stato risolto ed anzi è stato accantonato in attesa che venga superato. Le difficoltà che ne scaturiscono sono estremamente gravi: per il 10 maggio il presidente della Regione con l'assessore ha convocato i quattro rettori per trovare un avvio.

È chiaro che la soluzione del problema si trova di fronte anche un profilo di spinta politica (nel 1985 ci saranno le elezioni regionali e sarebbe bene per l'amministrazione aver risolto questo problema decennale); tuttavia sono evidenti le grosse difficoltà.

Bologna presenta una situazione del personale medico che secondo me è estremamente drammatica: c'è un medico ogni 169 abitanti, un rapporto forse tra i più alti d'Italia. È ovvio che questo fenomeno non può e non deve perdurare. Ma lasciatemi svolgere una digressione: sono profondamente perplesso riguardo alla compressione dei numeri mediante la programmazione delle ammissioni ai corsi di laurea; e ciò per vari motivi. In primo luogo la conseguenza più grave che ne risulterebbe sarebbe lo squilibrio in cui verrebbe a trovarsi la facoltà medica rispetto alle altre; tale squilibrio sarebbe grave in due sensi: intanto perchè le altre facoltà si sentirebbero penalizzate e non potranno non adottare decisioni analoghe conseguenziali; inoltre c'è il problema del grosso afflusso di matricole (Bologna ha avuto un incremento dell'11 per cento quest'anno, specie per quel che riguarda le facoltà di economia e commercio e di giurisprudenza, mentre le iscrizioni a medicina sono aumentate solo di sette unità).

D'altro canto mi rendo conto che le richieste del Servizio sanitario nazionale implicano una certa regolamentazione dell'accesso alle facoltà mediche che tenga conto, tuttavia, di alcuni fattori: intanto che le università non sono strutture regionali e neppure nazionali, quindi «fabbricano» i medici per la Regione, ma devono anche tener conto di una quota nazionale, preparano i medici per la ricerca e per la didattica, per il terzo mondo e per il livello internazionale. Questo verrà considerato in ogni partecipazione dell'università ad ogni tipo di programmazione.

Mi chiedevo invece se non fosse risolutivo puntare sulla autonomia universitaria: il numero delle possibilità di accesso alle facoltà mediche va coordinato con l'insieme di fattori di cui abbiamo parlato; ma allora istituimo per tutte le facoltà un esame di ammissione in modo che queste, in loro libertà e con la conoscenza delle proprie esigenze e

dei posti disponibili, possano condizionare l'accesso.

I problemi del servizio sanitario sono molto più acuti perchè incidono subito sulla spesa; tuttavia non meno gravi sono le condizioni di migliaia di economisti, giuristi, biologi che non sanno da che parte intraprendere la loro vita professionale.

Secondo me una chiusura stretta per le facoltà mediche ed una chiusura programmata per le altre facoltà, tra l'altro, stravolgerebbe il sistema della parificazione. Ciò mi preoccupa particolarmente come rettore di una università: non vorrei che la programmazione dei numeri fosse l'inizio (come accennava il professor Ciliberto) di una autonomizzazione e di uno scorporo delle facoltà mediche che poi si indirizzerebbe sulla via del progressivo decentramento in un arcipelago di isole, il che sta avvenendo nei dipartimenti. Loro sanno che c'è una dura lotta tra chi dice che i bilanci vanno approvati dal consiglio e chi è di avviso contrario. La mia opinione è che i bilanci vanno approvati dal consiglio (sia i preventivi che i consuntivi). C'è dunque una tendenza alla frantumazione dell'università come corpo, che potrebbe divenire certamente un grosso dramma. Inoltre, la chiusura dei numeri comporterà un problema di revisione della spesa per le facoltà mediche e per le altre facoltà a numero chiuso, perchè loro sanno che in questi momenti — che speriamo siano transitori — in cui le università perdono gli interessi sui depositi, quasi tutto il ripianamento del bilancio universitario, a parte i contributi di finanziamento del Ministero, che restano molto bassi, è affidato alle tasse ed ai contributi versati dagli studenti.

Quindi, una grossa riduzione di studenti non potrebbe che comportare per tutti gli istituti grosse difficoltà scientifiche e didattiche, si dovranno prevedere interventi finanziari per gli istituti attraverso i fondi del Ministero della pubblica istruzione. Per questo problema del personale medico bisognerebbe studiare la creazione di un organismo che esamini tutte le questioni: non possiamo per il servizio sanitario continuare a produrre tanti medici.

È diverso invece il problema del personale paramedico in quanto si sta creando una dicotomia, che sta diventando pericolosa, tra il personale paramedico di livello universitario, che viene garantito dall'università con un diploma (che a mio parere, specialmente nelle facoltà di medicina, dovrebbe essere utilizzato appieno anche perchè costituisce un'alternativa di rapido impiego in un settore che ha molto bisogno di personale) e la formazione professionale regionale. Anche in questo caso il problema è di trovare il giusto coordinamento che finora non possiamo dire ci sia stato.

Il problema del personale paramedico è preoccupante perchè il Ministero non dispone di posti, le cliniche autogestite hanno poco personale e gli istituti dell'ospedale convenzionato hanno personale paramedico ospedaliero, mancano gli infermieri professionisti. Il nostro Ministero ha una quota disponibile di infermieri generici che non servono. Infatti, la regione Emilia-Romagna, e credo anche le altre Regioni, hanno chiuso le scuole per infermieri generici e il problema di coprire i posti diventa delicato. Abbiamo presso la clinica odontoiatrica una quindicina di posti che non possono venire coperti. Non voglio accennare ai rapporti tra personale universitario e ospedaliero; abbiamo addirittura un ufficio che si preoccupa delle interazioni reciproche.

La stessa carenza investe le unità sanitarie locali tanto è vero che a Bologna sono stati chiusi i servizi per i paganti, le camere a pagamento; ciò forse risponde ad una certa politica delle unità sanitarie locali e della Regione ma in realtà ha portato all'ospedale un danno notevole favorendo ricoveri nelle case di cura private.

Quanto al problema dei finanziamenti, è piuttosto complicato; praticamente tre quarti dell'ospedale di Bologna è stato costruito con fondi del bilancio universitario. C'è stato un periodo, dal 1965 al 1975, in cui le leggi di finanziamento delle università non facevano molta distinzione tra la parte didattico-scientifica (è realmente difficile fare una distinzione) e le aspirazioni assistenziali. La situazione si è molto indurita anche perchè il decreto del Presidente della Repubblica 4

marzo 1982, n. 371, ha imposto alle università collegi di revisori costituiti da membri del Ministero del tesoro e della Corte dei conti: su questo non è il caso di soffermarsi ma si deve comunque dire che è stata introdotta una forte restrizione sulle modalità di gestione dei fondi.

Concludo riferendomi a quella che potrà essere la sistemazione per il futuro degli ospedali universitari. Posso dire che a Bologna nella unità sanitaria locale n. 28 la situazione è complessa; l'università è nella stessa unità sanitaria una grossa forza; l'università, gestita in maniera manageriale, deve fare i conti con i comitati di controllo per questioni minime come il controllo dell'orario e problemi più importanti come il reintegro delle spese di gestione. Ora la unità sanitaria locale sta cercando di autonomizzare in via amministrativa il complesso ospedaliero su cui insiste; per l'ospedale «Malpighi» e per il «S. Orsola» vi è una formula di medio scorporo, non so quanto fattibile, ma di fatto c'è il consenso dei comitati di controllo in linea generica. Altre formule sono state suggerite per quello che riguarda il policlinico, certamente prevedendo organi di gestione propri, costituendo un consiglio di amministrazione integrato; probabilmente si risolverebbe abbastanza alla base il problema anche perchè in genere la Regione è più trattabile delle unità sanitarie locali in quanto svolge funzioni più lontane e distaccate.

Ho molte perplessità sugli istituti scientifici di ricovero e cura anche se ce ne sono alcuni che funzionano benissimo. L'istituto ortopedico «Rizzoli» ha fatto cose che sarebbe stato impensabile potessero essere realizzate da una unità sanitaria locale e ha dato una spinta gestionale di primissimo ordine. Invece, il «San Matteo» di Pavia è molto «inguaiato».

Bisognerebbe invece cercare di definire fino in fondo questo rapporto convenzionale tra Regione e unità sanitarie locali verificando se ciò realmente consente il minimo di gestione per assicurare la didattica per la facoltà.

PRESIDENTE. Abbiamo completato con quest'altro modello-tipo dell'università di

Bologna un quadro, che diventa un minicampione, delle università.

Passiamo ora alle domande dei Commissari.

BOTTI. Il materiale che i tre settori di così importanti università italiane ci hanno messo a disposizione è tale che forse meriterebbe un esame più approfondito da parte nostra.

Farò, signor Presidente, domande che si possono considerare rivolte a tutti i nostri interlocutori. Vorrei però subito riagganciar mi all'intervento del professor Rizzoli che saluto con molta cordialità (siamo della stessa Regione).

Si è parlato molto — abbiamo avuto modo di costatarlo più volte anche in questa sede — di numero programmato di studenti: di fronte alla pleora di medici indubbiamente esistente in Italia, siamo 195.000, occorre porre rimedi. Sono d'accordo con il professor Rizzoli che il numero programmato debba essere visto nel quadro della situazione attuale in cui si trovano gli iscritti a tale facoltà. Inoltre, si discute per decidere se questa riforma debba avvenire a livello centrale, ossia a livello di Ministero della pubblica istruzione, o a livello periferico, ossia regionale. Un'altra ipotesi è quella del sistema misto, che tenga conto cioè di una gestione di programmazione sia centrale che periferica. In questa sede, in una audizione di questa indagine conoscitiva tenutasi nella scorsa settimana, abbiamo ascoltato, in merito, il parere discorde dei presidi delle facoltà: il professor Teodori era favorevole ad una gestione universitaria, mentre il professor Carinci era per la gestione mista, ossia centrale e periferica. Qual è la sua posizione in merito, professor Rizzoli? Inoltre lei ha accennato al problema dell'esame di ammissione ai corsi di studi di medicina. Vorrei conoscere la sua opinione su come potrebbe essere previsto ed articolato questo esame di ammissione e, visto che siamo in tema di esami di «idoneità», quali potrebbero essere le ulteriori verifiche durante il corso degli studi di medicina.

Dai rettori non è stato peraltro detto molto a proposito della riforma degli studi, anche se il professor Rizzoli ha promesso che in un

secondo momento avrebbe parlato della riforma delle scuole di specializzazione. Nella audizione di ieri, il professor Parodi, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici, si è lamentato della grande pletera dei medici, che sono oltre 190.000, e contestualmente si è lamentato della scarsa preparazione degli studenti di medicina che conseguono oggi la laurea. Un medico — occorre riconoscerlo — non è certamente preparato a quello che gli viene chiesto, attualmente, dalla dinamica sociale in tema di diritto alla salute. Vi sono materie completamente dimenticate o ignorate nell'ambito degli studi universitari.

Vorrei poi chiedere qualcosa a proposito delle scuole di specializzazione. In Italia abbiamo circa 190-195 materie di specializzazione. Questa cifra è certamente superiore al numero delle scuole esistenti in altri paesi europei. A questo proposito voi sicuramente saprete che si è giunti ad elaborare un disegno di legge governativo che introduce il concetto del numero programmato anche per le scuole di specializzazione e che prevede per gli specializzandi il tempo pieno retribuito. Ciò è indubbiamente positivo, perchè anche se con ritardo e anche se sono stati presentati precedentemente altri disegni di legge da tutti i partiti (compreso il mio), l'Italia si adegua o tenta di adeguarsi a quelle che sono le norme della CEE sulla formazione specialistica. Però questo provvedimento suscita perplessità non soltanto di ordine economico da parte dei Ministri del tesoro e del bilancio, ma anche a livello di presidi di facoltà e di rettori di università. Su cosa si basano queste perplessità? Vorrei ascoltare anche il parere del professor Rizzoli su tale questione. Vorrei altresì avere chiarimenti sull'attuale protesta dei ricercatori universitari sviluppatasi in Emilia-Romagna a seguito di questa non ben chiara e fantomatica proposta di legge che li divide in due fasce.

Quanto al problema delle convenzioni tra università e Regioni, il professor Ciliberto diceva che il rapporto con la Regione non è roseo. Sono d'accordo sul fatto che il confronto sul terreno delle convenzioni non è stato mai molto facile. Non voglio essere

offensivo verso nessuno, ma dico chiaramente ciò che penso anche in base all'esperienza della regione Emilia-Romagna. Se le convenzioni si sono sempre arenate questo non è avvenuto per causa della Regione, ma piuttosto perchè le università si sono sempre arroccate sulle loro prerogative istituzionali, che indubbiamente esistono, ma che bisognerebbe qualche volta superare. La recente «convenzione-tipo» emanata con i decreti governativi, non privilegia certo il Sistema sanitario nazionale, ma direi che privilegia in modo abbastanza chiaro l'università, nonostante vi siano alcune questioni, come diceva il professor Rizzoli poco fa, che vanno chiarite. Non sono d'accordo con lei professore quando afferma che le USL e le Regioni vorrebbero che tutti i primariati fossero inseriti automaticamente. È in corso una vivace discussione sull'inserimento delle strutture ospedaliere che hanno i requisiti scientifico-culturali ed assistenziali per essere inserite adeguatamente nella didattica universitaria. Il problema potrebbe benissimo essere ribaltato, chiedendosi, cioè, se tutte le «strutture» universitarie sono idonee a questo. Ora, non metto in discussione l'allegato A), ma si può discutere per quanto concerne l'allegato B); in esso infatti sono presenti una infinità di duplicazioni di servizi, di specialità e di cattedre, molte delle quali non hanno attributi o finalità assistenziali. L'università continua a prendere le sue decisioni senza che chi è preposto all'assistenza sanitaria e che dovrebbe effettivamente gestire la programmazione sanitaria, cioè le Regioni, sia messo al corrente, informato delle decisioni dell'università sulla richiesta di cattedre. Ad esempio le quattro facoltà mediche dell'Emilia-Romagna hanno chiesto per l'anno accademico 1983-1984, quindici-venti cattedre di insegnamento senza che gli assessorati alla sanità, sia locali che regionali, ne siano stati informati. Sono convinto che i due sistemi, quello ospedaliero e quello universitario, possano e debbano collaborare e convivere, perchè l'istituzione di un sistema integrato può venire a vantaggio sia dell'una componente che dell'altra, nel pieno rispetto di quelle che sono le rispettive prerogative istituzionali. Mi auguro che ciò possa avvenire

re presto, nonostante — e mi scuso per la franchezza — il pessimismo dimostrato dal professor Rizzoli.

CONDORELLI. Abbiamo ascoltato dai rettori delle cose estremamente interessanti e che rispecchiano la situazione veramente drammatica in cui si trova oggi l'università. Questa riveste una considerevole importanza, una funzione preminente perchè è il luogo dove viene formato il futuro medico, la cui preparazione è fondamentale per il Servizio sanitario nazionale.

Vorrei approfittare dell'occasione per salutare il magnifico rettore Ciliberto, che vedo con molto piacere e verso il quale ho una grande ammirazione anche per il lavoro appassionato e intenso che svolge con grande spirito di sacrificio e dedizione nell'università.

Desidero fare delle considerazioni su alcuni problemi che, secondo me, rivestono particolare importanza. Il primo riguarda il numero chiuso, che è un problema tristissimo; debbo dire sinceramente che per la mia formazione liberale questo problema mi angoscia. Tutto quello che può limitare in qualche modo la libertà delle persone è certamente angoscioso. Però, esiste sicuramente la necessità di ridurre il numero dei medici; questo è molto importante, perchè tale questione non deve essere vista in funzione della disoccupazione dei medici, che pure è un problema gravissimo, ma in funzione del Servizio sanitario nazionale che soffre di disfunzioni anche per l'eccessivo numero dei medici.

Quindi, dobbiamo trovare assolutamente una soluzione a questo problema. Nel corso di questa indagine conoscitiva, più volte abbiamo analizzato questo tema e da più parti è stato sottolineato che — appunto — una parte delle disfunzioni del servizio derivano dal numero eccessivo e spesso — bisogna riconoscerlo — anche dalla non adeguata preparazione dei medici. Allora, quale via possiamo attuare? Capisco che il problema del numero programmato è difficilissimo, perchè può essere centrale o periferico, ma è anche vero che in tutte le ipotesi che si

possono fare può essere difficile trovare una soluzione giusta.

Una via potrebbe essere quella dell'abolizione del valore legale del titolo di studio, dato che per accedere a qualsiasi altra via occorre fare un concorso: il laureato in legge, se vuol fare il notaio o il magistrato, deve fare un concorso; lo stesso avviene per la facoltà di lettere, dopo la quale, se si vuole insegnare, occorre fare un concorso; lo stesso discorso vale anche per economia e commercio per le varie possibili attività. Quindi, il problema è veramente grave, in particolare per la medicina, e perciò va esaminato con attenzione. I colleghi delle altre facoltà non si devono meravigliare se noi insistiamo sull'urgenza del problema per quanto riguarda la facoltà di medicina.

Esiste poi un'altra via che noi abbiamo sempre invocato, cioè quella della serietà degli studi. Abbiamo tutte queste conquiste che dopo il Sessantotto hanno raggiunto gli studenti: non aver più la bocciatura, non aver più gli sbarramenti, eccetera. C'è gente che si laurea dando per ultimo esame anatomia: al giorno d'oggi vi sono ancora queste cose. Basterebbe introdurre una notevole serietà, rivedendo anche, se necessario, un sistema di esami più moderno; possiamo inventare le cose che vogliamo, ma certamente questa potrebbe essere una via.

Credo, peraltro, che una combinazione delle varie soluzioni possibili potrebbe rappresentare una cosa importante. Ad esempio, si dovrebbe valorizzare molto l'esame di Stato per i medici, che è diventato una «burletta». Tale esame andrebbe riformato in modo estremamente serio, così come il corso degli studi, e dopo sarà possibile effettuare una certa riduzione: se gli studenti si trovano ad affrontare un serio corso di studi, chi ne ha voglia abbandonerà certamente questa facoltà per orientarsi verso altre strade, considerando anche la notevole lunghezza di tale facoltà.

Sono d'accordo con il magnifico rettore Rizzoli sulla necessità di fare qualcosa anche per le altre facoltà che si possono organizzare ed incrementare anche loro la serietà degli studi. Comunque una cosa è certa, e

cioè che i professori devono essere protetti. Io sono diventato professore nel 1968 e di fronte a quella marea immensa di studenti che facevano certe richieste, appoggiati anche da tanti colleghi che facevano della demagogia, mi sono reso conto che nessuno ci impone il dovere di essere degli eroi e quindi, se questa deve essere la volontà, cioè il decadimento degli studi, allora bisogna accettare purtroppo certe situazioni. Però, attualmente, siamo in un momento molto delicato, c'è un maggior interesse per gli studi, le aule sono piene, è tornato il gusto per lo studio in una larga parte degli studenti.

Il secondo punto che vorrei toccare è quello degli associati; su tale problema sono rigido. Ho un profondo rispetto per costoro, perchè tra questi ci sono persone naturalmente di grandissimo valore (sono le nostre speranze), però essi non devono avere i reparti o le stesse qualifiche dei professori ordinari e dei primari, altrimenti faremmo del male a questi colleghi: nel momento in cui un associato ha tutti i diritti del professore, ha anche un reparto, per quale motivo poi deve essere spinto ad andare avanti? Certo, la persona che ha un grande valore intrinseco andrà sempre avanti, ma ci sarà sempre chi si siede comodamente, e questo naturalmente rappresenta un grave danno. Siccome il decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, dice chiaramente che gli associati sono degli aiuti, debbono restare in tale ruolo. Lo dico apertamente a tutti gli associati, compresi i miei collaboratori che sono sicuramente ottimi e che certamente diventeranno dei bravissimi professori ordinari.

L'altro punto veramente molto importante che ha toccato il magnifico rettore Ciliberto riguarda il consiglio d'amministrazione. È verissimo che noi rappresentiamo una grande pena per il consiglio d'amministrazione che si occupa per il 90 per cento dei nostri problemi. In realtà, penso che il presidente Bompiani potrà dire qualcosa a proposito — perchè ha studiato a fondo il problema — della opportunità di creare un consiglio d'amministrazione *ad hoc*, ovviamente presieduto dal rettore, oppure in parte composto da professori della facoltà di medicina.

Personalmente, non sono d'accordo su quest'ultima ipotesi, in quanto vedo malissimo i colleghi della mia facoltà che fanno parte del consiglio d'amministrazione; per principio non mi sono mai candidato per una cosa del genere, anzi ho sempre fatto osservare ai colleghi che secondo me non era giusto. Penso che il consiglio d'amministrazione vada riformato nel senso che i colleghi non devono farne parte; essi devono occuparsi soprattutto di problemi di ricerca e di didattica, ma non del consiglio d'amministrazione.

Anche per quanto riguarda la direzione sanitaria, sarei più favorevole ad una direzione esterna, *super partes*, non esplicita dai colleghi.

Vorrei poi dire qualcosa a proposito del personale paramedico. Credo sia necessario creare un maggior rapporto con le USL e una maggiore mobilità. Non credo sia difficile creare la possibilità che il personale delle USL sia distaccato presso i policlinici universitari ove ve ne sia bisogno, visto che i policlinici debbono svolgere una funzione di altissima qualificazione nell'assistenza. Ritengo che il problema potrebbe essere risolto in questo modo anzichè con personale appunto a carico del bilancio dell'università.

L'ultimo punto, che riguarda proprio in modo particolare il magnifico rettore Ciliberto, è il problema dei cosiddetti «gettonati». Vorrei che il rettore ci dicesse qualcosa a proposito. Noi stiamo discutendo un disegno di legge, il n. 451, che riguarda la sanatoria del personale delle USL. Qualcuno di noi intravede la possibilità di trovare anche una soluzione almeno per una parte di questo personale. Capisco che è un problema delicato, anche giuridicamente complesso, però, siccome l'università è considerata un istituto di ricerca, di ricovero e di cura e dato che la legge riguarda anche questi istituti, penso che allo stesso modo si potrebbe fare una sanatoria almeno per una parte di questo personale e distaccarlo poi presso i policlinici universitari. Il problema riguarda esclusivamente Napoli e Palermo.

PRESIDENTE. Prima di continuare il dibattito, vorrei pregarvi di essere più sintetici, di fare domande precise.

MONACO. Signor Presidente, a questo punto è necessario individuare chiaramente i termini della problematica da dibattere: parliamo di sanità o di pubblica istruzione?

RANALLI. Signor Presidente, vorrei sottolineare che anche secondo me dagli interventi svolti dai rettori emergono un'esperienza, un'immagine e un modello diversi. Probabilmente, si tratta anche di culture diverse.

Il Servizio sanitario nazionale è dotato di un suo *unicum*. Le università hanno la loro autonomia e la preminente funzione dell'insegnamento e della ricerca; i policlinici rappresentano l'incontro tra queste due grandi autonomie, tra queste due grandi culture, incontro che deve essere regolamentato, disciplinato, che deve trovare una sintesi, un equilibrio, senza forzature, in un senso o nell'altro.

Esiste la convenzione del novembre 1982 per la gestione convenzionale dei policlinici, che non mi sembra godere di molto credito. Allora vi chiedo: perchè avviene questo? Vi hanno lavorato i due Ministeri, le Regioni, sono state interpellate al riguardo anche la Conferenza dei rettori e quella dei presidi. Allora perchè non va? È uno strumento inadeguato? Può dirsi tale se nessuno lo applica? Vogliamo provare a farlo, prima di immaginare una fase nuova e diversa? Ai nostri ospiti rivolgo quindi un'altra domanda: in che fase siamo?

Vorrei poi chiarimenti sull'ipotesi di gestione diretta dei policlinici. Il rettore dell'università di Napoli, professor Ciliberto, sottolinea con molta sicurezza che questa sarebbe la strada migliore o che, comunque, nell'esperienza ciò è sicuramente un dato oggettivo.

Ma di quale gestione diretta parliamo, signor rettore? Infatti, una gestione diretta senza convenzione con la Regione, con un bilancio che predispone la facoltà di medicina di Napoli e che la Regione paga, senza un piano di programmazione dei servizi rapportato anche — e questo lo sottolineo — alle esigenze proprie dell'insegnamento, non mi sembra un modello che potrebbe essere preso in considerazione. È tutta un'altra cosa: vi è un policlinico che agisce nella sua auto-

nomia e una Regione che paga, e poco — per giunta — dice lei, dovrebbe pagare di più. Ma a me non piace come modello e lo dico con molta chiarezza.

Su questo argomento ho avuto anche vivaci conversazioni proprio con il preside della facoltà di medicina dell'università di Napoli, ma vorrei riproporre la questione a lei, come rettore. Se vogliamo considerare come possibile l'ipotesi di gestione diretta dei policlinici, dobbiamo collocarla all'interno di una programmazione sanitaria regionale e nell'ambito di determinate compatibilità finanziarie; all'interno, quindi, di una situazione in cui il miglioramento della conduzione gestionale dei servizi non deve essere realizzato a discapito di ben altre e più elevate istanze politiche, programmatiche, culturali.

Inoltre — e concludo — esprimo la mia preoccupazione in merito alla tesi del numero chiuso o programmato per la facoltà di medicina, che prescindendo da una ipotesi più complessiva, come ha detto uno dei tre rettori. Stiamo attenti: tutte le cose devono essere commisurate alla loro particolare drammaticità in un dato momento. Il dramma che sta vivendo la facoltà di medicina per il numero di medici che da essa escono ogni anno — ricordo che a Roma il rapporto è di un medico ogni 146 abitanti e a Bologna, mi pare, di uno ogni 162 — è un fatto già di per sé così grave socialmente che, a mio giudizio, esige determinate scelte che vanno, poi, recuperate in un contesto — come dire? — più ordinato, evolutivo di tutte le facoltà. Tuttavia, nel frattempo, il numero chiuso nella facoltà di medicina deve essere considerato assolutamente prioritario.

IMBRIACO. Cercherò di riassumere il senso delle mie domande, riferendomi in particolare alle questioni specifiche del Mezzogiorno; per avere una conoscenza più diretta della situazione in cui si trova la più grande università del Mezzogiorno, offrirò probabilmente qualche chiarimento anche al compagno ed amico, senatore Ranalli, il quale legittimamente — come credo tutti coloro che hanno ascoltato le dichiarazioni del rettore dell'Università di Napoli — è rimasto impressionato dallo stato di assoluta assenza di

legalità democratica che si è determinata nel rapporto tra università e regione Campania. Quest'ultima ha vissuto la bellezza di dodici crisi in dodici anni e da circa cinque mesi è paralizzata. Il rettore potrà facilmente rispondere al senatore Ranalli: non è colpa nostra, abbiamo fatto tutto il possibile. Ma proprio perchè non sono convinto che affrontando così il ragionamento diamo un contributo alla soluzione del problema, dico che il rettore non può risponderci in questo modo perchè dovremmo e dovremo scandagliare meglio le responsabilità delle università, specie nel Mezzogiorno.

E parto da questa considerazione perchè effettivamente, anche per come è stata delineata la situazione attraverso le diverse esperienze, abbiamo in questo settore, probabilmente più che in altri, una rappresentazione efficace di due realtà profondamente diverse, persino nel sistema gestionale: vi sono policlinici a gestione diretta nel Mezzogiorno, ma non credo ve ne siano al Nord, dove sono tutti a gestione indiretta. E questo già di per sè è un dato significativo.

Ma ciò che a me preme sottolineare è che, in questa diversificazione di responsabilità e di modelli, pur essendo anche io convinto della gravità dei problemi dell'organizzazione sanitaria nel nostro paese, prima di passare alla configurazione di nuovi modelli (ricordo, ad esempio, l'istituto a carattere scientifico, questione che pure è stata sollevata in via problematica), ritengo che occorra lavorare e riflettere sull'attuale sistema della gestione diretta. Nel Mezzogiorno, ad esempio, vi sono istituti a carattere scientifico, uno si trova proprio vicino al policlinico di Napoli, e vorrei far presente che versa in una situazione di sfascio e di degrado assai grave.

Se pensiamo di risolvere i nostri problemi individuando a tavolino, in maniera astratta, modelli di riferimento, probabilmente fuggiamo dalle nostre realtà. A Napoli, vi è un sistema universitario che pure, in teoria, a gestione diretta potrebbe andare, ma se non si modificano le condizioni, il terreno su cui queste realtà si costruiscono, nessun altro modello può funzionare; quindi dobbiamo scavare lì.

Allora, la prima considerazione che svolgo è dunque questa: diamo per scontate tutte le responsabilità di altri livelli istituzionali; diamo per scontato che i policlinici a gestione diretta nel Mezzogiorno sono protesi, al 90 per cento della loro attività amministrativa, a garantire l'assistenza sanitaria; riconosciamo che il consiglio d'amministrazione dell'università impiega nove sedute su dieci per i problemi del personale medico e paramedico e per trovare i finanziamenti ed ammettiamo altresì che il 90 per cento dell'attività dei due policlinici di Napoli è di tipo ospedaliero. La didattica e la ricerca ormai rappresentano il fanalino di coda di questo impegno in una città come Napoli dove abbiamo posti letto a iosa. A tutto ciò si può rispondere che non dipende da voi e che avete predisposto un programma. Ma l'ultimo programma presentato, rettore Ciliberto, è l'espressione di interessi di tipo ospedaliero e non di tipo universitario. Quando si ha un parco-letti di tremila posti in una città che ha già dieci posti-letto su mille abitanti, evidentemente è mancato qualcosa a livello di programmazione, di coordinamento e di intervento. Il momento universitario, forse perchè non ha avuto controlli dall'esterno, è rapidamente scivolato verso il canale più facile, quello dell'assistenza, incentivando, fra l'altro, interessi e spinte verso l'ospedalizzazione anche dall'interno stesso del sistema. Il consiglio di amministrazione dell'università nel programmare le chiamate a cattedra e la promozione degli associati, pur titolari di intelligenza, di energia, di competenze e di professionalità, deve partire dal presupposto che questi, avanzando nella carriera in un sistema così degenerato, si pongono come obiettivo, più che la cattedra, la conquista di un certo numero di posti-letto. È questo un fatto automatico, vista la strada lungo la quale ci siamo incamminati. Esso rappresenta un fattore di moltiplicazione delle contraddizioni, di aumento della spesa e di ingovernabilità non solo del sistema universitario, ma dell'intero sistema ospedaliero.

Pongo una domanda, implicita negli interventi dei senatori Botti e Condorelli. In che modo possiamo recuperare il momento della

didattica e della ricerca per la carriera dei singoli operatori creando uno spartiacque tale da premiare e privilegiare chi a tali attività dedica il massimo delle sue energie, scegliendo fino in fondo questo tipo di carriera e rompendo con la promiscuità degli impegni? Mi si dirà che per l'attività didattica integrativa è necessaria la presenza di entrambi gli aspetti; tuttavia un conto è avere a disposizione quanto basta effettivamente per formare il medico di base, altro è avere un gigantismo di posti-letto, un «megaospedale» che finisce con lo sconvolgere tutti i programmi e gli impegni. Il primo obiettivo che dobbiamo porci per Napoli, così come per gli altri policlinici a gestione diretta, prima ancora di individuare altri modelli gestionali, è quello di interrompere il circolo vizioso per cui la carriera del singolo operatore è necessariamente legata alla carriera ospedaliera, almeno per quanto riguarda l'impegno professionale.

Insisto ancora su questo punto perchè tra qualche ora alcuni colleghi si misureranno con i problemi di sanatoria del personale precario impegnato nel Servizio sanitario nazionale.

Sappiamo che nei due policlinici c'è un numero consistente di operatori a rapporto precario che sono passati alla storia con il nome di «gettonati». Ancora una volta il consiglio di amministrazione dell'università non si è trovato di fronte un problema che ha finito per condizionare perfino la nuova convenzione che si annuncia?

I giovani medici che operano come precari nella facoltà di medicina sono 1.200 e ad essi bisogna garantire una sistemazione; se su questo numero si costruisce una pianta organica, evidentemente essa sarà sfalsata rispetto agli obiettivi e ai presupposti, ma soprattutto rispetto al recupero delle funzioni precipue dell'università.

Questi 1.200 giovani vivono un'esperienza unica; non credo infatti che altre regioni in Italia abbiano dato all'università un certo monte-ore assegnato dai singoli direttori di cattedra ai giovani in un rapporto libero-professionale per funzioni assistenziali. Come possiamo noi recuperare questi giovani all'interno di un progetto di sanatoria fatto su

misura per il personale che opera all'interno del Servizio sanitario nazionale e non in un settore direttamente collegato al Ministero della pubblica istruzione? Non sarebbe il caso di utilizzare una strada molto più semplice e più praticabile: instaurare finalmente un rapporto organico con le unità sanitarie locali sul territorio delle quali coesistono queste due strutture e all'interno delle piante organiche delle USL trovare soluzioni a problemi ormai angosciosi, con concorsi, avvisi pubblici, eccetera?

Si eviterebbe in tal modo di sovraccaricare il Parlamento di un problema che, per quanto minimo nell'economia complessiva del discorso sulla sanatoria del precariato, introduce in ogni caso una smagliatura che può avere innumerevoli conseguenze.

Vorrei pregare il rettore dell'università di Napoli di farci pervenire, se possibile, la documentazione sulla situazione attuale del precariato «a gettoni» e soprattutto la nuova pianta organica che i due policlinici hanno recentemente presentato alla Regione. Quali sono le possibilità effettive di approvazione di tale pianta organica, se è vero che gli oneri finanziari che ne derivano raddoppiano di fatto il bilancio che, sia pure ad anticipazioni, abbiamo registrato nell'ultimo anno?

CALÌ. Non entrerò nel merito delle questioni affrontate dai colleghi che mi hanno preceduto. Mi soffermerò maggiormente sul problema del rapporto tra università e ricerca. Sono profondamente convinto, come credo lo siano tutti, che senza una ricerca di elevato livello non è concepibile lo sviluppo del paese; senza elevare il livello della ricerca non è pensabile elevare il livello della didattica e dell'assistenza socio-sanitaria.

In ogni occasione si ribadisce il concetto che l'università è la sede naturale della ricerca; i fatti però non sembrano dimostrare questo assunto. Per restare nell'ambito della ricerca biomedica, credo che nessuno possa negare il livello scientifico prevalente di istituzioni non universitarie; per fare qualche esempio, la ricerca farmacologica, ad altissimo livello, dell'Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri» di Milano.

Sappiamo benissimo che si assiste ogni

giorno all'esodo da varie parti del paese verso l'Istituto dei tumori e non solo per la qualità dell'assistenza, ma anche perchè vengono attuati protocolli terapeutici che sono il frutto di una ricerca clinica finalizzata, pur sempre validissima. Cito ancora l'Istituto Gaglioli, l'Istituto superiore di sanità, che svolge ricerca biologica di base ad altissimo livello, il Laboratorio internazionale di genetica e biochimica, e potrei continuare. Con ciò sia chiaro che io non intendo assolutamente negare che esistono istituti universitari nei quali si fa una ricerca molto seria. È certo, però, che sono strutture *extra* universitarie quelle che danno maggior prestigio al paese nel campo della ricerca biomedica.

Se, poi, vogliamo ampliare il discorso e parlare della ricerca in senso lato, ritengo accettabile quella classificazione che divide i paesi in paesi detentori dell'invenzione e del potere decisionale (tra questi ovviamente gli Stati Uniti, i quali detengono il primato dei brevetti), paesi chiamati a tradurre le invenzioni in prodotti di consumo (come per esempio il Giappone), e infine paesi, purtroppo come il nostro, relegati al ruolo di consumatori.

Ciò detto, vorrei porre alcuni quesiti ai magnifici rettori. Quali sono, secondo i nostri ospiti, i motivi di fondo per i quali la ricerca scientifica, in genere, e quella biomedica, in particolare, nelle università sono ad un livello, secondo me, non ancora accettabile, come del resto è stato anche riconosciuto dagli stessi ospiti? Inoltre: esiste e quale può essere una strategia per favorire la ricerca nel Mezzogiorno del paese? Mi rivolgo in particolare ai rettori di Bari e di Napoli. Pongo la domanda perchè, circa un anno fa, a Napoli, a Villa Pignatelli, si è svolto un convegno sulla ricerca scientifica in Italia, in occasione della presentazione della rivista «Scienza 2000», al quale parteciparono illustri personaggi del mondo scientifico, Edoardo Caianello, Cesare Della Seta, Alfonso Maria Liaguori, Domenico De Masi e altri. In quel convegno, partendo dall'analisi della situazione, si attirò l'attenzione sul fatto che Giappone, Stati Uniti e Israele hanno aumentato i propri sforzi, potenziando risorse umane e intellettuali, in campi che nell'arco

di un decennio trasformeranno la stessa vita comunitaria, come ad esempio il campo dell'informatica. Nello stesso convegno si criticò quella che fu definita l'egemonia accentratrice del Consiglio nazionale delle ricerche e fu proposta, se ricordo bene, la creazione di un organismo per la ricerca scientifica *ad hoc* per il Mezzogiorno. Pertanto, come terza domanda, vorrei sapere, in merito a questa ipotesi, qual è l'opinione dei rettori presenti.

Ultima domanda: considerato che la ricerca non è più compito dei singoli, ma dovrebbe essere affrontata con criteri multidisciplinari, e considerato che il nostro Governo ha stanziato per la ricerca una somma di poco superiore a quelle, estremamente esigue, della Danimarca e dell'Irlanda, vorrei sapere se i rettori non ritengano che tale somma, sia pure esigua, debba essere distribuita esclusivamente, o quasi esclusivamente, alle strutture dipartimentali, in modo da incentivare anche la istituzione di dipartimenti che, nessuno lo può negare, va molto a rilento. La qual cosa significherebbe anche migliorare la qualità della didattica. Grazie.

MELOTTO. Avrei molte domande, ma ne faccio una sola. Premesso che le risorse di questo paese sono uniche, non divisibili nella entrata ed anche nella spesa, che si dirama in tanti rivoli, ma è proveniente sempre dalla stessa fonte, chiedo quali siano, secondo loro, i raccordi che devono concretamente ipotizzarsi con il Servizio sanitario nazionale, poichè giustamente, a mio avviso, l'università rivendica un'autonomia nella triplice funzione della ricerca, didattica e assistenza.

Di fatto si sta verificando una separatezza, perchè le convenzioni non firmate non servono, come non servono gli anticipi, dal momento che qualcuno pagherà sempre il conto e il piè di lista verrà sempre, purtroppo, preso in considerazione nel paese. Peraltro, poi, di anno in anno, assistiamo alla degenerazione del sistema, data dal fatto che vi è un medico per 149 abitanti. Allora, chiedo che cosa occorre per programmare un'attività e, considerando che i policlinici sono momenti di altissimo investimento, sia umano che scientifico e tecnologico, chiedo come essi possano raccordarsi con il Servizio sani-

tario nazionale. In questa stessa sede, una settimana fa, i presidi, rispondendo ad una mia domanda, hanno dichiarato di essere contro la frammentazione delle cliniche. Ma io registro, anche nella mia regione, dove sono state firmate le convenzioni, la frammentazione delle cliniche in una serie di istituzioni e di reparti. Dalla programmazione di una cattedra in modo autonomo da parte dell'università, la Regione, poi, dopo molte pressioni arriva al reparto, frammentando quella unicità nella ricerca, nella didattica e nell'assistenza che la clinica, di qualche anno fa, offriva. A questo punto io non credo che l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico possa essere una risposta come non credo che possa esserlo la gestione diretta. Credo che vi siano momenti che esigono una conduzione di tipo manageriale e non impastoiata nella burocrazia, ma ciò deve avvenire nel raccordo di tutte le strutture fino alle più periferiche, altrimenti si avrebbero servizi non convergenti, in quanto ciascuno, implicitamente, gestirebbe sè stesso.

Su questo punto mi sembra di aver sentito opinioni diverse e vorrei che su di esso le considerazioni già svolte fossero maggiormente ampliate. Grazie.

CILIBERTO. Signor Presidente, vorrei chiedere un chiarimento circa la frammentazione. L'azione unitaria di qualche università verrebbe forse frantumata dalla Regione?

MELOTTO. È l'inverso. Ho detto e ripeto che l'università autonomamente programma le cattedre. Bene o male — siamo uomini che vivono in questo paese e conosciamo le pressioni che ci sono — la Regione, smembrando le cliniche, sottende quei reparti con le cattedre.

SELLITTI. Sarò brevissimo, telegrafico, perchè intendo far mie alcune domande poste dai colleghi.

Mi dispiace di non aver ascoltato le dichiarazioni del rettore dell'università di Napoli, dal momento che provengo dalle vicinanze di quella città.

Insisto sul problema dei «gettonati»; è un problema molto importante, che mi è parso tuttavia sia stato un pochino gonfiato. Si è parlato di una cifra molto alta, mentre coloro che fanno veramente quindici ore sono pochissimi.

Vorrei, inoltre, conoscere il destino del primo policlinico di Napoli, quanto alla sua sede ed alle sue funzioni.

ALBERTI. Ringrazio i rettori per le dichiarazioni rese.

Volevo chiedere al professor Ciliberto se non vi è contraddizione tra il discorso del numero elevato di posti-letto qui denunziato (che fanno parte dei policlinici dell'università di Napoli) e la sua preoccupazione che il 90 per cento dell'attività del consiglio d'amministrazione è dedicata esclusivamente all'assistenza. Vorrei sapere come si è arrivati a queste cifre altissime per i posti e se questo non possa essere dovuto al fatto — le chiedo scusa, signor rettore, non vorrei che la mia domanda sembrasse provocatoria — che molti reparti sono creati a ripetizione, con il risultato che vengono fuori numerosi associati che diventano primari. A Catanzaro su ventisette primari ospedalieri sono stati istituiti nel corso di un anno ventinove primari universitari (ancora inesistenti, per la verità!); tra questi, ventisei sono professori associati, diventati tutti primari. Ho sentito anche dire che la facoltà di Catanzaro manca di strutture e, soprattutto, è una struttura di assistenza, invece che di ricerca. Mi risulta che sia stata chiesta anche l'istituzione di altri trenta insegnamenti per il prossimo anno, che equivalgono all'arrivo di altrettanti primari. Come si conciliano i due indirizzi, l'uno verso la ricerca e l'altro verso l'assistenza?

PRESIDENTE. Devo riconoscere che mi trovo in imbarazzo, perchè il piacere intellettuale che scaturisce da questa discussione ci fa dimenticare i limiti temporali prefissati. È una discussione che si è svolta soprattutto tra persone appartenenti al mondo universitario e che tocca problemi tutti molto importanti; per questi motivi, i miei colleghi non si sono limitati a porre delle domande, ma

hanno fatto anche delle valutazioni di carattere personale.

Ma, considerando la ristrettezza del tempo, mi asterrò dalle valutazioni, offrendo però degli spunti su questioni per le quali ho ricevuto anche delle sollecitazioni.

Sui policlinici universitari ho scritto un articolo, che è in stampa e che invierò a loro ed ai colleghi, nel quale sostengo l'applicazione concreta per tutte le facoltà di medicina del modello di policlinico universitario autogestito. Sembrerà utopistico — lo dico con molta chiarezza — chiedere oggi questo; però in prospettiva dovremo andare in quella direzione. Ci sono ovviamente dei problemi notevoli da affrontare come la conversione del personale, la istituzione di ruoli universitari anche per il personale non laureato dell'università (c'è uno schema-tipo in esame al Ministero della pubblica istruzione) ed altri ancora. Non voglio certamente promuovere un «Sistema sanitario universitario» affianco al «Sistema sanitario nazionale» della legge n. 833 del 1978; affermo però che solamente il modello dell'autogestione consente di esplicitare al massimo la potenzialità delle istruzioni universitarie che, come in tutti gli altri paesi, anche in Italia deve appunto raggiungere il massimo delle sue potenzialità.

Limitando il mio intervento a questa unica considerazione, do la parola agli intervenuti per le repliche.

AMBROSI. Nel mio primo intervento volutamente non ho parlato del problema della riforma degli studi della facoltà di medicina, perchè, seppure con ritardo (ritardo postale), ho letto lo schema predisposto dalla Commissione per le domande e non mi pareva che facesse riferimento alle facoltà. Essendo stato chiamato in causa come operatore del settore, sia come medico che come rettore, devo dire che le perplessità, manifestate dai colleghi Rizzoli e Ciliberto, sul numero programmato per me sono ancor più gravi.

A parte la considerazione storica — che va tenuta presente — che di programmazione nel nostro paese ne abbiamo fatta tanta, ma solo sulla carta, ritengo che alla riduzione progressiva e misurata del numero dei lau-

reati in medicina si debba pervenire attraverso altre vie, in particolare attraverso una globale serietà degli studi.

Noi consentiamo ancora al diplomato in ragioneria, al diplomato geometra (persone validissime) di accedere alla facoltà di medicina. Tutto ciò è economicamente improduttivo per il paese. La comunità paga per far diplomare il soggetto come geometra, per poi ritrovarlo medico. Sono dell'avviso, perciò, di far accedere alla facoltà solo i diplomati in maturità classica e scientifica.

Sulla base della mia esperienza di docente e di rettore, inoltre, ritengo che non abbiamo un metodo obiettivo per poter discernere il meritevole, colui che ha delle attitudini a condurre dei buoni studi in medicina, dal non meritevole.

Tutto ciò anche perchè siamo «italiani». Perciò ritengo che il primo biennio dovrebbe essere preparatorio ad altre forme di attività non esclusivamente mediche, ma sempre sanitarie (per esempio l'obbligo di frequenza al tirocinio con mansioni di infermiere); alla fine di questo periodo avremmo così degli elementi, in base ai quali selezionare coloro che hanno delle attitudini.

C'è anche un problema di serietà degli studi. Il fallimento del Servizio sanitario nazionale è dovuto sia alla vischiosità, cui ho accennato prima, sia alla mancanza di un bravo medico di base.

Tutto il Sistema sanitario nazionale poggia sul medico di base, perchè è solo costui che può far spendere di più o di meno e può orientare in un senso o in un altro. Non dico che può fare prevenzione, il che sarebbe già più avanzato.

Allora dobbiamo rivedere completamente l'organizzazione degli studi sia in quanto forma di organizzazione sia come contenuti essenziali. Oggi si studia la medicina (e anche altre discipline) nella stessa maniera in cui si studiava negli anni Cinquanta. Non è cambiato assolutamente nulla. Allora, ho già proposto al senato accademico e ai presidi dei corsi di laurea della mia università forme di tutoraggio. Oggi, sia pur mal distribuiti, abbiamo tanti docenti: associati, prima fascia, seconda fascia e ricercatori. Ma nessuno insegna agli studenti come si studia. C'è infatti

una tecnica per studiare e tutti loro conoscono le differenze tra la metodologia di studio nel liceo, nelle scuole secondarie superiori e la metodologia di studio nell'università.

L'università degli assenti di cui il senatore Valitutti, ministro della pubblica istruzione, parlava nel 1980, non c'è più. Oggi gli studenti vogliono partecipare vivamente e attivamente alla vita universitaria. Tutto ciò a parte le considerazioni cui accennavo poc'anzi, circa il colpo d'ariete che andremmo a dare con il numero programmato, o chiuso che si voglia, nelle facoltà. Noi, come rettori, dobbiamo preoccuparci. Ho fissato queste notizie in una nota per il dibattito che potrà essere pubblicata. La passo ora al Presidente che potrà leggerla, se vuole, e seguirla.

Per quanto riguarda le scuole di specializzazione devo dire che ho avuto l'onore di far parte della commissione preparatoria del decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 1982, che riordina le scuole di specializzazione e le scuole dirette a fini speciali, le quali sono state poco attivate nell'università, nonché i corsi di perfezionamento. Ebbene, ho sostenuto innanzitutto un adeguamento delle scuole di specializzazione alle esigenze della Comunità europea. Abbiamo in medicina un numero triplo di scuole di specializzazione rispetto a quelle ammesse e riconosciute dalla Comunità europea.

Frequentare una scuola di specializzazione significa, secondo me, frequentare gli istituti, le cliniche e le cattedre che la gestiscono. Occorre garantire, attraverso borse di studio regionali — perchè la legge non ci consente di erogare borse di studio, a parte quelle per gli specializzandi —, un sussidio regionale dunque. Ma c'è di più; sostengo altresì la titolarità dell'insegnamento nelle scuole di specializzazione. Io ad esempio, sono medico del lavoro e reggo una scuola di specializzazione. Preferirei insegnare agli specializzandi anche se questo potrebbe risultare più difficile. Invece il decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 non lo consente. A quell'epoca si sosteneva la necessità di considerare titolare della scuola di specializzazione esclusivamente il professore.

Dunque, sono questi gli elementi di base

se vogliamo moralizzare la disciplina e la gestione delle scuole di specializzazione.

Il senatore Ranalli ha fatto delle considerazioni circa il rapporto tra Servizio sanitario nazionale e università. Le convenzioni risalgono al 1982: siamo all'aprile del 1984, la commissione è stata formata ma non si va avanti. Non voglio cercare di individuare le ragioni. Sono preoccupato non solo e non tanto perchè non è stata realizzata la convenzione, ma perchè poi la gestione effettiva di tali convenzioni (schema di concerto tra il Ministero della sanità e il Ministero della pubblica istruzione) va a finire alle unità sanitarie locali e a tutta la loro vischiosità, di tal che finiremmo allo stesso modo. Per esempio, a Bari, abbiamo già una convenzione del 1983, ma è proprio la gestione di quella convenzione che è completamente mutata, nel senso che non si hanno più nemmeno risposte. Per inciso dirò che i sanitari ed i tecnici universitari non hanno ancora avuto quell'adeguamento previsto dalla legge che ristruttura gli stipendi del personale medico degli ospedali.

RANALLI. Se permette una interruzione, a me pare che vi sia un orientamento prevalente che tende a rendere impossibile l'applicazione di questa convenzione, nella speranza — mi sembra autorevolmente suffragata — che la nuova convenzione riguardante la gestione diretta dei policlinici finisca per prevalere. Altrimenti non capisco bene perchè voi stessi abbiate dato il consenso a questo schema di convenzione e poi non facciate nulla per applicarlo.

AMBROSI. Non voglio assolutamente che le facoltà escano dal Servizio sanitario nazionale: voglio che le facoltà abbiano un rapporto un po' concreto e serio a diretta dipendenza delle Regioni. Ci si liberi comunque dal particolare delle unità sanitarie locali. Non so se avete presente cosa sono diventati questi organismi: venite a Bari e vedrete in che stato versano. Il prefetto si è deciso a nominare un commissario.

Per quanto riguarda i policlinici a gestione diretta, ho anch'io, presidente Bompiani,

qualche riserva di carattere gestionale. Cioè, il personale amministrativo — perchè poi tutte le macchine funzionano se funziona il settore amministrativo — ha una mentalità di gestione del quotidiano nel policlinico? Chiedo questo non con l'intento di portare le facoltà di medicina fuori dal Servizio sanitario nazionale. Pensavo agli istituti di ricovero e cura in quanto queste strutture, pur avendo una loro certa autonomia gestionale, restano sotto il controllo del Ministero della sanità e quindi dello Stato, entrando ugualmente in questo modo nel Servizio sanitario nazionale.

È vero che c'è una congestione assistenziale. Tuttavia non bisogna accusare soltanto le università. È chiaro che occorre recuperare i momenti della didattica e della ricerca, anche attraverso la riduzione dei posti-letto; ma i nostri docenti sono oggi congestionati dall'afflusso di ammalati nelle cliniche universitarie. Negli altri ospedali della provincia di Bari — diciamolo chiaramente — l'ulcera perforante non si opera più: molti medici preferiscono mandare il malato a Bari e in clinica il chirurgo opera ulcere perforanti in continuazione.

Dobbiamo recuperare il medico di base: le strutture ospedaliere generali infatti sono congestionate perchè mancano i medici di base, perchè mancano le strutture poliambulatoriali come, ad esempio, l'ospedale «di giorno», dove un medico che ragiona può mandare gli ammalati, in modo da ridurre il carico di lavoro delle università e degli stessi ospedali.

Il rapporto tra università e ricerca è certamente, senatore Calì, molto doloroso. Ma quali sono i veri motivi di fondo?

Le cito solamente un dato, perchè anche di risorse finanziarie bisogna parlare; le facoltà di medicina quest'anno hanno avuto dal Ministero della pubblica istruzione 7 miliardi per la ricerca; il Ministero della sanità ha messo a disposizione 50 miliardi. Sono dati che meritano una meditazione.

Esiste e quale può essere una strategia per l'incentivazione della ricerca nel Mezzogiorno? Bisognerebbe modificare l'intervento straordinario nel Mezzogiorno ed orientarsi verso la ricerca scientifica, dando maggiori

risorse umane, favorendo i collegamenti con l'estero e realizzando grossi centri di ricerca, consorzi di ricerca anche in medicina. Tutto questo era previsto: vi era, credo nella passata legislatura, un progetto per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno che prevedeva un'enormità di borse di studio per ricercatori da mandare all'estero e per creare grossi centri di ricerca. Qualche cosa per la ricerca l'università di Bari l'ha fatta, sono stato definito «il rettore dei consorzi», ne ho costituiti tre. È però ancora poco, bisogna proseguire su questa strada favorendo i dipartimenti. Certamente la legge in questo senso non è orientata, non incentiva il tempo pieno se non con un modesto aumento dello stipendio, non favorisce i «tempopienisti» che lavorano nei dipartimenti. Bari ha diciotto dipartimenti che lavorano abbastanza bene; i dipartimenti non sono stati certamente un fallimento.

Il senatore Melotto ha chiesto la nostra opinione sui raccordi da ipotizzarsi con il Servizio sanitario nazionale. Al di là di quelli che possono essere i rapporti tra facoltà di medicina e Regioni, facoltà di medicina e Ministero, un migliore raccordo con il Ministero della sanità credo che le facoltà abbiano diritto ad ottenerlo nella programmazione anche nazionale ai fini di una partecipazione delle università ai diversi progetti. Questo se si vuole considerare l'università come sede prioritaria della ricerca, se si vuole la partecipazione effettiva degli atenei alla programmazione regionale. Ciò significa, a mio avviso, dare una vera collaborazione e avere titolo a partecipare alla programmazione. Questa è la vera strada se si vuole migliorare nel nostro paese l'assistenza sanitaria.

CALÌ. Quanti dipartimenti sono presenti nella facoltà di medicina?

AMBROSI. A Bari nessuno nella facoltà di medicina. Sarò il primo a farlo. Le facoltà di medicina e di giurisprudenza in tutta Italia non vogliono creare dipartimenti.

CILIBERTO. Non mi soffermerò sulle questioni cui ha già dato una risposta il profes-

sor Ambrosi, che mi trova sostanzialmente consenziente, se non per confermare su questi due ultimi argomenti relativi ai dipartimenti e alla ricerca un dato di fatto che forse è bene sottolineare in questa Commissione.

In Italia la situazione dei dipartimenti è la seguente: quasi nessun dipartimento è stato costituito nelle facoltà di medicina, a Napoli su venti attivati ce n'è uno solo originato nell'ambito della seconda facoltà di medicina (si tratta di un dipartimento di patologia generale che è al confine con discipline della facoltà di scienze matematiche e naturali e della facoltà di farmacia). Un altro riguarda la medicina costituzionale, se bene ricordo, e si collega ai settori della psichiatria e a quelli della psicologia, quindi costituisce un'area di confine fra medicina, lettere e filosofia. È molto indicativo poi che nessun dipartimento si è avuto nell'ambito della giurisprudenza e delle scienze politiche.

Condivido le considerazioni svolte dal senatore Cali. Debbo dire che l'università di Napoli si è fatta carico di portare avanti un discorso volto a creare strutture di ricerca in collegamento con enti esterni all'università attraverso convenzioni e consorzi di ricerca. Devo però far presente che in questa direzione ha trovato grosse difficoltà anche sul piano dell'istituzione; abbiamo — e su questo punto forse non troverò d'accordo il collega Ambrosi — grosse perplessità perchè purtroppo non ci sono atti formali che consentano chiaramente all'università di far parte di società consortili di ricerca, in quanto lo strumento operativo dell'attuale normativa di legge non è del tipo di quello che stiamo creando. Le abbiamo costituite lo stesso, con un certo numero di garanzie per le università, sulle quali non mi soffermo. Stiamo vivendo un'esperienza che sarà molto interessante, siamo in linea con quanto affermava il senatore Cali.

Ho l'impressione che un maggior numero di domande su alcuni aspetti è stato rivolto al rettore dell'università di Napoli anche per la particolare situazione dei due policlinici e per la gestione diretta. Trovo che sia abbastanza complicato per me rispondere a tutta una serie di quesiti che però si possono forse riassumere. Chiedo comunque venia se di-

menticherò o non citerò qualche senatore che ha posto le domande.

Mi pare che le domande rivolte riguardino sostanzialmente tre punti: i rapporti convenzionali con la Regione; il modo di programmare all'interno delle università le attività dei policlinici e quindi di programmazione anche con l'esterno; il precariato del personale laureato, cioè i cosiddetti «gettonati».

Innanzitutto desidererei fare una considerazione preliminare: le domande che sono state fatte, e che mi sono state rivolte in maniera particolare, mi convincono sempre di più che è bene, su qualunque tipo di questione riguardante le università — oggi stiamo parlando dell'attività assistenziale, di medicina, domani potremmo parlare delle facoltà di ingegneria o di architettura —, che siano ascoltati, forse la mia è una presunzione, organismi asettici come la Conferenza dei rettori, perchè si tratta di esponenti che hanno una visione più generale dei problemi e pertanto possono dare indicazioni più oggettive. Do atto ai miei due colleghi di medicina, presenti in questa sede, di aver detto, pur essendo medici, in maniera abbastanza asettica, neutrale, qual è la situazione attuale; da questo punto di vista io mi trovo forse un po' più avvantaggiato. Sentire determinati organismi, non corporativi ma che hanno una qualificazione specifica, potrebbe portare naturalmente a visioni di tipo particolare.

Quindi credo di avere abbastanza chiaramente espresso quello che ho nella mente, perchè in qualche modo risponde alle domande che sono state fatte. Se domande del genere venissero fatte a direttori sanitari o a presidi delle facoltà di medicina, nella loro funzione — e mi pare che una domanda simile l'abbia fatta il senatore Alberti — sarei curioso di sapere che cosa avrebbero risposto, come, per esempio, mi avrebbe fatto molto piacere avere al mio fianco oggi qualche membro dei consigli di amministrazione della mia università, medico; quando ieri in consiglio di amministrazione si discuteva del compenso per il lavoro straordinario e si diceva che la limitazione finanziaria è imposta dalla Regione, con certe situazioni di restrizione che conosco, raccomandavo di andare cauti e mi si è risposto: chiudiamo i

12^a COMMISSIONE

29° RESOCONTO STEN. (17 aprile 1984)

policlinici; io ho detto: no, i policlinici non si chiudono, sono nettamente contrario alla loro chiusura, semmai c'è da adottare, seppure temporaneamente un provvedimento di ridimensionamento. Su questa questione ci sono due filoni che si sono profilati all'interno del consiglio di amministrazione. Ecco perchè — e condivido quello che ha detto il senatore Condorelli — ho detto che mi avrebbe fatto piacere la presenza di qualche membro del consiglio di amministrazione e che le domande fossero state rivolte a qualche collega del consiglio che oggi sostiene la chiusura dei policlinici, il che significa chiudere anche le facoltà di medicina. Un rettore non potrà mai condividere una posizione di questo genere. Io non ho timore di dire, come si sono determinate certe situazioni, a parte il fatto che sono rettore da due anni e mezzo e bisogna andare a vedere che cosa è successo negli anni precedenti; forse si potrebbe anche rispondere alla domanda: perchè due policlinici? Ma allora il discorso va molto più in là. Ritengo che essi ormai esistono, la situazione adesso c'è ed è irreversibile; peraltro — e i colleghi medici lo sanno — quando sono stato eletto rettore mi sono fatto precedere da un programma in cui ho detto chiaramente come stavano le cose. Però la situazione esiste e non è che si possa cancellare con un spugna; si potrà cercare di ricondurla entro certi binari. D'altra parte negli ultimi due o tre anni c'è stato un blocco alla proliferazione dei posti-letto, cosa che prima avevo tralasciato di dire, e che adesso puntualizzava dopo le domande che sono state fatte; nel contempo però è aumentato il numero dei servizi e questo mette in crisi il sistema. È chiaro che è mancata una programmazione, non ho nessun timore di dire che l'università ha le proprie responsabilità per questo. Però adesso dovremmo andare ad analizzare perchè l'università ha queste responsabilità e se per caso queste non derivino da responsabilità esterne. Io dovrei andare, senatore Imbriaco, non come rettore, ma come privato cittadino, da tutti i Presidenti dalla Regione, da tutti i presidenti della 5^a Commissione regionale, da tutti gli assessori alla sanità della Regione a chiedere perchè l'università non è stata messa in mo-

ra. Condivido quanto detto dal senatore Melotto circa il frazionamento, ma non c'è per caso responsabilità nelle Regioni per aver aiutato questo frazionamento, per non averlo bloccato, per non aver detto di no, per aver subito le pressioni? Qui lo devo dire, non sapete che un rettore sa tutti gli scavalcamenti che vengono fatti nei propri riguardi e ripeto la parola: «scavalcamenti», attraverso fili diretti con la Regione, con gli assessorati? D'altronde c'è un detto «una cattedra non si nega a nessuno», ma una volta fatta la cattedra viene tutto di conseguenza. Poi qui è stata detta una imprecisione; il consiglio di amministrazione, purtroppo, non ha la possibilità di intervenire sull'istituzione delle cattedre. Il consiglio di amministrazione gestisce i policlinici, ma chi istituisce le cattedre? La facoltà. In materia non hanno nessun potere nè il senato accademico, nè il consiglio di amministrazione. Perchè non vanno in senato le richieste di cattedre e i posti di professore associato? La materia è una prerogativa delle facoltà, il senato accademico non mette becco su tale questione, non lo può mettere il consiglio di amministrazione, per cui a un certo momento si crea una cattedra; un posto di ruolo di prima fascia e adesso anche di seconda fascia, e poi di rimbalzo, una volta ricoperto, viene chiesta l'attribuzione del servizio.

MELOTTO. Mi si scusi l'interruzione, ma qui, una settimana fa, c'era il preside della facoltà e faceva un analogo discorso. Sorge spontanea, allora, una domanda: da chi sono inventate le cattedre?

PRESIDENTE. Vorrei ricondurre un po' l'argomento alla problematica generale. Siamo alle ore 12,20 e io devo fare un po' il «vigile urbano». Cerchiamo di stringere, pur nell'ambito della massima capacità di esprimersi liberamente, i problemi.

RANALLI. Il punto politico l'ho sollevato io. Questa è una gestione diretta che fa comodo. Un tipo di gestione del genere fa veramente comodo, diciamo pure che è una gestione allegra!

CILIBERTO. Non vorrei essere frainteso; quando ho detto che la gestione diretta è da preferirsi, per me, a quella indiretta ho voluto dire un'altra cosa. D'altronde non credo — ed è emerso chiaramente da quanto ho già detto — che con la gestione con le USL le cose funzionino meglio.

Per rispondere al quesito del senatore Melotto: avete sentito i presidi delle facoltà, state sentendo i rettori, fate voi le valutazioni; il rettore ha una visione generale delle questioni. La realtà è quella che ho detto; le cattedre vengono chieste dalle facoltà, e su questo non intervengono nè il senato accademico, nè il consiglio di amministrazione; questo lo dico in riferimento all'intervento del senatore Imbriaco quando ha posto la questione: perchè fate una programmazione e il consiglio di amministrazione non programma le cattedre? Il consiglio di amministrazione per legge non può programmare le cattedre, questo è il punto fondamentale.

IMBRIACO. Allora bisogna trovare una soluzione.

CILIBERTO. D'accordo, ma non la può trovare soltanto l'università.

Quanto al problema sollevato dal senatore Ranalli in merito al rapporto convenzionale inadeguato, devo dire che questo rapporto nella Regione campana non l'abbiamo ancora provato, ma non c'è neppure il rapporto convenzionale a gestione indiretta; desidero sottolineare un aspetto fondamentale: se è vero che negli anni trascorsi la definizione del rapporto convenzionale ha subito un rallentamento, colgo l'occasione per dire che ci sono delle responsabilità dell'università, però negli ultimi tempi ho fatto tutti gli sforzi possibili perchè si andasse al rapporto convenzionale.

Debbo affermare che in questo momento a Napoli manca qualsiasi interlocutore, sia a livello comunale, sia provinciale che regionale. Sfido chiunque a dire che la situazione non è in questi termini.

Ora ci troviamo ad un punto cruciale, perchè possiamo anche avere la definizione delle piante organiche, ma ora è la Regione l'ente che deve pervenire alla convenzione.

Dunque, a questo punto, faccia il suo dovere ed elimini certe situazioni, discuta dei problemi che si presentano. Le piante organiche predisposte dal consiglio d'amministrazione non devono essere necessariamente approvate così come sono, perchè vengono presentate come ipotesi ottimale, come proposta, ma se ne può discutere. Desidero ribadire quindi — poi concluderò la mia esposizione parlando della questione del precariato — che non condivido certe situazioni che si sono create per ciò che riguarda la gestione diretta. È necessario verificare per quale motivo l'ente Regione ha accolto certe proposte in una condizione nella quale non esiste rapporto convenzionale. Infatti, questo è necessario, perchè quando verrà istituito allora non si creerà più una inutile proliferazione di strutture, questo è il punto fondamentale.

Veniamo alla questione dei cosiddetti «gettonati». Anzitutto premetto che non sono 1.200, bensì, in base ad alcuni dati aggiornati a fine novembre, circa 900. Per quale motivo si è venuta a creare questa situazione? I motivi ve li ho già esposti, quindi non mi ripeterò. Devo sottolineare però che vi sono state delle sollecitazioni per giungere ad un aumento notevole di quel numero che originariamente era fissato in quindici. Queste sollecitazioni sono giunte da tutti i livelli e fanno parte di un meccanismo perverso che porta poi al verificarsi di circostanze come quella che ci troviamo di fronte. Occorre mettere in rilievo il fatto che queste si sono verificate principalmente nel «regno delle due Sicilie», ossia fra Napoli e Palermo. Però la situazione ormai si è creata e sarà necessario in qualche modo risolverla. Quali altre soluzioni si possono adottare? Quella della chiusura dei policlinici? Ma questa non credo sia una soluzione giusta. Quella del ridimensionamento? Anche questa è da temere, e giustamente, perchè la domanda di servizio è notevole. Condivido ciò che ha affermato il professor Ambrosi in proposito. Teniamo presente che vi sono delle prenotazioni per quattro-cinque mesi e forse più. Tempo fa, parlando con un cardiocirurgo, mi sono reso conto di quanto sia avvilente tale situazione. È necessario porsi una domanda: chi deve programmare? Ri-

tengo che la programmazione non debba attuarla solo l'università, ma è necessaria anche la collaborazione della Regione. Il senatore Ranalli ha accennato poco fa alla programmazione sanitaria regionale. Lei, senatore, sa perfettamente che questo è un dovere e un obbligo della Regione, ma questa non l'ha ancora attuata; noi saremmo ben felici di dare anche il nostro contributo.

Tornando al problema dei «gettonati», secondo me si potrebbe giungere ad incardinare, non tutte le unità che effettivamente occorrono, ma almeno una parte — sulla base della pianta organica presentata — del personale precario nelle due USL nelle quali si trovano i policlinici di Napoli; si possono fare degli avvisi pubblici per la copertura di detta pianta e mettere a disposizione dei policlinici stessi questo personale, almeno per quanto riguarda il piano assistenziale. Su questa tesi sono d'accordo anche i Presidenti delle Regioni e alcuni rappresentanti di partiti politici con i quali abbiamo organizzato riunioni per discutere questo problema. Questo, comunque, è un problema che deve essere risolto dalla Regione e non dalle USL; vi è da dire che l'università è d'accordo sugli avvisi pubblici, ma il meccanismo è stato messo in moto? Io ho l'impressione di no. In tal modo la situazione si aggrava e giungeremo al 30 giugno senza riuscire a sbloccarla. A questo punto, devo dirlo, bloccheremo tutta la questione, perchè tra l'altro non vi è neanche la copertura finanziaria. L'università inoltre non dovrà fare altro che dire basta ai «gettonati».

Concludo che si potrebbe giungere ad una soluzione del problema attraverso degli emendamenti al disegno di legge n. 451 (che la vostra Commissione sta esaminando), in cui si prevede il «tetto» delle quindici ore settimanali per la sanatoria per i «gettonati». Tale proposta è conforme alla deliberazione che è stata presa a suo tempo dal consiglio d'amministrazione dell'università. Il Senato, naturalmente, ne può proporre altre, purchè non si vada a quei frazionamenti di cui parlavo prima. Quindi una prima soluzione potrebbe essere questa.

Concludo rispondendo al senatore Sellitti per quanto riguarda il destino della 1^a facoltà.

Tale destino ci è presente, infatti abbiamo riconsiderato il piano edilizio globale dell'università di Napoli. Inoltre ho posto il problema portando avanti una proposta avanzata dal preside della 1^a facoltà, il professor Mezzogiorno, che consiste in un insediamento nell'ambito dell'ospedale Bianchi (ex ospedale psichiatrico). Ora però a causa della proposta di legge di recupero della legge n. 180, sarà necessario trovare qualche altra soluzione. Io rimango convinto che questo problema deve essere un problema che la stessa 1^a facoltà, dal suo interno, deve sentire in maniera unitaria, senza assumere delle posizioni a volte un po' scomposte e che non hanno carattere di omogeneità.

RIZZOLI. Innanzitutto esprimo la mia soddisfazione per quanto detto dal professor Bompiani. Infatti sono d'accordo che ci si avvii fatalmente ed in un arco di tempo adeguato verso l'espansione dell'istituto dei policlinici. Come ho già detto prima sono contrario agli istituti scientifici, perchè credo che reintroducano all'interno della struttura la stessa dialettica di convenzioni che hanno gli ospedali municipalizzati. Nel breve periodo — a mio giudizio — gli ospedali convenzionati rappresentano, almeno per il Nord dove questi non esistono, la soluzione più idonea. Quindi bisogna compiere uno sforzo per concludere le convenzioni, anche se non sono molto convinto che esse siano favorevoli alle università. Sono sicuro, inoltre, che troppi hanno messo le mani nel settore creando, di conseguenza, molte difficoltà. Nel lungo termine questa idea dei policlinici è senz'altro perseguibile e, secondo me, aiuterebbe a risolvere il problema delle strutture assistenziali universitarie, che sono non solo soprazonali, ma addirittura nazionali o sopranazionali.

Come affermavano anche i colleghi, l'afflusso — che si aggira intorno al 40 per cento del totale — al policlinico universitario di Bologna è costituito da pazienti provenienti addirittura da altre Regioni; questo crea imbarazzo alla stessa gestione dell'USL ma ciò è dovuto alle capacità dei clinici che gestiscono il policlinico stesso.

Per quanto riguarda la ricerca scientifica

su cui si è soffermato il senatore Calì, io non sono molto persuaso di quanto egli ha detto, perchè secondo me l'analisi non è completa. In realtà il fatto più rilevante è che la ricerca universitaria assume configurazioni specifiche; è una ricerca fondamentale di base, per cui si correla all'insegnamento e, nella facoltà medica, all'assistenza. Quindi essa presenta connotazioni speciali rispetto agli istituti — tutti pregevolissimi come il senatore Calì ricordava — di altissima specializzazione e qualificazione. A parte il fatto che io le potrei fare un elenco molto più lungo di settori — anche «bolognesi» — nei quali vi è ugualmente un altissimo livello di qualificazione. Se prendiamo, ad esempio, la cardiologia computerizzata di telemedicina della quale attualmente si sta occupando il professor Magnani a Bologna, possiamo renderci conto che il suo livello è analogo a quello dell'Istituto Gaslini e di altri istituti dello stesso tipo con sede nelle università.

Vi è poi una seconda considerazione da fare. La ricerca universitaria è penalizzata sia nei finanziamenti che nella dotazione di ricercatori. Gli studenti licenziati, in realtà, teoricamente non potrebbero essere assunti neanche come praticanti presso gli stessi istituti. Noi abbiamo bisogno urgentemente del personale di prima fascia, cioè di un congruo numero di ricercatori estesi alla facoltà medica *in primis*, ma poi a tutte le facoltà.

Quanto alla legge sui ricercatori, occorre dire prima di tutto che non è ancora una legge; di fronte a quella specie di bozza che è circolata, i miei ricercatori sono subito scesi in sciopero. Il Ministero della pubblica istruzione assicura che quel testo è, in un certo senso, provocatorio per raccogliere opinioni, obiezioni su cui poi condurre l'elaborazione. Io sono dell'idea che queste cose vanno viste soltanto quando sono finite, perchè se ci si impunta su cose poco precise non si sa dove si va a finire. A parte il fatto che negli istituti di ricerca *extra* universitari gran parte degli *staff* di ricercatori sono universitari o provengono dall'università, oggi la gestione dei programmi scientifici, biomedici della regione Emilia-Romagna, della cui commissione faccio parte, dimostra addirit-

tura che la prevalenza degli universitari è di cinque a uno e che le cose presentate dagli universitari, scusatemi se lo dico, sono in prevalenza di dieci a uno rispetto a quelle presentate da altri presidi pur validi nel campo dell'assistenza; ci sono indubbiamente punti ospedalieri di alta qualificazione, ma sono, secondo me, più rari.

Vengo alla questione del numero chiuso perchè mi preme rettificare una cosa detta dal rettore di Bari: noi siamo assolutamente contrari ad ogni propedeuticità, ad un anno propedeutico, a un biennio propedeutico che non farebbe altro che buttar fuori da un retto *curriculum* degli studi coloro che vi partecipano, a meno che non lo si intenda come un ciclo breve estendibile poi al ciclo lungo. Noi abbiamo avuto una discreta opinione del numero chiuso per il corso di laurea in odontoiatria, ma ritengo che il numero chiuso sia una misura di emergenza per tempi di emergenza; a mio giudizio si dovrebbe essenzialmente procedere all'orientamento degli studenti, cosa che in Italia non si fa in alcun modo, ma che dovrebbe assolutamente farsi, e a un ripianamento del piano di studi di cui tanti hanno parlato e a cui completamente mi associo. Ripeto, i momenti di emergenza vanno considerati come tali, ma sempre tenendo presente la globalità delle facoltà per non rimediare a un punto spiazzandone altri otto o dieci, magari meno gravemente ma in modo tale che alla lunga «inguaiano» ancor di più le università.

Il senatore Botti chiedeva come concepiamo l'accesso. È sempre difficile; pochi giorni fa ho avuto un laureato *ad honorem* del Massachusetts il quale mi diceva che lui da cinquant'anni faceva esami di ammissione e non ancora era persuaso di aver selezionato il giusto; la «Cattolica» lo pratica largamente ed è tutt'altro che vero che i medici della «Cattolica» siano peggio degli altri, anzi direi il contrario e quindi una selezione basata su parametri ben studiati secondo me si può fare in tutte le facoltà per poi correlarla al numero chiuso, sempre tenendo presente che la facoltà medica è parte dell'università da sempre (è una delle arti) e non può da questa essere stralciata.

Per quanto riguarda le scuole di specializzazione sono persuaso anch'io che vadano ridotte verso il numero CEE; ritengo tuttavia che una certa flessibilità anche nel fabbricare scuole di specializzazione debba essere lasciata. Poi qui c'è il controllo: le scuole passano al senato accademico e passano al consiglio di amministrazione. Noi tendiamo troppo gravemente a unificare tutto quanto l'insegnamento universitario secondo stereotipi fissi e questo è contro quella che è stata sempre la flessibilità degli studi universitari. Ben diceva il senatore Condorelli: il limite ultimo di questa autonomia sarebbe l'abolizione del valore legale dei titoli, con tutte le difficoltà che questo comporterebbe e che oggi è impensabile in un paese come il nostro. Ritengo poi che non sia vero che le altre facoltà hanno un titolo senza valore legale; in verità gli esami di abilitazione alle professioni e di perfezionamento sono più severi di quello che è l'esame di Stato per il medico, dove c'è veramente una gravissima difficoltà: in verità la stessa università che concede la laurea poi fa l'esame di Stato e allora il gioco delle parti è perduto, ma questa sarebbe una cosa, tutto sommato, abbastanza facile da modificare, tanto più che gli universitari non sanno più come fare a fare gli esami di Stato. Sono però d'accordo che gli specializzandi vanno pagati, inseriti, fatti frequentare, controllati anno per anno e buttati fuori quando non facciano il loro dovere in modo stretto. Ritengo poi che la specialità e il numero degli specializzandi vada concordato anzitutto in sede regionale e anche in sede nazionale, come pure dev'essere concordato tra noi e le Regioni (è urgente, e noi già facemmo un tipo di bozza di convenzione che poi si fermò) il tipo di paramedici che noi e le Regioni fabbrichiamo. Su questo insisto, perchè piano piano arriveremo ad una serie di doppioni: i regionali, preparati a un livello inferiore per il tipo di scuole che gestiscono, che non sono a livello universitario, i nostri a un livello superiore, ma i primi con possibilità di occupazione che i nostri non hanno, creando un ulteriore aggravio della situazione.

Vorrei fare una segnalazione: il problema dei precari non è solo quello dei «gettonati»

di Napoli; tutti noi abbiamo nei nostri istituti clinici dei medici interni con compiti assistenziali non riconosciuti dai consigli di amministrazione e che quindi non sono potuti diventare dei ricercatori, ma per i quali ci sono già dei precedenti gravi con *escamotages* amministrativi — e sono stati ammessi a Messina — e con *escamotages* legali — e sono stati ammessi a Siena in numero di oltre 150 — e dappertutto sono stati ammessi dai TAR a sostenere gli esami anche in difetto dei titoli specifici.

Al senatore Melotto vorrei dire quello che stiamo tentando di congegnare nella nostra commissione; stiamo tentando cioè di evitare quel frazionamento cui lui faceva cenno, con un sistema che è paralegale, rappresentato da una sorta di organizzazione fatta così: cliniche generali con un primario con piene funzioni e con una serie di articolazioni inserite nella clinica che hanno funzioni primarie, senza quel potere di coordinamento che ha il primario centrale. È una sorta di dipartimento ospedaliero-università, ma che non prende questo nome perchè la nostra Regione ha ancora un po' di prevenzione nei confronti dei dipartimenti. Noi lo abbiamo proposto, la commissione lo ha accettato e vedremo di portarlo avanti. Secondo me è un po' al limite della legalità perchè in realtà è la legge che dice che ogni professore clinico dovrebbe avere il suo reparto costituito da un numero fissato di letti, oppure non avere niente, cioè non avere reparto. Naturalmente il rettore deve farsi carico anche lui dell'espansione di questo diritto ad avere il reparto, perchè io ho una decina di cause al TAR di professori ordinari che non avendo il reparto chiedono a me di intervenire sulla sanità regionale perchè questo venga fatto e dico subito che almeno una di queste cause la perderò date le cose e sarò costretto a fare un intervento sulla Regione.

Per le cattedre mi rendo conto anch'io che si tratta di un problema delicato; sono l'espressione dell'autonomia somma di certi livelli universitari, che sono le facoltà, come del resto i dipartimenti oggi sono l'espressione somma dell'autonomia per quanto riguarda la gestione del bilancio. Naturalmente, lo diceva anche Aristotele, la democrazia può

degenerare in demagogia e così la richiesta delle cattedre può essere non sempre accolta. I rettori intervengono, ma non sempre è possibile, considerato l'enorme aumento del numero dei posti.

Per i dipartimenti ne abbiamo ventuno; funzionano abbastanza bene, però sono in prova. Quest'anno i residui passivi, che qui si chiamano avanzi di amministrazione, accumulati dai dipartimenti, sono maggiori di quelli dell'ateneo; cioè i dipartimenti con un solo bilancio di cassa e grande facilità di spesa sono rimasti più imbarazzati, ma ritengo che sia l'inizio e che bisogna diffondere nell'università a tutti i livelli la computerizzazione per preparare certe figure di paramedici, per gestire l'università e la ricerca. Credo di aver concluso con questo e ritengo che se riusciremo a mettere insieme un organo tecnico a livello regionale che sia libero da reciproche influenze di tipo politico o di potere faremo un buon servizio a quell'inevitabile raccordo tra il sistema nazionale, che siamo certi sopravviverà e migliorerà, e le università che sono una istituzione millenaria e che, se scomparissero, metterebbero nei guai lo Stato intero.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Rizzoli. Con questa ultima replica abbiamo concluso un'audizione, credo, di grandissimo interesse. È chiaro che ciò che avete detto è stato registrato e quindi già costituisce elemento vivacissimo di informazione. Inoltre, potete inviare memorie scritte, e ringrazio il professor Ambrosi per averlo già fatto. In terzo luogo, faremo partecipe anche la Commissione pubblica istruzione del dibattito che vi è stato, esattamente come si sta facendo per l'udienza riservata ai presidi. Non appena saranno pronti i resoconti stenografici, sarà interessata dunque anche la Commissione pubblica istruzione. È superfluo ricordare che il Senato lavora in Commissioni, ma si prepara in maniera unitaria al dibattito che dovrà tenersi. Ascolteremo questa sera i rappresentanti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico legalmente riconosciuti e sentiremo emergere anche altri

problemi. Infine, mi preme sottolineare il carattere d'urgenza che ha assunto nel nostro lavoro il problema della programmazione degli accessi o delle modalità di accesso alla facoltà di medicina per il contenimento del numero dei medici. Sono assolutamente convinto che questo è problema che supera (consentitemi di dirlo) il potere specifico dei singoli presidi o dei singoli rettori, per investire problemi molto più ampi di tutta la comunità nazionale; quindi, pur facendoci carico tutti noi delle vostre preoccupazioni, come rettori, ritengo che dovremo, in un certo senso, tener conto della «globalità» del problema che investe la sanità nazionale e la salute di tutti, e non solamente l'università.

È anche diventato urgente, a mio parere, mettere a fuoco l'altro problema (sottolineato da voi molto bene) del «raccordo funzionale» tra università e Regioni: deve trovarsi la soluzione che consenta nello stesso tempo il rispetto di autonomie costituzionalmente sancite sia per le Regioni che per l'università. L'arte e la scienza sono «libere» nell'insegnamento e questo fatto non va implicitamente limitato alla libertà di espressione personale della propria capacità scientifica, ma significa anche dare alle istituzioni nelle quali si lavora tutti gli attributi di quell'autonomia, che la legge prevede, senza coartazioni e forzature.

Detto questo, non ci resta altro da dire che queste considerazioni verranno trasmesse anche ai Presidenti delle Regioni, i quali verranno ascoltati con un'audizione particolare al termine dell'indagine conoscitiva. Quindi, per quanto mi riguarda e nella mia funzione di Presidente, trasmetterò loro anche questa giusta sollecitazione a rimuovere rapidamente ogni ostacolo che, oggi, si frappone ancora alla stipula delle convenzioni previste dall'articolo 39 della legge n. 833 del 1978.

Poichè nessun altro desidera prendere la parola, dichiaro pertanto conclusa questa audizione.

Il professor Luigi Ambrosi, il professor Carlo Ciliberto e il professor Carlo Rizzoli vengono congedati.

Vengono quindi introdotti il dottor Alessandro La Manna, l'avvocato Francesco Caroleo, il professor Mario Senaldi e il professor Raffaele Pinto.

Audizione dei rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato e del Sindacato nazionale radiologi e Società italiana di radiologia medica e medicina nucleare

PRESIDENTE. Ringrazio cordialmente i nostri ospiti e do subito la parola al dottor La Manna, per una relazione introduttiva che ci potrà rendere chiara la situazione, tenendo conto dello scopo specifico di questa indagine che è quello di mettere a fuoco — attraverso libere valutazioni sul Sistema sanitario nazionale — punti critici per stimolare proposte migliorative del servizio.

LA MANNA. In qualità di segretario nazionale aggiunto del Tribunale per i diritti del malato, vorrei innanzitutto salutare il Presidente, senatore Bompiani, e gli altri senatori presenti e ringraziarli per l'invito, rivolto all'organismo che rappresento, ad intervenire nell'ambito dei lavori di questa Commissione. Ritengo che il vostro compito di svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria sia molto importante, specialmente oggi che si afferma da più parti che la riforma è fallita e che si propone una riforma della riforma con l'intenzione, spesso neppure tanto celata, di snaturare una legge che indubbiamente rappresenta un fattore di trasformazione sociale ad altissima rilevanza eziologica per le sue potenzialità di incidere non solo sui meccanismi della Pubblica amministrazione, ma anche sulla vita quotidiana della gente e sui rapporti tra cittadini e sistema statale e regionale.

Non credo vi sia bisogno in questa sede di ricordare i grandi cambiamenti portati dalla riforma sanitaria, che nello stesso tempo ha dato l'avvio ad un decentramento del potere nella gestione dei servizi sanitari e ha unificato per tutto il paese e per tutti i cittadini le strutture del Servizio sanitario nazionale. Ho letto con attenzione il documento che la

Commissione ha redatto per svolgere la sua indagine conoscitiva in cui sono individuate le questioni principali relative ai profili istituzionali e finanziari e alla politica del personale. Credo però che partendo unicamente da questi problemi sia difficile capire cosa sia il Tribunale per i diritti del malato e quale contributo possa dare io oggi alla riflessione politica dei membri della Commissione. Non sono un sindacalista, nè un amministratore di una USL, nè un responsabile di partito, ma di una istituzione di democrazia diretta della società civile che fa parte di quella rete di organismi di base che compongono il Movimento federativo democratico il cui segretario nazionale, dottor Francesco Caroleo, oggi mi accompagna. È una realtà, quella del Tribunale per i diritti del malato, oggi presente in circa duecento città italiane, che ha raccolto circa 40.000 denunce di cittadini, di malati, relative alle condizioni degli ospedali italiani e che ha proclamato, ad oggi, diciotto carte di diritti del cittadino malato a livello cittadino, provinciale e regionale. Si tratta di una realtà costituita da migliaia di persone: sindacalisti, politici, ecclesiastici, operai, intellettuali, contadini, professionisti, casalinghe, malati e non, uniti non da una comune matrice ideologica, sociale o culturale, ma da un generale orientamento progressista, decisi ad intervenire secondo forme democratiche nel campo della sanità, non solo per portare una generica denuncia o un grido di protesta, ma per fare emergere da una situazione di caos amministrativo, di vuoto legislativo, di rabbia, di dolore, di spinte antiistituzionali, un insieme di istanze in grado di soddisfare, se realizzate, non alcune classe sociali, ma l'intera società italiana. Si pensi, ad esempio, al diritto al gioco dei bambini degenti in ospedale o al diritto alla informazione dei malati.

Ma lo stesso Tribunale oggi, di fronte ad una situazione che di giorno in giorno si fa più grave e pericolosa, rischia di non riuscire più a svolgere quel ruolo, che non esito a definire insostituibile, di orientamento in senso democratico, di cambiamento e di governo, della rabbia, della protesta di quanti soffrono inutilmente negli ospedali italiani e che sempre, anche di fronte ad attacchi,

incomprensioni ed indifferenze, abbiamo perseguito.

Oggi in Italia — e vi riporto dei dati non estrapolati a tavolino da qualche centro studi, ma che nascono dall'esperienza concreta di chi da quattro anni sta nelle corsie degli ospedali — siamo sull'orlo di un vero e proprio collasso del sistema sanitario. Giorno dopo giorno, negli ospedali italiani la situazione sta assumendo i contorni di una vera e propria tragedia di massa, dagli sviluppi imprevedibili, che coinvolge gli oltre nove milioni e mezzo di cittadini che ogni anno entrano negli ospedali italiani.

In questo momento, nel quale da alcune parti si manifesta una vivace sensibilità ai problemi del Terzo mondo, non ci si accorge che la situazione degli ospedali italiani è, per alcuni versi, una situazione da Terzo mondo. Come considerare altrimenti la situazione che emerge dalle oltre 40.000 denunce raccolte in tutta Italia dal Tribunale per i diritti del malato, dove, con impressionante sistematicità e omogeneità rispetto ai luoghi geografici, si denuncia che per cinquanta malati sono disponibili due gabinetti sporchi, senza chiave e senza carta igienica, nessuna doccia o vasca da bagno, quattro lavandini per lavarsi e lavare le proprie stoviglie e la propria biancheria; che il cibo che viene servito è sempre uguale, scotto, freddo, spesso insufficiente, a volte addirittura avariato o non adatto a diete prescritte; che ci si deve portare da casa lenzuola, federe, stoviglie, carta igienica, o addirittura garze, cerotti, siringhe e medicinali; che per avere la padella si pagano 5.000 lire, per l'assistenza notturna 50.000 lire, e ogni altro servizio dovuto ha una tariffa; che nelle cucine e nelle corsie si possono vedere scarafaggi e topi; che si può stare in ospedale per tre mesi senza sapere il motivo per cui si è ricoverati, senza poter vedere la cartella clinica (che è comunque illeggibile), senza conoscere la terapia o con il rischio di ricevere la terapia di un altro; che un anziano, se non ha parenti che lo vadano ad imboccare e a pulire, resta abbandonato a se stesso, a digiuno, tra i propri escrementi, con le piaghe da decubito; che una donna che va a partorire si trova, nel delicato momento del travaglio, in un corri-

doio, su una barella o addirittura su una sedia, e poi viene insultata, offesa, malmenata; che un bambino rimane per ventitre ore al giorno senza i genitori, senza la possibilità di fare nulla, a volte costretto a stare fermo per mezzo di corpetto di contenzione.

Questi dati sono stati confermati inoltre a livello scientifico da una ricerca commissionata dal Ministero della sanità al Tribunale per i diritti del malato e condotta sulla base di 4.993 denunce raccolte negli ospedali di Roma, di Milano e dell'Umbria, dalla quale emerge che ben nel 37,51 per cento dei casi vi sono violazioni dell'integrità fisica derivanti da carenze strutturali; nel 21,18 per cento dei casi sono denunciate violazioni dell'integrità fisica derivanti da atti o omissioni del personale sanitario; nel 23 per cento dei casi vi sono violazioni dell'identità psichica e culturale; nel 12,44 per cento violazioni della dignità personale, ed infine nel 5,44 per cento violazioni della dignità sociale.

Ulteriore conferma si ritrova nei dati delle due ricerche socio-sanitarie condotte dal Centro di ricerca e documentazione, febbraio 1974, a Roma e in Umbria. Sulla base di 1.011 questionari distribuiti a malati a Roma e di 300 in Umbria, risulta che il 29,08 per cento degli intervistati a Roma e il 10,6 per cento per l'Umbria giudica il cibo mal cotto o mal cucinato, che rispettivamente nel 51,33 per cento e 58,6 per cento dei casi i servizi igienici vengono definiti insufficienti, che nel 22,25 per cento e 10 per cento dei casi viene denunciata la mancanza di lenzuola, nel 25 per cento e 33 per cento la mancanza di posate. Il 61 per cento a Roma e il 58 per cento nell'Umbria degli intervistati non conosce poi il piano di terapia cui è sottoposto e nel 48 per cento e nel 65 per cento dei casi si dichiara che lo stato d'animo prevalente in ospedale è la noia.

Come affrontare il dolore, la sofferenza inutile, la rabbia, la violenza che scaturiscono da queste situazioni? Come evitare che tutto ciò generi in modo irreparabile esplosioni di rabbia contro le istituzioni o che, nel migliore dei casi, si crei una frattura insanabile tra i cittadini e lo Stato?

Non ho risposte pronte, confezionate.

Certo non è mettendo un poliziotto per ogni posto-letto che si può risolvere il problema, o creando *ad hoc* una nuova legge, una sorta di Carta nazionale che dica quali sono i diritti del malato.

A questo proposito, devo esprimere la mia soddisfazione per il recente insediamento della commissione ministeriale sui diritti del malato da parte del Ministro della sanità, che vede anche la partecipazione di alcuni rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato, ma altresì devo esternare la mia preoccupazione circa il modo in cui è stato organizzato il lavoro della commissione stessa. Infatti, se si dovesse attuare, come sembra, la proposta fatta dal presidente della commissione, i membri del Tribunale per i diritti del malato verrebbero ad essere inseriti in una sola delle tre sottocommissioni, quella appunto che tratta i problemi dell'utenza, mentre nelle altre due, che trattano rispettivamente degli aspetti sanitari e degli aspetti giuridici, non ci sarebbe in questo modo una rappresentanza degli utenti del servizio sanitario, come se tali problemi fossero totalmente estranei ai problemi dell'utenza.

Come intervenire su questa realtà di ingovernabilità che sono gli ospedali italiani, abbandonati spesso a ciechi meccanismi burocratici, amministrativi e di mercato, a spinte e a richieste corporativistiche? Si tratta di aree che a ben vedere non è possibile, nè conveniente sul piano economico, governare con una intensificazione di decisioni e di provvedimenti dall'alto. È possibile invece che queste aree siano governate mediante l'esercizio di potere politico da parte di gruppi e realtà della società civile che in questi ultimi anni hanno prodotto dei cambiamenti che qualcuno, che probabilmente non è stato mai ricoverato negli ospedali pubblici o lo è stato nelle cliniche private, può definire piccoli.

Mi riferisco, ad esempio, all'obbligo per il personale sanitario di portare un cartellino di riconoscimento con nome, cognome e funzione; allo spostamento degli orari della vita in ospedale; al mutamento nella qualità e nella quantità dei servizi alimentari; al controllo sull'utilizzo di federe e lenzuola; al

permesso festivo di uscita dall'ospedale per i malati non gravi con il diritto di conservare il posto-letto; al diritto dei genitori a stare di notte con i figli nei reparti di pediatria; e ancora alla messa in funzione di strutture mai usate e a campagne di disinfestazione delle corsie degli ospedali.

Mi preme, a questo punto, sottolineare come il Tribunale non abbia mai teso a contrapporre malati e operatori sanitari, ma come, al contrario, la strategia del Tribunale abbia sempre teso a concretizzare un'alleanza tra gli utenti del servizio sanitario e gli operatori, in nome di livelli di professionalità e di deontologia all'altezza di un paese moderno e sviluppato.

È in questa prospettiva che Giancarlo Quaranta, presidente del Movimento federativo democratico, ha proposto nel corso di un convegno nazionale, tenutosi lo scorso maggio a Firenze con il patrocinio della regione Toscana, una legge-quadro sui diritti del malato, che pensiamo possa essere un valido contributo per rispondere in maniera adeguata, e adeguatamente originale, alle domande di diritto e di giustizia provenienti dai cittadini.

Una legge che cerca di evitare due cadute ugualmente pericolose: la prima che vede il soffocamento della società civile con il moltiplicarsi di norme e di provvedimenti amministrativi; la seconda che consiste nell'abuso della delega indiscriminata alle istituzioni della società politica.

La nostra proposta della legge-quadro si muove, infatti, secondo un'ipotesi di «giuridificazione» delle Carte dei diritti del malato, riconosciute come raccolte di usi e consuetudini che sono parte integrante della cultura italiana e di un comune modo di sentire della maggioranza del popolo italiano che riguarda i modi e le forme di estrinsecazione della dignità della persona umana, degli interessi collettivi e degli interessi individuali.

Un ultimo elemento, infine, che vorrei mettere in luce nel concludere il mio intervento è che la legge-quadro offre gli strumenti per effettuare una sorta di patto di pacificazione che dovrebbe concretizzare un'alleanza tra utenti del servizio sanitario e

operatori, nella consapevolezza comune che non è interesse di nessuno esasperare la conflittualità sociale presente all'interno degli ospedali.

Vorrei, quindi, concludere dicendo che quanto ho fin qui espresso rappresenta un contributo che nasce da un'esperienza che da oltre quattro anni vede il Tribunale per i diritti del malato all'interno degli ospedali, nelle corsie, a diretto contatto con i malati e i loro parenti, la loro sofferenza e il loro dolore. In particolare ho inteso riportarvi, nella mia qualità di segretario nazionale del Tribunale per i diritti del malato, ma anche — permettetemi di dire — come medico, il grido di allarme che proviene dagli ospedali italiani e da quanti hanno a cuore le sorti stesse della democrazia in Italia.

Nella speranza che ciò possa costituire un importante se non insostituibile, elemento per la vostra riflessione e per il vostro lavoro in qualità di rappresentanti del popolo italiano, vi auguro buon lavoro e vi ringrazio dell'attenzione.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor La Manna. Le argomentazioni da lei esposte sono assai rilevanti non solo sotto il profilo strettamente sanitario, ma anche sotto quello umano in senso lato. Certamente potranno essere valutate appieno, anche attraverso eventuali documenti che lei avrà la cortesia di inviarci, quando affronteremo il problema della riorganizzazione degli ospedali.

Vorrei dare ora la parola al professor Senaldi.

SENALDI. A nome degli iscritti del sindacato radiologi, a nome del presidente del Sindacato e della Società italiana di radiologia medica, professor Pistolesi, e mio personale, ringrazio la Commissione per aver avuto la benevolenza di ascoltarci. Il Sindacato nazionale radiologi, che rappresenta la quasi totalità dei radiologi italiani, inseriti soprattutto nelle strutture pubbliche, ha alcuni problemi particolari, accanto a quelli generali che certamente la Commissione conosce perchè già esposti da altri sindacati. Mi riferisco al ruolo medico — cui accenno soltanto —; alla necessità di una sanatoria che ponga

fine all'attuale stato di precariato; alla necessità di precise regole che dividano la struttura pubblica da quella privata; a un maggior raccordo tra assistenza di base e assistenza specialistica; infine alla duplice figura del medico all'interno della struttura pubblica, medico a tempo pieno e a tempo definito. Pur riconoscendo che la maggior parte dei radiologi opera a tempo pieno — dalle nostre statistiche risulta il 65 per cento —, tuttavia in molte regioni d'Italia l'esistenza del tempo definito è necessaria per la carenza e le disfunzioni delle strutture pubbliche. Faremo pervenire alla Commissione una memoria su questo punto, dalla quale si rileva questa differenza sostanziale tra Regione e Regione.

Accanto a questi problemi di ordine generale, vorrei esporne alcuni particolari.

La istituzione di un servizio autonomo di radiologia, in tutti gli ospedali, è relativamente recente. Solo dopo il 1960, gradualmente, in tutti gli ospedali si sono infatti creati primariati di radiologia. L'ulteriore suddivisione dell'unica specialità nelle diverse branche radiologiche autonome della disciplina, è poi assai recente e la loro codificazione trova riscontro nel decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1969.

In questo ultimo periodo le varie discipline radiologiche hanno avuto uno sviluppo tecnico-scientifico nettamente superiore alle altre consorelle medico-chirurgiche. Basterà pensare alle nuove acquisizioni in materia (xerografia, termografia, ortopantomografia, mammografia, emodinamica, ecotomografia, TAC, angiografia digitale, risonanza nucleare magnetica). Da una primitiva disciplina radiologica a radiazioni ionizzanti si è passati ad una disciplina «per immagini» con sfruttamento di altre forme di energia.

Questo dovrà necessariamente portare ad un nuovo inquadramento delle discipline radiologiche, in un'ottica di razionalizzazione delle tecnologie impiegate nell'«area dei servizi», per evitare la parcellizzazione di impianti ad alto costo, per uno sfruttamento ottimale degli stessi e per una riduzione quantitativa di prestazioni spesso sostitutive o complementari, onde ottenere la contrazione di una spesa sicuramente preponderante

rispetto ad altre partite di bilancio. Si ravvisa, pertanto, la impellente necessità di riproporre attraverso uno strumento legislativo la differenziazione dell'«area dei servizi» da quella igienico-organizzativa e da quella relativa alle degenze mediche, chirurgiche e di specialità e di sottolineare le funzioni specifiche con riferimento anche alle possibilità di risposta alla richiesta avanzata dal territorio.

In questa visuale deve essere ribadito il concetto fondamentale che l'operatore dell'«area dei servizi», comunque, è autore di un «atto medico» proprio nelle qualità di dipendente pubblico, nel ruolo di diagnosi e di terapia.

A questo proposito si chiede una maggiore attenzione del legislatore sui possibili rischi derivanti da un uso indiscriminato di svariate energie, per ottenere immagini a scopo diagnostico e a fini terapeutici, introducendo strumenti di razionalizzazione attraverso un piano unitario di valutazione, anche in una ottica preventiva per la popolazione, alla luce delle disposizioni legali vigenti e della nuova normativa CEE.

Ma accanto a queste riforme sono necessari provvedimenti legislativi che regolino l'accesso alle strutture.

Le attuali piante organiche, che rispecchiano le disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1969, risultano inadeguate e carenti specialmente nei presidi *extra* metropolitani. Nelle città la coesistenza di presidi universitari rende meno drammatico lo stato di necessità. Questa situazione comporta da un lato una limitazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni, dall'altro un allungamento del periodo di attesa nell'espletamento delle indagini con enorme aumento di spesa per la degenza. Occorre, pertanto, un adeguamento delle piante organiche ed un accesso alle strutture di personale qualificato.

L'attuale legislazione che prevede l'assistente in formazione è inadeguata a questo scopo, perchè porterebbe inevitabilmente alla presenza di medici, che non trovando accesso in altre discipline giocoforza chiederebbero l'inserimento nelle radiologie con una preparazione pressochè nulla per i compiti richiesti. Il nostro sindacato è dell'avviso

che l'accesso ad assistente radiologo debba avvenire, come per il passato (articolo 74 del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 1969 e articolo 29 del decreto ministeriale 31 gennaio 1982) obbligatoriamente attraverso un concorso e dopo un tirocinio specialistico di almeno due anni, retribuito, ovvero dopo la realizzazione della specialità o almeno di una frequenza biennale nella branca specialistica, al fine di qualificare la prestazione e di disporre di operatori adeguatamente preparati all'uso di tecnologie di così alta specialità. La pleora medica non risparmia la nostra disciplina e le nostre indagini confermano la esistenza in Italia di un numero esuberante di radiologi rispetto alle necessità. È necessario però per questi medici un continuo aggiornamento tecnico-scientifico.

La Società italiana di radiologia medica e medicina nucleare, della quale noi siamo la parte sindacale, da anni in accordo con il Ministero della sanità, ha organizzato «corsi di aggiornamento» che spaziano in tutta la materia, e che ci vengono invidiati da molti paesi tecnologicamente avanzati. I risultati raggiunti sia dal punto di vista organizzativo, sia da quello qualitativo-professionale possono essere messi a vostra disposizione.

PRESIDENTE. Ringrazio per l'esposizione molto interessante che, per la singolarità della disciplina, accogliamo con molta attenzione.

A questo punto vorrei comunicare che non abbiamo il tempo materiale — nel nostro programma di lavoro — per ascoltare altri sindacati o associazioni e che, per esempio, i laboratoristi sottoporranno alla nostra attenzione i loro problemi specifici tramite una memoria scritta che invieranno alla Commissione e della quale terremo il debito conto.

Passiamo ad esporre i nostri quesiti.

RANALLI. Vorrei dire brevemente che ho sempre creduto al valore dirompente dell'azione culturale e sociale del Tribunale per i diritti del malato. Dobbiamo ricordarci i momenti di grave difficoltà dell'attività del Tribunale, quando era contestato dai sindacati medici e anche dai sindacati confederali.

Tuttavia, oggi credo che il Tribunale abbia guadagnato un posto e, soprattutto, meriti di fronte alla società civile, perchè ha dato voce a situazioni intollerabili. Troppi silenzi, complicità e omertà vi erano e vi sono ancora. Ma l'azione svolta è stata molto importante e deve continuare ad esserlo.

La mia domanda non riguarda la possibile diffusione del Tribunale, per la quale mi sembra che ormai si sia determinata la disponibilità generalizzata delle forze democratiche; mi domando invece se il concentrarsi sulla ipotesi dei 33 punti, che costituiscono la Carta dei diritti del malato, non rappresenti un miraggio, in qualche misura difficile da definire in sede legislativa, che ha ridotto l'impegno a dare consapevolezza ai soggetti interessati, in primo luogo i malati, ma anche i cittadini in buona salute, rispetto agli obiettivi della ristrutturazione degli ospedali, della nuova cultura organizzata, e via di seguito. Voglio dire che alcune modifiche e cambiamenti, non avrebbero bisogno di un riconoscimento legislativo, con la Carta dei diritti, ma dovrebbero trovare accoglimento pratico attraverso l'iniziativa delle USL, delle Regioni e della società civile. Pertanto, vorrei sapere se la Carta dei diritti, da trasformare in legge, rappresenti per voi la questione principale, che potrebbe attenuare la vostra presenza nel dare voce alle cose quotidiane che non vanno o se invece non sarebbe piuttosto prioritario continuare nella lotta per raggiungere progressivi, gradualmente obiettivi, nel funzionamento delle strutture e anche di progresso culturale. Vi sono possibilità di cambiamento, cambiando anche il modo di concepire l'ospedale e i diversi servizi. Questo, forse, non si è voluto fare nel passato ed io vorrei capire se voi intendete arrivare ad una sintesi tra i due aspetti del problema.

Per quello che riguarda i radiologi, la prevista revisione del decreto n. 761 del 1979, per la quale esiste un orientamento comune, potrebbe essere la sede istituzionale più idonea per registrare ed accogliere le diversificazioni tecniche e quelle professionali connesse.

MELOTTO. Vorrei riallacciarmi a quanto detto dal senatore Ranalli sul tribunale del

malato. Il fine è quello della umanizzazione del servizio; siamo tutti coscienti che non sono sufficienti nè le grandi infrastrutture nè il personale quando, poi, il rapporto è reso sempre più anonimo, emarginato ed emarginante. Anche io, dunque, credo che in Italia si debba affermare almeno un minimo di diritti del malato, ma credo molto più all'azione portante del convincimento, del coinvolgimento di tutti gli operatori del settore. Questo è il nocciolo del problema ed io chiedo che cosa è stato fatto in questo senso. Non ritengo che sia sufficiente puntare il dito sull'ospedale, il quale ha sì particolari responsabilità, che peraltro mutano da zona a zona, da situazione a situazione, da ospedale grande a ospedale medio e piccolo, ma in definitiva non credo che soltanto dall'ospedale oggi dipendano certi aspetti — lo dico fra virgolette — di «disumanizzazione».

Non credo che la «disumanizzazione» del servizio riguardi gli ospedali; ci sono anche medici di famiglia che hanno con i loro pazienti un rapporto del tutto anonimo e burocratizzato.

È senz'altro opportuno sancire un minimo di diritti; tuttavia ricordo che in alcune Regioni abbiamo introdotto la legge per i diritti del bambino, rimasta peraltro lettera morta per molti ospedali. Con una capillarizzazione ormai sufficiente, che riguarda duecento città italiane, cosa si propone come supporto di dibattito? Vorrei sapere se si va al di là della denuncia, che, certo, può anche scuotere chi la riceve ed appagare chi la fa, ma non è di per sé sufficiente.

Vorrei porre poi una domanda al sindacato dei radiologi. Mi è parso di cogliere dal commento all'ultima parte della premessa una contraddizione laddove si propone di salvaguardare il tempo definito perchè in molte Regioni non esistono strutture idonee sufficienti. In questo settore sono introdotte annualmente, se non mensilmente, apparecchiature sempre più sofisticate e più costose che richiedono un apparato di tecnici altamente qualificati e specializzati. Riscontriamo, d'altra parte, ancora rigidità nei turni, sfruttamento delle macchine estremamente modesto rispetto ai costi, non elasticità. Cosa pensa a questo proposito il sindacato dei radiologi, considerato che questo servizio e il

laboratorio potrebbero, scorporati da certe rigidità, essere di notevole ausilio alla qualificazione del servizio stesso?

Oggi assistiamo al fatto che per aprire una bottega di fruttivendolo occorrono diversi esami, la licenza, il visto, eccetera, mentre per esercitare una attività di questo tipo è tutto molto semplice, al punto che determinati servizi vengono «pubblicizzati» e che, comunque, la comunità paga.

Vorrei conoscere infine il pensiero dei radiologi in ordine alla collocazione di altissime strutture (tipo TAC, risonanza magnetica) nell'ambito della comunità e quale sia il rapporto ottimale tra queste e la popolazione. Bisogna spiegare alla gente il significato di concentrazione, altrimenti ognuno che ha l'emicrania esige il TAC, senza che nessun medico glielo possa negare, con tutto l'intasamento che ne deriva.

ALBERTI. Vorrei ringraziare i convenuti e, in particolare, il giovane collega che ha così appassionatamente parlato dei diritti del malato, denunciando situazioni di estrema gravità.

È vero che la situazione italiana è «tigrata», perchè ci sono zone in cui le difficoltà sono maggiormente presenti e zone in cui lo sono meno, ma del resto se determinati fenomeni dovessero accadere in un unico centro, il fatto sarebbe ancor più grave.

Convengo con lei sulle denunce che ha fatto, perchè le ritengo situazioni reali da Terzo mondo. Purtroppo, vedendo tali situazioni presenti tutti i giorni, ci abbiamo fatto un po' l'occhio, come si suol dire.

La prima domanda che le rivolgo è pertanto la seguente: esiste un confronto con gli altri paesi o, comunque, paesi in cui vi è una situazione analoga?

La peculiarità della situazione di disastro delle strutture pubbliche, particolarmente di quelle ospedaliere, è legata alla scarsa formazione del personale paramedico e al suo basso numero. Lei sa che c'è un rapporto molto stretto tra personale paramedico e personale medico, che in Italia è del tutto alterato. Non crede che i pazienti andrebbero affidati ad un corpo composto da infermieri? Purtroppo si è passati dall'infermiere

generico a quello professionale, per cui dopo i primi guizzi entusiastici, che hanno visto la nascita di scuole anche di buon livello, si è andati via via decadendo, pensando a preparare l'infermiere più come assistente del medico, che del malato. Il tribunale del malato si è posto questo problema? Sono d'accordo sul fatto di denunciare talune situazioni, a portare avanti determinate battaglie, che voi avete vinto in passato anche nei miei confronti, fuggendo le mie perplessità. Ciò che vorrei conoscere è se avete elaborato un'ipotesi, magari in accordo con altri paesi.

Circa la legge di cui parlava il senatore Ranalli, il discorso dovrebbe vertere maggiormente sulla qualificazione del personale con ruoli distinti, perchè resto sempre dell'avviso che il malato negli ospedali vada affidato agli infermieri, mentre il medico debba esercitare il suo ruolo di tecnico, seppur con la necessaria umanità.

Vorrei sapere, infine, come intendete il rapporto tra medico o infermiere e il malato, circa le cose che a lui vanno dette o meno.

Ai radiologi volevo dire intanto una cosa, riprendendo il discorso del senatore Melotto. Non possiamo più pensare all'ipotesi di acquistare delle strutture di altissimo livello e lasciare poi queste attrezzature ferme, facendole lavorare solo sei ore al giorno. La proliferazione nei piccoli ospedali di queste apparecchiature ha portato anche ad uno spreco di questi esami, i cui risultati spesso non vengono utilizzati perchè mancano le strutture per portare avanti l'indagine diagnostica. A questo proposito vorrei conoscere se vi siete dati un codice di comportamento a proposito della ripetizione degli esami radiologici; spesso il malato che passa da un rapporto ad un altro viene sottoposto nuovamente agli stessi esami. Cosa ne pensate dell'opportunità di creare una tessera radiologica per i pazienti? Dai dati di cui sono in possesso, riferentisi al 1981, risulta che sono stati fatti circa 90 milioni di esami radiologici; questo lascia supporre che molte persone sono state sottoposte a diversi esami. Avete mai fatto una indagine in questo senso, per conoscere i danni provocati dalle radiazioni diagnostiche? Avete mai pensato di istituire dei controlli a beneficio dei pazienti?

Un'ultima domanda: gli esami ecografici mensili, a cui vengono sottoposte le gestanti dopo il quarto o il quinto mese, sono del tutto necessari, o rappresentano — e ciò sarebbe molto grave — una speculazione, magari anche con dei danni agli organi sensitivi del nascituro?

PRESIDENTE. Ai rappresentanti del tribunale del malato, rinnovando i sentimenti di attenzione che tutti nutriamo per questi problemi, rivolgo l'invito a considerare in un contesto più ampio il problema dei diritti del malato, anche come problema giuridico. Certamente gli episodi denunciati richiamano l'attenzione sui fatti contingenti di tutti i giorni; ritengo però vada sviluppata la filosofia della considerazione giuridica del malato che si affida alle cure altrui e vederla in un contesto più ampio. In questo senso si è evoluta anche la normativa internazionale: vi sono stati ormai tre o quattro «pronunciamenti» e, in questi documenti, si è trattata anche la problematica della libera scelta del medico, quella della libera scelta del luogo di cura, con tutti i problemi che essa comporta come ad esempio quelli della migrazione del malato da una struttura all'altra. Problemi, ovviamente, ai quali anche l'Italia non si sottrae. Sono, questi, aspetti di estrema importanza e non possono essere trascurati in una valutazione giuridica complessiva: questo è appunto il compito della Commissione sanità del Senato.

Pertanto, in relazione anche ad altre categorie professionali che operano in settori affini a quello dei radiologi, con particolare riferimento agli anestesisti, devo dire che i loro problemi certamente si confrontano con quelli dei laboratoristi, cui accennavo prima. Ma anche la loro categoria deve essere presa in considerazione soprattutto sotto il profilo della «formazione» specialistica. Dunque, anche per loro, il modello attualmente previsto di «abbreviazione del corso» (e cioè che un anno di tirocinio condotto presso una struttura pubblica dà diritto ad essere immesso nella struttura stessa, in maniera equipollente ad uno specialista) appare discutibile.

Riconosco che non si può formare un radiologo in un anno e a maggior ragione ciò

vale per gli anestesisti, che si trovano da soli a rivestire, dinanzi al malato che si affida completamente alle loro cure, il ruolo di assistenti, primari e aiuto contemporaneamente, perchè essi hanno in elevata misura una personale responsabilità nel momento in cui viene indotta l'anestesia.

È stata espressa anche preoccupazione circa l'ipotesi che si possa operare autonomamente, anche dopo un solo anno di tirocinio in anestesia, perfino in servizi in cui sia prevista la figura apicale con questo ruolo. È questo un fatto non semplicemente organizzativo: se il servizio, per esempio, comprende una serie di sale operatorie, in padiglioni distinti o raggruppa ospedali diversi, può verificarsi il fatto che il povero tirocinante anestesista si trovi distaccato; in questo caso, avrebbe un bel chiamare eventualmente in soccorso il primario: costui può non arrivare in tempo utile.

LA MANNA. Innanzitutto ringrazio il senatore Ranalli per le parole che egli ha rivolto all'azione del Tribunale per i diritti del malato.

Egli ci ha chiesto che intenzione abbiamo, in quale direzione vogliamo indirizzarci, se vogliamo continuare a fare qualcosa che abbiamo sempre fatto o se improvvisamente abbiamo cambiato rotta in riferimento a questa legge. Non ritengo che vi sia questo cambiamento nella nostra azione: quello che oggi il Tribunale per i diritti del malato sta realizzando, sta proponendo, è esattamente in linea con quanto da quattro anni ormai ha affermato in Italia. Circa la legge-quadro vorrei fare una precisazione: 33 sono i principi inseriti nella Carta dei diritti del malato di Roma. Oggi esistono altre diciassette Carte del malato che hanno statuito diversi principi, e ciò proprio perchè tali fondamentali nascono da situazioni concrete presenti in alcune città ed in particolare in alcuni ospedali o corsie; in altre città vi sono situazioni diverse: ad esempio, il problema degli orari negli ospedali è diverso a seconda che si tratti, come è ovvio, di ospedali rurali o cittadini ed è affrontato in modi adeguatamente distinti; così pure per quanto riguarda la qualità del cibo.

Dicevo dunque che l'attività del Tribunale dei diritti del malato sta in linea con il suo patrimonio culturale-storico. Infatti la legge-quadro lancia una ipotesi di «giuridificazione» di queste Carte per i diritti del malato. Non si tratta tanto di estrapolare una Carta per eccellenza, proprio per i limiti che ciò avrebbe: allora sarebbe davvero un miraggio raggiungere una Carta che risulterebbe così snaturata da qualsiasi richiesta e da qualsiasi diritto; si tratta bensì di riconoscere effettivamente le Carte dei diritti del malato in leggi dello Stato. Abbiamo chiamato ciò «processo di solidificazione» e non di legittimazione; le Carte del malato, in quanto espressione di richiesta di tutela provenienti dal basso, sono legittime e nessuno può metterlo in dubbio.

Presentiamo questa occasione al Governo ed ai partiti che la possono, se vogliono, prendere in considerazione. È l'occasione di gettare un ponte per la governabilità di queste aree istituzionali, che sono gli ospedali, in cui, come ho detto prima, si ha ogni giorno di più una situazione insostenibile che corre il rischio di sfociare in soluzioni imprevedibili anche di violenza e di rabbia. Ricordo che qualche anno fa si leggeva sui giornali che gli ammalati gettavano i letti dalle finestre oppure davano fuoco ai materassi. Da quando c'è il Tribunale per i diritti del malato ciò non si è più verificato. E questo perché la gente trova nel tribunale del malato uno strumento di governo, di potere, per contare finalmente qualcosa. C'è dunque l'occasione della legge-quadro, che portiamo come contributo al dibattito politico e giuridico del nostro paese. Vediamo in questo una soluzione possibile, probabilmente da perfezionare, per la governabilità del settore.

Le Carte dei diritti del malato non sono altro che una raccolta di usi e consuetudini che in altri settori della società sono già codificati da tempo. In qualche altro settore ci si può rivolgere ad una persona di sessanta o settanta anni con il termine «nonnetto» o dandogli del «tu»? Ho parlato con il primario del Forlanini, un ospedale romano, il quale mi ha detto di essere rimasto sconvolto quando, facendo una cistoscopia ha dovuto

applicare il catetere ed iniettare il liquido di contrasto in un corridoio, con le porte aperte, alla presenza di donne e bambini che passavano. E questo è solo un esempio. Invece è consuetudine, è normale in qualsiasi altro settore della società italiana, che una simile operazione venga compiuta in una stanza chiusa, con tutti gli accorgimenti a tutela della dignità personale e del pudore. Ciò va detto, ma va anche statuito in modo molto concreto. Si tratta di consuetudini che fanno parte della storia sociale, politica e culturale del popolo italiano. Allora, riconosciamo questi usi e consuetudini e facciamo sì che entrino anche negli ospedali.

Mi riallaccio adesso all'altro tema emerso negli interventi, cioè a quello della formazione del personale medico e paramedico. È questo un tema che il Tribunale per i diritti del malato ha sempre tenuto presente. A tal proposito qualche giorno fa, alla commissione per i diritti del malato del Ministero della sanità, l'intervento del tribunale ha appunto inteso proporre una diversa organizzazione del lavoro della commissione stessa: una sottocommissione potrebbe affrontare specificamente il problema della formazione del personale medico e paramedico. In Italia questo problema è davvero grave: basti pensare, ad esempio, che mentre per il personale paramedico sono previste alcune ore di insegnamento di etica medica e di diritti, per il personale medico non è previsto nulla di analogo. Cioè, al medico i diritti del malato sono completamente estranei.

Per quanto riguarda i rapporti con i paesi europei abbiamo avuto contatti con varie realtà quali la Francia, la Spagna e la Grecia, sia per quanto riguarda alcuni Governi, alcuni Ministeri, sia anche per quanto riguarda le unità di base. Salvo restando una grossa differenza dei servizi sanitari, della stessa organizzazione (basti pensare a quello inglese, a quello francese o a quello esistente in Spagna, dove si stanno gettando le basi per una riforma sanitaria), ciò di cui ci siamo accorti e che dà anche ragione al tipo di analisi che abbiamo svolto è che questi problemi esistono anche lì — a livello delle corsie, a livello, potremmo dire, basso-istituzionale — e non sempre le leggi riescono a

risolverli. Al contrario c'è una domanda di diritto, di giustizia riguardo questi problemi, che in Italia il Tribunale per i diritti del malato ha saputo incanalare e far emergere e senz'altro penso che ci sia la prospettiva perchè anche in altri paesi europei si possa svolgere un'azione analoga.

CAROLEO. Mi permetta, signor Presidente, di intervenire brevemente per aggiungere una cosa circa la domanda da lei posta che ci interessava più da vicino.

Indubbiamente il problema è molto vasto. Il Tribunale per i diritti del malato può apparire un organismo di emergenza che quindi non intende dare soluzioni globali a tutti i problemi. È anche per questo che il tribunale stesso e il Movimento federativo democratico che lo ha espresso intendono porre all'attenzione della Commissione sanità del Senato della Repubblica il problema dell'emergenza. Certamente esso riguarda l'oggi, ma noi riteniamo che qualunque prospettiva futura, anche una soluzione democratica all'interno delle nostre strutture sanitarie, possa passare solo una volta risolti questi problemi, piccoli, se vuole, signor Presidente, per quello che riguarda i micro fenomeni, i micro diritti da attuare, ma grandi se consideriamo che interessano nove milioni di cittadini che intervengono all'interno delle nostre strutture sanitarie.

Certamente poi il contesto deve essere più ampio. La legge-quadro si presenta e si propone come una volontà di costruire il livello elementare ed essenziale necessario per poi portare quel decisivo contributo che a questo punto non sarà unicamente il Tribunale per i diritti del malato a dover rintracciare, ma naturalmente e innanzitutto le istituzioni della Repubblica italiana, attraverso una più ampia convergenza, che il tribunale auspica, da parte di tutte le forze politiche, al di là degli schieramenti ideologici e degli steccati di partito.

Il problema infatti riguarda un'emergenza nazionale e il grido di allarme che il professor La Manna ha voluto lanciare in questa autorevole sede è proprio diretto nel senso di cercare subito delle soluzioni, prima che sia troppo tardi, a partire dalle quali poi natu-

ralmente si potranno rintracciare soluzioni più generali di carattere strategico.

SENALDI. Prendo la parola innanzitutto riallacciandomi all'intervento del presidente Bompiani che ha tracciato un quadro di carattere generale comune per i radiologi e per altre specializzazioni. Noi chiediamo appunto l'istituzione di un'area dei servizi, perchè la comunanza che abbiamo con gli anestesisti e con i patologi clinici è tale anche dal punto di vista organizzativo, e soprattutto perchè questi tre servizi sono fondamentali per la riuscita e il buon andamento di tutte le altre discipline specialistiche esistenti presso un ospedale. Infatti, funzionando male uno di essi, l'ospedale è destinato automaticamente a risentirne in tutte le sue discipline; basti pensare all'allungamento della degenza con sovrannumero di posti-letto che si verificherebbe per prescrivere ricette agli eventuali malati e soprattutto alle spese enormi e inutili che si verrebbero a determinare per il fatto di tenere l'ammalato fermo per un lungo periodo, come abbiamo sentito poc'anzi denunciare dai rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato.

Passo ora a rispondere alle domande rivolte dai senatori che sono intervenuti. Senatore Melotto, lei proviene da una regione, il Veneto, in cui il tempo pieno è adottato dal 94 per cento dei radiologi, che hanno compiuto una scelta ottimale. Infatti mi risulta che le strutture del Veneto funzionano molto bene dal punto di vista radiologico, però non è così in tutta Italia, anche perchè in certe zone non si dispone di strutture adeguate, per cui a nostro avviso il tempo definito deve essere mantenuto, tenendo conto delle diversità di situazioni esistenti in Italia per quanto riguarda la presenza o meno di strutture adeguate in questo campo.

In proposito si potrebbe formulare un'ipotesi più ampia, che non entra in contraddizione con quanto ho prima affermato. Si potrebbe cioè prevedere, invece dei due rapporti medici prefigurati dalla legislazione attuale, un unico rapporto medico che però abbia la sua estrinsecazione anche in *part time*. Mi spiego meglio. Il rapporto evidentemente sarebbe quello del tempo pieno per

chi l'ha scelto, permettendosi però l'accesso all'interno della struttura pubblica anche ad altri medici operanti con orari diversificati ridotti, in relazione appunto alle necessità delle varie Regioni.

È chiaro che qui si pone il problema dei rapporti fra struttura pubblica e struttura privata e quindi anche quello dei convenzionamenti. Il medico a tempo pieno ha compiuto una sua scelta volontaria — almeno finora è tale, senatore Ranalli — e quindi opera all'interno della struttura pubblica. Il medico a tempo definito invece opera così all'interno della struttura pubblica per quel *part time*, se si vuole andare verso l'orientamento che ho indicato, e potrebbe avere con la struttura pubblica un unico rapporto convenzionale, naturalmente specialistico. Purtroppo oggi ci sono ancora degli specialisti radiologi operanti all'interno della struttura pubblica che hanno anche la generica. Questo il sindacato radiologi tende ad escluderlo in maniera assoluta. Il rapporto, a nostro avviso, deve essere unico, di tipo specialistico, per la stessa disciplina e non per altre.

È chiaro che la situazione ottimale sarebbe poter far funzionare le attrezzature 24 ore su 24. Questo però può avvenire nei grandi ospedali o in qualche grosso ospedale provinciale, perchè nei piccoli ospedali è oggi impossibile per la carenza proprio della pianta organica. C'è stata una gara in passato — e ritengo che ci sarà anche in futuro — per l'acquisizione di strutture specialistiche; questo porterà ad un'enorme spesa perchè non è solo l'acquisto dell'attrezzatura ultraspecialistica — che a volte si ottiene anche attraverso donazioni — ad incidere sul costo, ma soprattutto la gestione poi di questa struttura. Per esempio il costo puro di una TAC si aggira sulle 200-250.000 lire, quello di una risonanza magnetica sulle 600-700 mila lire per ogni esame. È quindi necessario che queste attrezzature siano limitate a degli enti complessivamente qualificati (potrebbero essere gli istituti universitari o sedi di università e i grossi complessi ospedalieri) e che l'accesso a tali strutture sia condizionato ad una scelta proprio da parte del radiologo, perchè se non gli sarà permesso di intervenire sulla richiesta di esame possiamo anche

abbandonare l'obiettivo di limitare il numero degli esami stessi.

Purtroppo oggi le leggi italiane impediscono al radiologo di fare questo; noi chiediamo che invece ciò gli sia consentito. Cito ad esempio una legge recentemente varata dal Parlamento sui tecnici. Il tecnico può eseguire esami direttamente, dietro semplice richiesta di qualsiasi altro medico. Questo è uno dei modi per far proliferare enormemente le richieste, perchè il radiologo in questo stadio non può minimamente intervenire; potrà farlo solo in un secondo tempo se le lastre del tecnico non saranno sufficientemente chiarificatrici del problema o se non sono state eseguite correttamente e questo comporta una doppia spesa e anche un aumento della dose somministrata al paziente.

È chiaro che per poter limitare gli esami, oltre ad un intervento del medico, deve essere fatta opera di persuasione verso la popolazione sull'utilità o meno di certi esami, ed anche verso la classe medica. In questo momento un esame che raggiunge spese vertiginose è l'ortopantomografica: è bastata la pubblicazione su vari giornali normali o pseudoscientifici di questa nuova indagine per praticamente far scomparire le lastre endorali che erano molto più significative. L'ortopantomografica risponde all'esigenza di rispettare i rapporti tra le due arcate dentarie e di fornire un quadro generale dell'apparato masticatorio, ma oggi viene usata quasi esclusivamente quando si ha una piccola carie o un piccolo granuloma, un ascesso. Quindi, c'è un problema di educazione sanitaria per la limitazione degli esami, soprattutto vorremmo che si stabilisse una scaletta di progressione verso queste tecniche sofisticate: laddove è sufficiente un esame semplice, è inutile chiedere esami ultrascientifici, che non servirebbero a migliorare la diagnosi nel caso specifico.

Il senatore Alberti ha chiesto chiarimenti sul codice di comportamento. Proprio all'interno della nostra associazione, con una recente modifica dello statuto siamo stati piuttosto duri verso coloro che vengono meno a quelle che sono le norme di comportamento sia dal punto di vista umano che propriamente scientifico. Abbiamo preparato anche

un criterio di pianificazione dei presidi e diamo il minimo di dotazione affinché il risultato dell'indagine sia appropriato. Come per tutte le categorie, non bisogna farsi illusioni, le «pecore nere» si trovano dappertutto, lo abbiamo constatato e sono state espulse dalla nostra associazione. Quindi, ci siamo dati certe norme di comportamento.

Per quanto riguarda la cosiddetta tessera degli esami radiografici per evitare doppioni che spesso avvengono, riteniamo che sia di grande utilità perchè, con un accesso possibile a varie strutture, non sempre si è in grado di dire che un certo esame è stato fatto un mese o quindici giorni prima ed è pertanto inutile ripeterlo. Se esistesse una carta sanitaria che ciascun individuo dovesse portare con sè e che comprendesse tutti gli esami effettuati, si arriverebbe certamente ad una limitazione degli esami e a controlli delle dosi sui pazienti.

Credo che con gli studi che si fanno sulle dosi nocive somministrate ai pazienti sarà possibile diminuirle: nella radiologia italiana abbiamo in pratica eliminato alcune fonti di energia che comportavano dosi dannose. Basta pensare alla schermografia che persiste ancora in qualche piccolo distretto antitubercolare, ma che con l'avvento delle unità sanitarie locali è stata riassorbita dalla radiologia normale e tende a scomparire. Ci siamo appropriati, anche perchè ne siamo stati gli artefici, di altre tecniche costituite non da raggi ionizzanti ma da altre radiazioni fisiche: anche questo serve a diminuire le dosi per il paziente. Dal punto di vista termico ci sono gli schermi di rinforzo che hanno dimezzato, ridotto ad un quarto la dose. Dal punto di vista tecnico abbiamo fatto tutto quello che era possibile. È chiaro, comunque, che la ripetizione indiscriminata dell'indagine porta all'annullamento di quei benefici che abbiamo potuto ottenere.

Ci sono però altri problemi, anche se abbiamo introdotto nuove fonti di energia che allo stato attuale sono innocue; c'è infatti

qualche avvisaglia, soprattutto nel campo dell'ecografia, nella stessa risonanza magnetica: basta pensare all'impossibilità di usarla non appena ci sia un minimo di protesi metallica all'interno dell'organismo per i danni che potrebbe provocare soprattutto per gli impulsi neutronici. Si tratta di un'ulteriore attrezzatura che sta gradualmente arrivando e alla quale bisogna essere preparati. Solo attraverso esperimenti e con un lungo periodo sperimentale, saremo in grado di dire se possono provocare dei danni e in quale misura e gravità. Proprio per queste ragioni tali attrezzature devono essere raccolte in quel dipartimento di immagini che è ormai patrimonio comune di tutta l'Europa, della CEE, e non frazionate nelle singole parti.

È stato accennato in particolare all'ecografia ostetrica. Come medico, chiaramente non vorrei parlare di certi miei colleghi. Penso però che molto spesso questo esame più che per ragioni di diagnosi sia fatto per soddisfare la madre che vuole sapere, sia pure giustamente, lo riconosco, magari anche per uno stato psichico particolare, qual è la posizione del feto, se ci sono o meno anomalie, prima del parto, e soprattutto se si tratta di un maschio o di una femmina. La ripetizione dell'ecografia ostetrica ogni mese non mi trova però d'accordo.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri interlocutori per essere intervenuti in questa sede.

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.