

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

20° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 9 LUGLIO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione di rappresentanti dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi-Fesmed), dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi), della Uil-Medici e della Federazione nazionale area medica (Fnam)

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	CHIANTERA	Pag. 9
BERNASCONI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	9	CUOMO	12, 15
BRUNI (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	6, 7, 14 e <i>passim</i>	DI TULLIO	4, 13, 14
CAMERINI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	7, 9	SEVERA	5, 6
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	10, 15	URBANETTI	4, 13
DI ORIO (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	8, 9		
LAURIA Baldassare (<i>Rin. Ital. e Indip.</i>)	10		
MONTELEONE (AN)	14		

Intervengono il professor Antonio Chiantera, segretario nazionale dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi-Fesmed), nonché il dottor Giorgio Vittori ed il professor Oreste Cuomo, esponenti della stessa Associazione; la dottoressa Alessandra di Tullio, in rappresentanza dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi); il dottor Sandro Urbanetti, vice segretario nazionale della Uil-Medici; la dottoressa Elisabetta Severa, segretario nazionale della Federazione nazionale area medica (Fnam).

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi-Fesmed), dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi), della Uil-Medici e della Federazione nazionale area medica (Fnam)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di rappresentanti dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi-Fesmed), dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi), della Uil-Medici e della Federazione nazionale area medica (Fnam).

L'odierna audizione si inserisce nel quadro del programma di audizioni concernenti le problematiche riguardanti i rapporti tra università e strutture ospedaliere in tema di formazione dei medici.

Do anzitutto la parola al professor Antonio Chiantera, segretario nazionale della Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani.

CHIANTERA. Signor Presidente, come lei ha già detto, intervengo in qualità di segretario nazionale della Aogoi e di presidente della Fesmed, braccio sindacale della stessa associazione nella quale confluiscono i Chirurghi ospedalieri italiani (Coi), di cui è segretario nazionale il professor Oreste Cuomo, qui presente.

Il problema del rapporto tra ospedali ed università ci pone di fronte a due realtà completamente differenti. Oggi, in Italia, abbiamo circa 35 istituti policattedra di clinica chirurgica, ostetricia e ginecologia a fronte di più di 500 divisioni ospedaliere e pertanto l'unica possibilità di offrire una valida didattica ai giovani specializzandi è garantire un rapporto armonico ed equilibrato tra il mondo universitario e quello ospedaliero, non più fondato su tentativi di prevaricazione o «colonizzazione» da parte dell'uno o dell'altro.

È altresì fondamentale unire le possibilità didattiche di un ospedale – una struttura ospedaliera con 300 posti letto ha l'opportunità di analizzare 100.000 pazienti in dieci anni e nessuna università può fare altrettanto – al ruolo prettamente formativo delle università. Quindi, il passaggio della di-

dattica dalla fase teorica a quella pratica deve realizzarsi attraverso le strutture sanitarie. Ciò oltretutto migliorerebbe la qualità dei nostri ospedali. Un impegno didattico, infatti, può motivare i dirigenti di primo e secondo livello trasformandosi automaticamente in un impegno formativo che certamente migliorerebbe il livello dell'assistenza sanitaria in tutto il paese.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Chiantera per la sua esposizione e do la parola alla dottoressa Alessandra Di Tullio, che interviene in rappresentanza dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani.

DI TULLIO. Signor Presidente, per la verità mi trovo un po' impreparata sull'argomento oggetto dell'audizione odierna a causa di un *qui pro quo* relativo all'organizzazione di questo incontro che mi costringe a portare solo parzialmente la voce degli anestesisti.

PRESIDENTE. L'argomento che stiamo trattando è comunque di ampio respiro. Inoltre, in qualsiasi momento potrà far pervenire alla Commissione tutta la documentazione relativa all'Associazione che rappresenta.

DI TULLIO. Per quanto riguarda la formazione degli specializzandi e quindi rapporto tra università e ospedali non posso che ribadire quanto espresso dal professor Antonio Chiantera, segretario nazionale dell'Aogoi-Fesmed.

A nostro avviso il rapporto tra personale dipendente del Servizio sanitario nazionale e personale universitario deve essere il più paritario possibile, sia in termini di età pensionabile che di formazione dei giovani medici. Fondamentalmente ciò che chiediamo è che non vi siano intromissioni o tentativi di «colonizzazione» tra il mondo universitario e quello ospedaliero.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Sandro Urbanetti, vice segretario nazionale della Uil-Medici, che ringrazio per aver aderito all'invito della nostra Commissione.

URBANETTI. Vorrei brevemente illustrare le idee che da sempre la Uil-Medici porta avanti in questo campo. Riteniamo che tutti i soggetti coinvolti nel discorso della formazione, medici e Servizio sanitario nazionale, debbano mostrare un atteggiamento incoerente con l'obiettivo di dar vita ad un sistema sanitario che sia da tutti fruibile e soprattutto più efficiente.

Accentrare la didattica esclusivamente nelle facoltà di medicina, dando agli universitari un potere di vita e di morte sulla formazione dei nostri giovani colleghi, lasciando le università nelle attuali condizioni, con una pleora di iscritti che non potranno mai essere assorbiti dal mer-

cato sanitario, fa sì che i soldi spesi contribuiscano soltanto a creare delle inaccettabili illusioni.

Se al centro della riforma del sistema sanitario poniamo la figura del medico, è necessario che la sua formazione venga approfondita e non sia più appannaggio esclusivo dell'università dovendosi necessariamente realizzare, per quanto concerne la pratica, nell'ambito delle strutture ospedaliere.

Sapete meglio di me quanto sia difficile coniugare teoria e pratica, ed entrambe possono essere fornite dalle strutture ospedaliere.

Ai colleghi universitari voglio ricordare che la Uil ultimamente sta perseguendo, per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, l'obiettivo di valorizzare il rapporto esclusivo e di fiducia che intercorre tra medico e paziente. Identico deve essere, a nostro avviso, il rapporto con il paziente del medico universitario sia nella fase didattica che in quella assistenziale. Con ciò intendo dire che dobbiamo lasciare libero il medico, sia esso universitario che ospedaliero, di realizzare la propria attività ambulatoriale o di studio perchè occorre tutelare il fondamentale rapporto di fiducia tra medico e paziente e la primaria richiesta di tutela della salute che viene dai cittadini.

Quindi, il rapporto universitario deve diventare molto più semplice e l'attività di formazione dei nostri colleghi che si affacciano alla professione deve essere più approfondita e deve passare anche attraverso le strutture ospedaliere.

Concludo il mio intervento preannunciandovi che vi sarà inviato uno specifico documento al riguardo, il quale conterrà ulteriori chiarimenti.

PRESIDENTE. Do la parola alla dottoressa Elisabetta Severa, segretario nazionale della Federazione nazionale area medica (Fnam).

SEVERA. La Federazione nazionale area medica (Fnam) è una nuova federazione che si è formata poco più di un anno fa, la quale si occupa in particolare dei problemi della medicina convenzionata.

Premetto che non mi dilungo sul discorso riguardante la formazione dei medici, in quanto è stato già presentato al riguardo un documento intersindacale e perché condivido pienamente quanto è stato appena detto dal dottor Urbanetti. Vorrei invece soffermarmi sui problemi della formazione sanitaria post-laurea cui è legata la questione dell'accesso al Servizio sanitario nazionale e quindi dell'occupazione medica, che – come tutti ben sapete – costituisce un grande problema.

Non dico niente di nuovo se affermo che stiamo pagando a caro prezzo la mancanza assoluta di programmazione, la quale è sempre esistita in tema di accesso prima all'università e poi alla formazione e al lavoro. Purtroppo sto constatando che non si trae assolutamente beneficio da quelli che sono stati gli errori del passato. Esistono 80.000 medici disoccupati e abbiamo bloccato l'accesso al Servizio sanitario nazionale; tuttavia, occorre sistemarli tutti, o quanto meno non formarne dei nuovi. Si continua, invece, a formare nuovi medici – per carità, esiste il diritto al-

l'istruzione – i quali restano per strada e non si sa quale direzione possano prendere.

Per quanto riguarda i disegni di legge *in itinere* – mi riferisco soprattutto a quello cosiddetto omnibus e alla legge delega attualmente all'esame della Commissione sanità del Senato – è proprio il caso di dire che la mano destra non sa cosa fa la sinistra. Ho seguito attentamente, come tutti i colleghi, il discorso relativo al piano sanitario nazionale e ho constatato che esiste la volontà di dare luogo ad un certo sviluppo; tuttavia, devo dire che non rilevo tale volontà nei testi legislativi. Le parole sono parole, ma sono le leggi a determinare i fatti che si svolgeranno in futuro.

Vorrei far presente che vengono avanzati progetti volti – i sindacati medici non l'hanno chiesto – a far scomparire la guardia medica; mi riferisco ad una norma proposta di cui non conosco la provenienza.

PRESIDENTE. Dottoressa Severa, questo argomento non ha alcuna attinenza con il tema relativo alla formazione che la Commissione d'inchiesta deve approfondire.

Invito la sua associazione a presentare – se vuole – ai Capigruppo della Commissione sanità gli eventuali commenti sulla norma da lei citata, così come hanno fatto anche le altre associazioni.

SEVERA. Mi domando solo come possa il Governo parlare di una seria politica occupazionale nei confronti della classe medica, quando poi nei disegni di legge presentati si dice che un intero settore deve sparire e non si sa in quale modo.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo nuovamente, dottoressa Severa, ma non è questa la sede appropriata per affrontare le problematiche cui fa riferimento.

SEVERA. Invito il Governo a porre in essere una programmazione seria, perché in questo momento la situazione è davvero esplosiva.

PRESIDENTE. Do ora la parola agli onorevoli senatori che intendono porre dei quesiti ai nostri auditi.

BRUNI. Signor Presidente, devo innanzitutto ringraziare i componenti delle vari associazioni mediche italiane intervenuti nella seduta di oggi.

Sono pienamente d'accordo in merito a quanto è scaturito dalla discussione di questa mattina, ossia sul fatto che è indispensabile – è una idea che ho coltivato nel corso di questi anni – attivare un rapporto tra ospedali ed università, e credo che questo sia anche l'orientamento di tutta la Commissione sanità del Senato.

Fino a questo momento l'università ha svolto prevalentemente la ricerca, mentre l'ospedale prevalentemente o, meglio, solo assistenza. Tut-

tavia, ritengo sia arrivato il momento di mescolare le carte, per così dire, per cui anche gli ospedali possono occuparsi di didattica e le università di assistenza. È giusta questa unione fra le varie esperienze universitarie e ospedaliere, senza togliere nulla a quello che è il loro ruolo effettivo. A Milano si è verificato per la prima volta in Italia che un professore a contratto, con l'incarico di insegnamento, ha l'obbligo di portare a termine la scuola di specializzazione. Ciò è utile sia a chi insegna – quindi al primario – sia a chi frequenta la scuola di specializzazione. Infatti, è proprio sul campo di battaglia che si impara a lottare, e parlo in base alla mia esperienza poichè all'università ho imparato ed approfondito i concetti fondamentali della chirurgia, ma poi è stato sul campo di battaglia che ho veramente appreso la professione.

Quindi, ci deve essere questo connubio tra la formazione universitaria e quella ospedaliera, si deve arrivare alla fusione delle reciproche esperienze; a mio parere questa è la strada del futuro.

Concludo il mio intervento affermando che oggi stiamo lavorando proprio in questa direzione.

CAMERINI. Dal momento che nel corso della seduta odierna sono state fatte delle affermazioni generiche e di principio e poichè oggi dobbiamo concentrarci solo sul problema – occorre tralasciare gli altri problemi, anche se importanti – del rapporto ospedali e università, vorrei chiedere ai nostri ospiti se hanno delle idee più approfondite e specifiche su quali sono o potrebbero essere i percorsi da intraprendere per risolvere il problema oggetto della nostra attenzione.

In particolare, vorrei sapere se il decreto legislativo n. 502 del 1992, per quanto riguarda le specializzazioni, abbia avuto una puntuale applicazione, oppure se il percorso da suggerire potrebbe essere quello di attivare dei complessi convenzionati, con nuovi modelli di integrazione, per la didattica.

Infine, vorrei chiedere agli intervenuti se ritengono necessari ancora nuovi strumenti – ad esempio società miste – per poter realizzare i principi affermati in questa sede.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al senatore Di Orio, interviene nuovamente il senatore Bruni per integrare il suo precedente intervento.

BRUNI. Signor Presidente, se mi consente, vorrei intervenire nuovamente ad integrazione di quanto da me poc'anzi dichiarato. Poichè la dottoressa Di Tullio, nel corso del suo intervento, ha parlato dell'età pensionabile, vorrei ricordare che ho presentato un emendamento al disegno di legge delega n. 3299 (Atto Senato) volto ad uniformare i limiti previsti per l'età pensionabile degli appartenenti alle due categorie.

A me non interessa a quale età si vada in pensione: l'importante è andare in pensione alla stessa età.

Ho cercato di individuare un'età media a livello europeo – che è risultata essere quella di 68 anni – ma in realtà non mi interessano gli anni perché potrebbe essere anche un'età diversa.

Non so se questo emendamento verrà approvato, però voglio anticiparvi che l'ho presentato; spero che la Commissione almeno prenda atto di questo aspetto molto importante.

PRESIDENTE. Voglio ricordare ancora una volta a tutti coloro che intervengono che, anche se in questo momento è pressante e cogente il problema del disegno di legge delega di riforma e tutto quanto ad esso attinente, in questa sede per adesso dobbiamo rimanere strettamente legati al tema della formazione e quindi dei coinvolgimenti delle strutture che ad essa possono partecipare.

DI ORIO. Signor Presidente, come abbiamo fatto in precedenti occasioni, vorrei affrontare la questione in esame andando direttamente al cuore del problema. Innanzi tutto, si deve prendere atto del fatto che, in questo momento, nei rapporti tra ospedali ed università sussiste una disfunzione; si tratta, quindi, di ribadire questo giudizio che mi pare sia stato segnalato nei precedenti interventi.

Inoltre, sono rimasto esterrefatto per la dichiarazione resa in questa sede, in una precedente audizione, dal dottor Bollero, intervenuto in rappresentanza della Anaa: ad una mia specifica domanda volta a sapere se la loro associazione era contraria o favorevole alla separazione degli organici tra universitari ed ospedalieri, il rappresentante della Anaa, in modo un po' estemporaneo, mi ha risposto che in proposito non gli risultava una posizione contraria. Io, però, ho rintracciato un documento della Anaa, che risale al lontano 1988 (all'epoca ero preside di una facoltà di medicina e ricevevo puntualmente la documentazione da parte del segretario della Anaa), in cui già chiedeva la separazione degli organici tra universitari ed ospedalieri nelle strutture convenzionate. Voglio ricordare pertanto che il simpatico collega Bollero – audito da codesta Commissione – è stato l'autore di quel testo, perché all'epoca era responsabile per la Anaa dei rapporti tra università ed ospedale, e che anche lui chiedeva in modo evidente tale separazione.

Il problema, a mio giudizio, rimane sempre il medesimo in relazione alle strutture convenzionate, facendo salve per un momento (ed escludendole, quindi, dal nostro dibattito) le questioni politiche universitarie, riportate dalle cronache dei giornali.

Vorrei sapere dagli esponenti delle associazioni che oggi partecipano cortesemente all'audizione cosa pensano circa la separazione degli organici tra ospedalieri ed universitari, perché il problema è presto detto: se vi è questa intesa, si possono stipulare le convenzioni e si può procedere su tale strada; diversamente, non vi è alcuna possibilità di farlo.

Alcuni dei colleghi presenti sono illustri ostetrici e ginecologi: proprio nelle loro divisioni, all'epoca si poneva un problema circa il rapporto e la formazione dell'organico di una divisione universitaria; allora, si met-

teva in campo il primario (che era un collega professore ordinario), ma tutta la struttura era di provenienza ospedaliera e, pertanto, vi era sempre conflittualità nello stabilire se i colleghi ospedalieri dovessero o no essere precettati nella struttura universitaria.

Questo rappresenta ancora l'argomento principale (a meno che non si riesca ad operare su un altro intervento legislativo teso a modificare completamente tale assetto), perché oggi la situazione è sempre la stessa: nelle divisioni mediche quasi sempre l'università fornisce il primario (che spesso è un collega ordinario e talvolta un associato) e qualche volta anche gli aiuti o, in misura assai ridotta, qualche unità di personale non medico; tuttavia la struttura portante della divisione resta sempre di provenienza ospedaliera.

Vorrei sapere, in primo luogo, come i presenti considerano la separazione degli organici; vorrei però, se possibile, che fossero evitate risposte improvvisate, come quelle fornite dai rappresentanti della Anaa (anche se poi fortunatamente i documenti restano, cosa che va ricordata anche al simpatico Bollero); in secondo luogo, se la strada della separazione non è da loro valutata in modo positivo, vorrei sapere quale possibilità ritengono perseguibile.

CHIANTERA. Signor Presidente, vorrei sapere come si svolgeranno i lavori: siamo arrivati adesso e pertanto non conosciamo le regole di questo «clubino». Possiamo prendere ancora la parola?

PRESIDENTE. Sì, certamente. Tutti i senatori porranno le proprie domande, dopodiché ciascun rappresentante delle associazioni presenti potrà intervenire; ovviamente, se i tempi non consentiranno la conclusione di tale *iter*, rinvieremo il seguito dell'audizione ad altra seduta.

DI ORIO. Vorrei far presente, signor Presidente, che questa è una Commissione parlamentare, un'istituzione del paese, non un «clubino».

BERNASCONI. Questo è il Senato della Repubblica!

CAMERINI. Signor Presidente, anch'io mi permetto di evidenziare che questo non è un «clubino».

CHIANTERA. Chiedo scusa, ma lo dicevo nel senso buono del termine.

PRESIDENTE. Invito il professor Chiantera ad esprimersi nei modi dovuti: questa è una Commissione parlamentare d'inchiesta.

CHIANTERA. Proprio nel rispetto della Commissione parlamentare d'inchiesta, volevo conoscere le regole di comportamento.

Spero di aver chiarito il mio pensiero e chiedo nuovamente scusa agli onorevoli senatori.

LAURIA Baldassare. Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione gli interventi svolti dai rappresentanti dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani, dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani e della Uil-Medici. Senza dubbio si pone il grande problema della formazione, che da molto tempo è all'attenzione di tutti noi. L'amico Chiantera ha giustamente affermato che oggi gli ospedali hanno un maggior numero di posti letto, ma che ciò non deve portare al confronto con il numero di posti letto dell'università o con altro; si avverte, invece, la necessità che escano dall'università medici preparati e, quindi, si pone in evidenza il discorso della formazione. Oggi l'ospedale ha acquistato una grande dignità rispetto al passato, quando era escluso dall'indirizzo scientifico oltre che assistenziale, di tipo formativo.

Chiedo ai rappresentanti delle associazioni oggi presenti di individuare un percorso comune, che non sia di lotta o di pregiudizio nei confronti degli universitari, al fine di giungere nella formazione ad uno stato di pari dignità tra università ed ospedali; forse non si dovrebbe escludere la soluzione rappresentata dalla creazione di una scuola ospedaliera oltre che universitaria. È in corso una grande riforma sanitaria e noi dovremmo adeguarci anche al tipo di formazione europea; tuttavia l'esigenza presente in Italia oggi è quella di fare uscire dalle facoltà medici formati e specialisti, che iniziano la loro attività come dirigenti di primo livello e che pertanto dovrebbero saper lavorare in una struttura pubblica sia universitaria che ospedaliera.

Chiedo – ripeto – se non si possa individuare la soluzione nella creazione di una scuola di formazione ospedaliera.

DE ANNA. Signor Presidente, colleghi medici, gentili rappresentanze sindacali, in Italia, a fronte di 35 università nelle quali vi è la facoltà di medicina, abbiamo una struttura sanitaria di circa 1.000 divisioni ospedaliere. Una tale situazione però non si è venuta a creare casualmente perché le funzioni dell'università sono ben diverse dai compiti specifici delle strutture ospedaliere.

Le tre funzioni del medico universitario, che mi permetto di ricordare, sono la didattica, la ricerca e l'assistenza. Tali attività vanno poi considerate nel giusto ordine ponendo al primo posto la didattica, per far bene la quale è necessaria un'intensa attività di ricerca e, infine, un'adeguata attività di assistenza che è in funzione delle prime due.

Se andiamo ad esaminare le corrispondenti funzioni del medico ospedaliero vediamo che l'ordine è invertito e al primo posto abbiamo l'assistenza che, giustamente, deve avere un nucleo centrale nella ricerca (non si può assistere adeguatamente se non si fa una corretta attività di ricerca) ed infine la didattica.

Anche le carriere seguono percorsi diversi che mi permetterò di ricordare ai presenti. Sono un docente ordinario e so bene quanto tempo e quanta fatica occorrono per raggiungere tale livello. Nel corso di 25 anni ho dovuto superare ben cinque concorsi: uno per diventare contrattista; un altro per diventare ricercatore; un altro ancora per ottenere la qua-

lifica di professore associato, un quarto concorso per diventare professore straordinario ed infine un ultimo concorso per assurgere a professore ordinario. In questi 25 anni il mio collega medico ospedaliero – e desidero sottolinearlo in questa sede affinché resti agli atti - da assistente, attraverso contratti sindacali, ha conseguito la qualifica di aiuto. Poi, sempre attraverso contratti sindacali, si è stabilito che un medico con dieci anni di permanenza nel ruolo potesse ottenere la qualifica di primario. Infine, sempre per contratto, si è passati da un primario, due aiuti e quattro assistenti ad un primario metà aiuti e il resto assistenti. L'ultima modifica contrattuale ha stabilito che tutti i collaboratori del primario abbiano la qualifica di aiuto e che addirittura due unità conseguano la qualifica di direttore di modulo operativo. Mi aspetto che con l'ultimo contratto tutti diventino primari!

Senza approfondire troppo la questione, perché poi ognuno si sceglie la carriera che preferisce, resta il fatto che in Italia non c'è carenza di professori universitari, i quali, in realtà, sono in sovrannumero rispetto agli studenti e agli specializzandi. Vi sono decine di professori che in ogni università stazionano in piccole stanzette davanti ad un *computer* o magari leggendo il giornale.

Giunti alle soglie del 2000 occorre però che anche l'Italia si allinei al contesto europeo e mondiale. Quasi in tutto il mondo ormai esistono gli ospedali di insegnamento nei quali l'integrazione tra la componente ospedaliera e quella universitaria avviene nell'interesse sia della docenza e degli studenti che dell'assistenza. Sono pertanto favorevole alla realizzazione di tale integrazione e ritengo che sia anche ora che i due Ministeri interessati il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e il Ministero della sanità raggiungano un accordo per renderla possibile. Credo altresì che detto accordo debba essere realizzato a livello parlamentare.

È opportuno che la componente universitaria sia disposta ad aprirsi al mondo ospedaliero senza però abdicare alle sue funzioni peculiari di didattica, ricerca e assistenza, tenendo anche conto del diverso ordine gerarchico che detti compiti hanno nel comparto ospedaliero. Quindi sono favorevole a questa integrazione, ma ritengo inutile continuare a parlarne tra di noi.

Occorre che i due Ministeri presentino una proposta di legge da discutere nelle sedi istituzionali appropriate, i due rami del Parlamento, al fine di favorire tale integrazione che, da parte mia, sarei pronto ad accettare anche domani.

Scusatemi per quest'ampia digressione ma desideravo puntualizzare tale aspetto del problema sul quale vorrei che la componente ospedaliera e le gentili rappresentanze sindacali si esprimessero.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono altri interventi io stesso prenderò brevemente la parola. Vorrei informare gli auditi che vi sono due iniziative legislative dei senatori Camerini e Di Orio, a mio avviso molto interessanti, relative alla necessità di stabilire un rapporto sinergico tra ospe-

dali e università ed un progetto di legge di delega al Governo per la riforma del sistema sanitario (Atto Senato n. 3299), di cui è relatore il senatore Papini, al quale eventualmente potremo anche chiedere chiarimenti sui problemi emersi nel corso del dibattito.

Vorrei ricordare inoltre ai colleghi estensori dei due disegni di legge di non dimenticare il problema assicurativo che attualmente crea dei contenziosi.

In ultimo volevo chiedere alla dottoressa Di Tullio, che mi pare la più qualificata a dare una risposta in quest'ambito, se esiste la possibilità di attuare la formazione anche al di fuori delle strutture universitarie o degli ospedali pubblici. Personalmente infatti ritengo che la didattica si possa svolgere anche in luoghi esterni a queste due strutture e che tale strada sia percorribile soprattutto nel campo della patologia clinica.

CUOMO. Desidero sinceramente ringraziare la Commissione per l'elevato livello della discussione che affronta una questione che si trascina ormai da diverso tempo senza trovare purtroppo alcuna soluzione.

La mia esperienza, che deriva da tanti anni di impegno in questo campo, mi spinge a puntualizzare meglio i concetti di didattica e di formazione. Si tratta infatti di due concetti completamente diversi, come risulta dallo scenario internazionale, e soprattutto europeo.

Ritengo che la formazione sia un percorso sicuramente post-laurea e che quindi non ha l'accesso esclusivo nelle strutture dove invece si praticano prevalentemente attività didattiche; la formazione, infatti, necessita inevitabilmente di una quotidiana e continua azione professionale.

Se siamo d'accordo su questa impostazione, la realtà dello spaccato italiano ci mette in evidenza l'esistenza di due grandi sistemi: un sistema universitario che, rispetto ai corsi formativi, non può che essere identificato come un microsistema, e quello ospedaliero, che può essere definito come macrosistema, e questo non solo in termini di quantità di presenza ma anche di tipologia e di qualità di prestazioni.

Allora, sarebbe opportuno – questo però non è mio compito – sottolineare come i percorsi legislativi, e non le operazioni contrattuali, abbiano modificato lo scenario anche delle carriere degli ultimi anni; inoltre, mi sia consentito precisare che nessun accesso al ruolo di primario si è verificato nello Stato italiano prescindendo dai requisiti della idoneità. È solo una norma recente dell'attuale Governo che ha deciso di eliminare tale requisito, ponendo nelle stesse condizioni chi proviene dalla carriera universitaria e chi da quella ospedaliera. Ritengo tali elementi positivi e idonei a rasserenare maggiormente il dibattito.

Per quanto riguarda i quesiti posti dai vari senatori, devo dire che non ritengo sostanzialmente positiva l'esperienza del convenzionamento, tranne in alcune realtà particolari. Sicuramente non è positiva perché pone un problema di conflittualità, di rapporti e anche di carriere. Probabilmente un sistema misto, integrato potrebbe viceversa rappresentare uno scenario più facilmente e positivamente realizzabile, ma deve essere individuato il modo attraverso il quale si possa realmente attuarlo.

Sicuramente per la formazione è necessario passare attraverso un sistema di accreditamento delle strutture; quindi, se intendiamo questo nuovo concetto, facendo cioè prevalere il principio dell'accREDITAMENTO della struttura in funzione di una serie di principi predeterminati e universalmente riconosciuti anche negli altri paesi, a mio giudizio si potrebbe spostare il livello del problema dalla necessità di una individuazione della struttura alla necessità invece di andare a riconoscere quali sono le strutture universitarie e ospedaliere rispetto alle esigenze e alla quantità di specialisti da formare. In questo modo si andrebbe ad individuare una serie di soggetti e strutture che rappresentano quelle che sono le reali esigenze.

Si deciderà di passare o meno attraverso l'istituzione di scuole di formazione ospedaliera dopo i due passaggi preliminari, cioè l'individuazione e il concetto di differenza tra didattica e formazione e quindi l'individuazione di dove si svolge la formazione e la definizione dell'accREDITAMENTO delle strutture; successivamente si potranno individuare istituzioni separate o integrate o anche strutture miste, in modo tale che la partecipazione non avvenga in base ad una condizione genotipica o cromosomica, ma in base alla reale capacità di offrire prestazioni e di produrre formazione.

DI TULLIO. Secondo il mio giudizio, è necessario un unico tipo di scuola formativa, perché – lo ripeto – per la mia specifica formazione non mi sembra logico che in uno Stato, il quale ha il dovere fondamentale di fornire occupazione e formazione, si possano creare corsi alternativi a seguito del percorso formativo che porta alla laurea.

Il sistema deve essere integrato tra il mondo universitario e quello ospedaliero, permettendo l'ingresso in questo sistema formativo delle università sottoposte ad accREDITAMENTO e successivamente anche delle strutture ospedaliere nelle quali è contenuto. Le modalità devono essere integrate in un unico modello perché i pazienti non possono fare a meno dei due momenti (didattica e assistenza).

Per quanto riguarda le strutture private, devo dire che la medicina di laboratorio è come tutte le altre medicine e pertanto potrebbe non avere percorsi differenziati; se poi vi sono strutture private che creano determinati trattamenti e che sono in grado di fornire supporto tecnico alla formazione, non sono al riguardo assolutamente contraria.

A questo punto vorrei fare un piccolo accenno in merito alle imprecise notizie riguardanti il mondo ospedaliero che in questa sede sono state fornite. Non risponde a verità il fatto che tutti i medici hanno raggiunto la loro posizione senza concorso. Posso dire personalmente di aver partecipato a vari concorsi e che non tutto il mondo ospedaliero è passato per sanatoria. Del resto, tutti i meccanismi per i quali la struttura italiana subisce influenze di varia natura non sempre sono legittimi.

URBANETTI. Il problema dell'integrazione tra ospedali e università deve far riflettere su un punto fondamentale. Quando affrontiamo il tema di tale integrazione, parliamo del triennio di formazione clinica (ossia degli ultimi tre anni del corso di laurea in medicina e chirurgia) e delle

scuole di specializzazione; per il triennio formativo della facoltà di medicina non esistono problemi.

Forse, a questo punto dobbiamo pensare ad un'ulteriore riforma della facoltà di medicina; pensare a come interpretare il triennio di formazione clinica e le specializzazioni con il sistema sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Di Orio in merito all'integrazione degli organici universitari e ospedalieri, probabilmente stiamo andando verso un'aziendalizzazione anche dei policlinici universitari che dovevano avere parametri aziendalistici uguali a quelli di secondo livello. Mi rimane quindi difficile pensare ad una diversa situazione, rispetto a quella attuale, della divisione degli organici tra ospedalieri ed universitari.

Forse ciò che è accaduto in passato potrà creare un problema di occupazione ai colleghi universitari; tuttavia, vi è la necessità di una migliore assistenza da parte del Servizio sanitario nazionale e quindi di dedicarsi maggiormente all'assistenza.

DI TULLIO. Signor Presidente, se mi consente, vorrei aggiungere che occorre prestare attenzione al problema degli anestesisti, che non differisce da quello dei radiologi: sono queste due specifiche discipline mediche per le quali vi è l'obbligo della specializzazione.

Adesso, lo è diventato in genere per l'assunzione, però per gli anestesisti già in servizio il problema della specializzazione è molto più sentito che per altri, perché è limitante nella progressione della carriera.

Ci si chiedeva, quindi, se per questi due tipi di specialità potesse essere prevista qualche forma integrativa alla specializzazione.

In secondo luogo, nel cartello di cui il mio sindacato fa parte, che ha presentato varie proposte di emendamenti al disegno di legge delega n. 3299, prima richiamato, si fa riferimento in particolare all'articolo 2, comma 1, nel quale si parla di specifici contratti di formazione lavoro. Ciò poteva essere garantito in momenti di necessità per superare l'*impasse* della specializzazione, semplicemente per entrare nel Servizio sanitario nazionale.

Ho voluto ricordare la proposta emendativa presentata da una forza sindacale che al momento è molto rappresentativa.

MONTELEONE. Dottoressa Di Tullio, le garantisco che dal 1994 ho evidenziato più volte all'interno del Parlamento il problema da lei sollevato: sono quattro anni, quindi, che non riesco a far comprendere la diversità (a questo punto, soprattutto di carattere legislativo), che necessita di essere stigmatizzata, tra il ruolo degli anestesisti e radiologi e quello delle altre categorie. Su questo tema si dovrebbe discutere seriamente oppure la materia andrebbe normata alla luce delle esperienze maturate. Ripeto, comunque, che già da quattro anni personalmente cerco di far sì che la questione venga affrontata.

BRUNI. Signor Presidente, intervengo solo per svolgere due brevi osservazioni: in riferimento, la prima all'intervento della dottoressa Di Tul-

lio, rappresentante della Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, la seconda a quanto dichiarato dal professor Cuomo, esponente della Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani.

A mio avviso, ha ragione la dottoressa Di Tullio quando afferma che tra pochi anni non avremo più anestesisti: pertanto, si deve fare una sorta di sanatoria oppure non vi saranno più anestesisti, visto che già oggi sono poco numerosi.

Quanto alle dichiarazioni del professor Cuomo, vorrei rilevare che occorre procedere alla integrazione ma occorre farlo bene, altrimenti rischiamo che non venga più superata la questione; pertanto la materia va studiata attentamente.

Infine, dal momento che sono più vecchio di voi, posso affermare che non è vero che i primari hanno avuto sanatorie.

CUOMO. Senza idoneità!

BRUNI. Conosco medici più anziani di me o della mia stessa età che da assistenti sono diventati aiuti, poi responsabili e quindi primari senza però aver mai partecipato ad un concorso o aver mai effettuato studi specifici. Questa è la vergogna, a volte portata avanti anche dal vostro sindacato (dal quale peraltro mi sono allontanato prestissimo).

DE ANNA. Signor Presidente, è chiaro che la specificità dei problemi riguardanti gli anestesisti ed i radiologi è ormai conosciuta da tutti; infatti, per queste due specializzazioni occorre – per l'appunto – il diploma di specializzazione. Se vi è carenza di anestesisti e forse anche di radiologi, ciò è dovuto al fatto che nella programmazione annuale, nel computo dei posti da assegnare alle scuole di specializzazione per gli anestesisti ed i radiologi, non si tiene conto di questa grande carenza. Se dipendesse da me, stabilirei per cinque anni consecutivi dieci posti per chirurghi e mille per anestesisti: in questo modo, dopo qualche anno vi sarebbero molti anestesisti. Sarebbe sufficiente, quindi, applicare le leggi vigenti per risolvere tale questione.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli auditi per le preziose informazioni che ci hanno fornito e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dei nostri lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,35.

