



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 8

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente

7^a COMMISSIONE PERMANENTE (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport)

**INDAGINE CONOSCITIVA SUGLI EFFETTI CONNESSI
ALL'EVENTUALE ABOLIZIONE DEL VALORE LEGALE
DEL DIPLOMA DI LAUREA**

309^a seduta: mercoledì 22 giugno 2011

Presidenza del presidente POSSA

I N D I C E**Audizione della Federazione nazionale ordini medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO)**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 11, 16	CASALE	Pag. 4, 15
ASCIUTTI (PdL)	12	CAVALLO	3, 14, 15
* GARAVAGLIA Mariapia (PD)	11, 15		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud: CN-Io Sud; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Federazione nazionale ordini medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO), il dottor Marco Cavallo, direttore generale, il dottor Ezio Casale, consigliere del comitato centrale, e il dottor Marcello Fontana, funzionario dell'ufficio legislativo.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione della Federazione nazionale ordini medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sugli effetti connessi all'eventuale abolizione del valore legale del diploma di laurea, sospesa nella seduta del 15 giugno scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione del circuito interno e la trasmissione del segnale audio con diffusione radiofonica e che la Presidenza del Senato ha preventivamente fatto conoscere il proprio assenso.

Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione della Federazione nazionale degli ordini medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO). Sono presenti oggi, il dottor Marco Cavallo, direttore generale, il dottor Ezio Casale, consigliere del comitato centrale, e il dottor Marcello Fontana, funzionario dell'ufficio legislativo, cui diamo il benvenuto e che ringraziamo per aver aderito al nostro invito.

CAVALLO. Desidero fare una brevissima introduzione, a seguito della quale entrerà maggiormente nella materia oggetto dell'odierna audizione il collega dottor Casale.

Ringrazio in primo luogo lei, signor Presidente, e tutti i componenti della Commissione anche a nome del presidente della Federazione dottor Bianco per l'opportunità offertaci invitandoci a questa audizione. Il tema è particolarmente delicato e sentito, tant'è che in Federazione c'è stato un interessamento diretto del presidente Bianco che poi, con la collaborazione di chi si occupa già di queste tematiche, ha provveduto alla stesura di un documento che provvederemo ad illustrare e che lasceremo agli atti della Commissione. La posizione in esso contenuta è ovviamente articolata, così come articolati erano i quesiti che sono stati posti alla nostra attenzione, per ciascuno dei quali abbiamo redatto in estrema sintesi una premessa

che giustifica poi la scelta e la posizione della nostra Federazione. Lascio ora la parola al collega dottor Casale.

CASALE. Illustre Presidente, illustri senatori, nel ringraziarvi per l'invito a partecipare a questa audizione desidero dichiarare in premessa che la Federazione nazionale rileva l'importanza del tema affrontato dalla indagine conoscitiva inerente alla eventuale abolizione del valore legale del diploma di laurea e ai relativi effetti connessi.

Nel caso di specie il modello di riferimento di natura abolizionista è quello anglosassone, nel quale non si rinviene un controllo statale sul contenuto formativo e dove non vi è la certificazione legale del titolo di studio; un modello che si basa fundamentalmente sulla competizione di qualità tra le istituzioni formative ai diversi livelli e sulla valutazione dei titoli affidata al mercato.

Come premessa, la Federazione esprime forti dubbi sul venir meno della certezza dal punto di vista giuridico del titolo conseguito, che è la certificazione comprovante la conclusione di un percorso formativo compiuto secondo la normativa vigente e rappresenta la condizione necessaria per l'ammissione ad esami di Stato finalizzati all'iscrizione ad albi, collegi ed ordini professionali, e questo ci richiama al principio sancito dall'articolo 33 della Carta costituzionale secondo cui «È prescritto un esame di Stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuole o per la conclusione di essi e per l'abilitazione all'esercizio professionale», principio particolarmente importante se ci si riferisce a professioni regolamentate qual è quella medica ed odontoiatrica.

Inoltre, il possesso del titolo di studio consente la partecipazione a concorsi banditi dalla pubblica amministrazione e l'inquadramento in precisi profili funzionali lavorativi.

Nel nostro Paese il valore legale del titolo di studio non è normato da uno specifico regolamento, bensì desunto da un complesso di disposizioni. Vi sono diversi articoli di leggi (citati nel documento che consegniamo alla Commissione) in cui compare la locuzione di «valore legale».

Ricordiamo soltanto che esiste l'obbligo del previo conseguimento di un determinato titolo di studio per l'accesso ad alcune professioni derivante dal diritto comunitario e, in particolare, dalla direttiva n. 2005/36/CE del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, e dal relativo provvedimento di recepimento interno, il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206.

Esporrò ora brevemente le posizioni della Federazione rispetto ai quesiti posti dalla Commissione. Al primo quesito ci si chiede se l'eventuale abolizione del valore legale delle lauree in medicina e odontoiatria e l'introduzione di un nuovo sistema di accreditamento dei corsi universitari da parte di organismi costituiti da esperti di settore capaci di valutare qualità ed efficienza garantisca un innalzamento del livello qualitativo dei diplomi di laurea e quindi un miglioramento dell'intero percorso formativo. Occorre dire in premessa che il sistema formativo universitario italiano in medicina e odontoiatria sta vivendo una fase di progressiva difficoltà do-

vuta a numerosi fattori, fra cui la riduzione del numero complessivo dei docenti universitari delle 38 facoltà di medicina italiane, che è sceso da 13.319 nell'anno accademico 2006-2007 a 12.107 nell'anno accademico 2010-2011, e il rapporto medio studenti/docenti, che è salito purtroppo a 12 a 1.

Sono state poi disattese una serie di norme previste dalle leggi di riforma sanitaria che avrebbero consentito un ampliamento dell'accoglienza e anche un innalzamento della qualità dei corsi attraverso l'utilizzo di strutture sanitarie individuate nelle migliori realtà del Servizio sanitario nazionale e dei servizi sanitari regionali.

Mi riferisco all'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo n. 517 del 1999, inerente alla strutturazione del sistema formativo medico nel tessuto sanitario, che è stata per larga parte disattesa. L'istituzione delle Aziende ospedaliere universitarie ha avuto uno sviluppo lento ed in numerosi casi queste non hanno redatto l'Atto aziendale che ne esplicitasse la missione e l'organizzazione finalizzata all'insegnamento ed alla ricerca biomedica.

Mi riferisco inoltre alle reti formative degli ospedali per l'operatività dei corsi delle Scuole di specializzazione ricomprese nei Protocolli di intesa tra Regioni ed università, che sono rimaste largamente inapplicate, senza un reale concorso delle risorse umane e finanziarie dei due enti all'aumento della capienza e della qualificazione dei corsi.

Mi riferisco anche al fatto che nessun accordo strutturato è previsto per assicurare ai corsi di laurea ed alle Scuole di specializzazione un collegamento con la medicina territoriale, limitando alla sola assistenza ospedaliera svolta nelle Aziende ospedaliere universitarie, e/o in casi sporadici negli ospedali convenzionati, le funzioni formative in medicina.

Un'altra criticità è rappresentata dallo scarso investimento nella ricerca scientifica biomedica, mentre la medicina ha un forte bisogno di ricerca scientifica per stabilire criteri certi di diagnosi e di terapia per la maggioranza delle malattie. L'investimento complessivo per la ricerca scientifica in Italia rappresenta circa l'1 per cento del PIL; questo valore è pari a circa un terzo della percentuale investita dagli USA, la metà rispetto a Francia, Inghilterra e Germania, un quarto rispetto a Giappone e Scandinavia. Il contingente privato di questo investimento è in Italia attorno al 10 per cento, mentre nei suddetti Paesi varia dal 20 al 60 per cento. La quota investita in ambito biomedico è proporzionale ai valori complessivi, con il risultato di un sistema a bassissima capienza: nella «fuga dei cervelli all'estero» (oltre 20.000 ricercatori italiani stabilmente emigrati), il primato disciplinare spetta ad oncologia e neuroscienze. Nonostante ciò, però, la ricerca biomedica italiana è al 5° posto al mondo per numero di *full papers* pubblicati su riviste recensite: nel periodo 2000-2008, 100.000 prodotti, contro 160.000 della Germania, 180.000 della Francia, 190.000 dall'Inghilterra, 630.000 dagli USA.

A fronte di questa sofferenza del sistema formativo universitario in medicina, si assiste ad una crescente richiesta di nuovi laureati. Un'altra criticità del sistema formativo è rappresentata dalle modalità di accesso

alla facoltà di medicina e odontoiatria, disciplinato dalla legge n. 264 del 1999, che prevede un numero di posti programmato annualmente dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sentiti gli altri Ministeri interessati, tenendo conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo, e ripartito tra le singole università, in base alla potenziale offerta formativa dei diversi atenei, correlata alle relative capacità in termini di risorse strutturali e tecnico-strumentali (laboratori, biblioteche, posti letto, riuniti) ed umane (personale docente e amministrativo). Per poter essere ammessi gli studenti devono superare delle prove di selezione predisposte dal Ministero e consistenti in una serie di 80 *quiz* a risposta multipla concernenti argomenti di cultura generale e ragionamento logico (40 domande), biologia (18 domande), chimica (11 domande) e fisica/matematica (11).

Il vigente metodo di selezione presenta numerosi difetti di fondo con valorizzazione del nozionismo rispetto alla valutazione delle attitudini. La sintesi di tale discrepanza è rappresentata dalla mancata valorizzazione del voto del diploma di scuola superiore. L'intero percorso culturale della scuola superiore viene azzerato, svalutandone il valore formativo, che rimane confinato in un'area di astrazione, dando ai giovani il messaggio che la costruzione del futuro è molto più concretamente affidata ad un *quiz* piuttosto che alla propria cultura e alle proprie attitudini.

Il cosiddetto «orientamento» assegnato alle università si è immiserito in attività solo formali dell'ultima ora. Un «vero» orientamento finalizzato ad aiutare gli studenti nell'autovalutazione delle proprie attitudini dovrebbe essere operato con continuità nella scuola superiore, quantomeno all'ultimo anno, e dovrebbe attuarsi con il concorso attivo delle professioni coinvolte, le quali sole coniugano competenza e potenzialità numerica per una capillare presenza in tutte le scuole superiori del bacino di utenza di una facoltà universitaria. Questo percorso dovrebbe avere una valutazione nella prova di ammissione all'università, aggiuntiva rispetto alla valutazione del voto di diploma, normalizzato sui valori dell'area di riferimento. Analogamente, nella prova di ammissione dovrebbe essere introdotto uno strumento di valutazione delle attitudini e della cultura umanistica. Il contenuto culturale dei *quiz* dovrebbe essere radicalmente cambiato, privilegiando contenuti umanistici ed etici.

Per quanto riguarda il fabbisogno quantitativo delle figure professionali in campo medico e odontoiatrico, questo è ovviamente dipendente da numerose variabili. Deve essere proiettato, per quanto riguarda medicina, in un arco di tempo successivo a 7 anni (tempo medio per la laurea calcolato a 7,1 anni, stabile nell'ultimo quinquennio), 6 anni per odontoiatria e protesi dentaria (tempo medio per la laurea nell'ultimo quinquennio pari a 5,8 anni).

Nella previsione dei fabbisogni pesano due gruppi di variabili complesse: il primo è rappresentato dal modello di sistema sanitario programmato ed il secondo dalle variazioni dei bisogni di salute nel tempo. A fronte di questi obiettivi, il fabbisogno di formazione in Italia viene calcolato dai dati delle Regioni e delle università, incentrati in maniera deter-

minante sulle potenzialità del «sistema formativo» rappresentate dal numero dei posti letto delle strutture sanitarie a direzione universitaria incluse nei protocolli d'intesa Università-Regioni. In numerosi Paesi dell'Unione europea il calcolo dei fabbisogni include variabili (in Belgio, ad esempio, oltre 100) che tengono conto, tra l'altro, del tasso di natalità, dell'invecchiamento della popolazione, della prevalenza delle malattie invalidanti a lungo termine, dell'implementazione e della trasformazione dei servizi sanitari, delle proiezioni di copertura degli organici.

Per l'anno 2011-2012, il numero dei posti richiesto dalle Regioni per la professione medica è pari a 10.586, mentre per quella odontoiatrica è pari a 850. Il numero dei posti disponibili per medicina è sensibilmente aumentato specialmente negli ultimi 2 anni (al contrario in odontoiatria si è assistito ad una costante diminuzione; solo quest'anno ci sarà un aumento) e parallelamente è aumentato il numero delle domande e dei candidati ai *test* d'accesso a testimonianza del forte significato che le professioni medica e odontoiatrica hanno nella cultura, nelle motivazioni e nel personale progetto di vita dei giovani.

Va sottolineato che il fabbisogno dei laureati in medicina è in costante e progressivo aumento in relazione anche al problema demografico dell'attuale popolazione medica in Italia. È stato calcolato che tra il 2011 ed il 2027 andranno in quiescenza circa 166.000 medici (in media circa 10.000 per anno). Ammettendo per eccesso un ingresso medio di 7.500 nuovi medici all'anno, stimabile in base alla costanza futura di 9.500 immatricolazioni per anno (da anni è stabile la perdita del 20 per cento circa tra immatricolati e laureati), tra il 2011 ed il 2027 si avrà un disavanzo negativo di circa 40.000-50.000 medici (sul totale, medici dipendenti circa 50 per cento, medici di famiglia 25 per cento).

La previsione della futura trasformazione dei modelli di assistenza sanitaria appare cruciale per definire se il numero e la tipologia dei laureati dei quali oggi si avvia la formazione sarà adeguata ai bisogni. Si calcola, tuttavia, che un aumento del numero delle immatricolazioni del 5-10 per cento all'anno per almeno 5-10 anni dovrebbe essere necessario, con un potenziamento della quota dei laureati da inserire soprattutto nella medicina di famiglia e nella specialistica ambulatoriale.

La curva demografica sopra descritta riguarda in modo marginale ed in anni ancora successivi la laurea in odontoiatria. Tuttavia va preso atto della necessità di potenziare l'assistenza sanitaria pubblica in odontoiatria, ridefinendo interamente le modalità organizzative ed i rapporti numerici tra indici demografici e strutture assistenziali al fine di garantire un'adeguata risposta ai bisogni di salute odontoiatrica.

Per quanto riguarda la tipologia della formazione, occorre rilevare che, con il decreto ministeriale n. 270 del 2004, i corsi di laurea specialistica in medicina e chirurgia appartenenti alla classe di laurea 46/S sono stati trasformati in corsi di laurea magistrali e rientrano oggi nella classe LM-41; attualmente si svolgono, nelle diverse sedi universitarie, 46 corsi di laurea in medicina e 35 in odontoiatria. C'è stata una ridefinizione dei regolamenti didattici con lo scopo di raggiungere una maggiore chiarezza

ed armonizzazione degli obiettivi formativi specifici adeguando ad essi, nei diversi corsi delle singole sedi, i contenuti del programma di studio, al fine anche di ridurre la parcellizzazione disciplinare dei *curricula* e il numero eccessivo degli esami da un lato, e di incrementare nel corso di laurea le attività professionalizzanti ed i periodi di tirocinio pratico dall'altro.

Tra gli obiettivi formativi generali c'è l'acquisizione delle conoscenze scientifiche di base necessarie, anche ai sensi della direttiva 75/363/CEE, all'esercizio della professione medica, nonché delle capacità di saper applicare tali conoscenze nella pratica professionale.

I contenuti del programma di studio attengono a tre grandi aree di conoscenze: le scienze di base, la pratica medica clinica e la metodologia, le scienze umane.

Si parla di integrazione orizzontale e verticale dei saperi, integrazione di scienze di base e discipline cliniche, con un precoce coinvolgimento clinico degli studenti, che vengono subito orientati ad un corretto approccio con il paziente. I problemi delle scienze di base e quelli d'ambito clinico sono quindi affrontati in tutti gli anni di corso, anche se in proporzioni diverse, ma con una visione unitaria e fortemente integrata.

Particolare importanza viene data alla conoscenza della metodologia medico-scientifica: conoscenza della metodologia medica e delle sue regole secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, l'uso di linee guida e di algoritmi, sviluppo di temi attinenti alla interdisciplinarietà, interprofessionalità, economia sanitaria, gestione di patologie croniche, delle dipendenze, cure palliative per i malati terminali.

All'acquisizione del metodo è affiancata la formazione umanistica indispensabile per l'intero processo formativo scientifico-professionale; sono i contenuti relativi alle scienze umane, finalizzate a sviluppare quella sensibilità necessaria per poter interagire con l'uomo malato, nonché ad acquisire gli elementi essenziali della professione medica, i suoi principi etici e deontologici e le responsabilità legali e sociali del medico.

Alla luce di quanto esposto sull'attuale assetto globale della formazione universitaria per la laurea magistrale in medicina e odontoiatria, la Federazione ritiene che, pur con alcuni limiti e difformità, le nostre facoltà mediche ed odontoiatriche universitarie offrano sufficienti garanzie per una preparazione professionale che sia conforme con gli *standard* fissati dall'ordinamento didattico nazionale e che l'abolizione del valore legale della laurea in medicina e odontoiatria non rappresenti necessariamente una condizione sufficiente a garantire un miglioramento del percorso formativo.

Certo, esistono ampi spazi di miglioramento dell'attuale sistema formativo e diverse modalità per poter sviluppare una virtuosa competizione tra atenei con ricadute positive sulla qualità del prodotto finale, cioè il neolaureato.

Basti pensare, ad esempio, a possibili modifiche da apportare ai criteri individuati a livello ministeriale per la valutazione delle università (ai

fini del finanziamento ordinario e per le attività di ricerca) o a possibili verifiche sul campo dei singoli atenei.

Infine, un'ultima ma sostanziale possibilità di miglioramento *ex post* dell'intero sistema formativo universitario è rappresentata da una revisione del momento valutativo del suo prodotto, cioè dall'esame di Stato per l'abilitazione professionale che va sottratto completamente ad ogni possibile conflitto di interesse tra controllore e controllato.

In definitiva questa Federazione, che è un ente pubblico esponenziale dell'intera categoria medica e odontoiatrica, istituita per legge al fine di disciplinare l'attività svolta dalle categorie medesime e che ha tra i propri compiti istituzionali anche quello di tutelare i cittadini e gli interessi pubblici in una materia così delicata quale quella della salute, ritiene che l'abolizione del valore legale della laurea potrebbe realizzare in realtà un declino del sistema formativo nazionale e una eventuale totale liberalizzazione del sistema formativo in una materia delicata quale quella della salute tutelata dalla Costituzione potrebbe comportare il rischio di una prevalenza degli aspetti economici a discapito della salute dei cittadini.

È stato poi chiesto il parere della Federazione sulla validità dell'attuale esame di Stato per verificare le competenze acquisite dal laureato in medicina o in odontoiatria ed un giudizio circa l'adeguatezza del periodo di tirocinio.

L'attuale disciplina dell'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo ed odontoiatra è regolamentata dal decreto ministeriale 19 ottobre 2001, n. 445. Tale decreto prevede che agli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione siano ammessi i possessori della laurea in medicina e chirurgia.

L'esame di Stato consiste di fatto in un tirocinio pratico e in una prova scritta. Alla prova scritta si accede nella prima sessione utile dopo il superamento di una prova pratica a carattere continuativo consistente in un tirocinio clinico della durata di tre mesi realizzati, dopo il conseguimento della laurea, presso policlinici universitari, aziende ospedaliere, presidi ospedalieri di aziende sanitarie, nonché presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale con determinati requisiti.

Il tirocinio pratico, che ha carattere esclusivamente valutativo e non formativo, viene svolto per un mese presso un reparto di medicina, per un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, prevedendo un rapporto *tutor-tirocinante* di 1 a 1. La certificazione della frequenza e la valutazione di ciascuno dei tre periodi avvengono, per ogni candidato, sotto la diretta responsabilità e a cura dei rispettivi *tutor*, e quindi del docente universitario, o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal candidato, e del medico di medicina generale, che ne danno formale attestazione sul libretto diario fornendo un motivato giudizio espresso con punteggio numerico sulle capacità e le attitudini del candidato. La valutazione del tirocinio è effettuata sulla base di criteri definiti dalla commissione nazionale per la prova scritta e comporta l'attri-

buzione di un punteggio massimo complessivo di 90 punti. Ove il candidato non consegua un punteggio complessivo di almeno 60 punti con un minimo di 18/30 per ciascun periodo, non è ammesso alla prova scritta, salva la possibilità di ripetere il tirocinio clinico. Ove il candidato stesso non superi la prova scritta, può presentarsi alla successiva sessione conservando il punteggio acquisito nel tirocinio. Qualora non superi la prova scritta nemmeno nella sessione immediatamente successiva, deve ripetere entrambe le prove. La prova scritta consistente in quesiti a risposta multipla è suddivisa in due parti dirette rispettivamente a valutare le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia; le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica. La prova include anche una serie di domande riguardanti problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia, e delle relative specialità, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale, e della sanità pubblica.

I *quiz* constano di 180 domande, 90 per ogni parte di prova pratica; sono domande estratte a sorte da un monte di circa 5.000 *quiz* predisposto dalla commissione nazionale e che viene implementato ogni anno di circa 400 *quiz*. Queste domande vengono pubblicate di solito circa 60 giorni prima della prova scritta e sono disponibili per tutti i candidati.

Ciò detto, questa Federazione ritiene che l'abilitazione professionale nella forma attuale, basata sul superamento di *quiz*, non ha alcuna funzione abilitante. L'esame deve essere totalmente riformato e configurato in una prova da cui effettivamente emergano le capacità di diagnosi e di terapia in situazioni concrete. Al pari che in altre professioni ed in altri Paesi, la valutazione dovrebbe essere affidata a commissioni prive di conflitto di interesse, in cui le professioni, e non l'università, valutano i risultati della formazione universitaria e rilasciano l'abilitazione.

Per quanto riguarda il terzo quesito, circa gli ulteriori effetti giuridici ricollegabili al valore legale della laurea in medicina e odontoiatria, giova ricordare che la professione del medico e dell'odontoiatra sono professioni regolamentate e cioè rappresentate da attività o insiemi di attività il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione all'ordine professionale ed ai relativi albi, iscrizione che può avvenire solo dopo aver conseguito l'abilitazione professionale superando l'esame di Stato. Pertanto chi ha conseguito la laurea magistrale a ciclo unico in medicina o in odontoiatria deve necessariamente sostenere l'esame di Stato per poter accedere successivamente a un dottorato di ricerca o ad una scuola di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale o a *master* universitari di I o II livello o infine dedicarsi alla libera professione.

Circa l'ultimo quesito, se l'eventuale abolizione del valore legale della laurea in medicina e odontoiatria renderebbe più facile o più difficile la libera circolazione professionale nel settore medico sanitario dell'Unione europea, si rileva che allo stato attuale la materia è discipli-

nata dal decreto legislativo n. 368 del 1999 recante «Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE». Il decreto legislativo n. 368 del 1999 deve poi essere posto in correlazione con il decreto legislativo n. 206 del 2007 recante «Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania». Il decreto legislativo n. 206 del 2007 si applica ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea che vogliono esercitare sul territorio nazionale, quali lavoratori subordinati o autonomi, compresi i liberi professionisti, una professione regolamentata in base a qualifiche professionali conseguite in uno Stato membro dell'Unione europea e che, nello Stato d'origine, li abilitano all'esercizio di detta professione. Ovviamente nel caso delle professioni sanitarie l'Autorità competente ai fini del riconoscimento professionale e quindi dei titoli e dell'autorizzazione dell'esercizio è il Ministero della salute, che vi provvede con decreto motivato da adottarsi nel termine di tre mesi dalla presentazione della domanda completa da parte dell'interessato. I beneficiari del riconoscimento esercitano la professione facendo uso della denominazione del titolo professionale prevista dalla legislazione italiana.

È parere di questa Federazione che l'attuale normativa vigente sopracitata si renda necessaria dall'esigenza giustificata di tutelare il pubblico interesse; l'abolizione del valore legale della laurea con riferimento alla libera circolazione professionale sembrerebbe inoltre scontrarsi anche con le norme in tema di organizzazione, di deontologia, di controllo e di responsabilità in ordine ad un bene tutelato dalla Costituzione quale è quello della salute della collettività.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi per la loro esposizione e lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire.

GARAVAGLIA Mariapia (PD). Mi pare che, nonostante la illustrazione veloce del documento, dovuta all'esiguità dei tempi a nostra disposizione, quello che hanno disegnato i nostri ospiti è sicuramente un quadro molto ricco.

A mio avviso per questa Commissione sono particolarmente importanti due affermazioni che nel documento consegnatoci avete anche ben motivato. Mi riferisco a quanto avete osservato in ordine alla difficoltà di avere un numero sufficiente di medici per i prossimi anni in Italia, ed alla questione dell'accesso all'università, quindi al sistema di selezione e ai *quiz*. Il Ministro ha manifestato l'intenzione di sperimentare, almeno in tre università, un nuovo metodo, ed auspico che venga in questa Commissione a fornire qualche informazione a riguardo, considerato che allo stato attuale il meccanismo dei *quiz* è diventato inaccettabile, quasi scandaloso; esso non ha infatti a che fare con nessun *curriculum* formativo,

laddove è anche da questi *test* che si comprende l'attitudine di uno studente a intraprendere o meno studi di carattere scientifico. I suddetti *quiz* contemplano anche quesiti di cultura generale alcuni dei quali sono veramente risibili, altri addirittura inaccettabili. L'Ordine di cui fate parte, naturalmente, avrà modo di farsi sentire nelle sedi opportune, ma in sostanza il messaggio che mi è parso oggi abbiate voluto inviare a questa Commissione è che un conto è il numero di posti che il Ministero stabilisce, sulla base di una programmazione legata alle potenzialità del sistema formativo, un altro sono le quantità legate alla qualità di cui il Paese ha bisogno; pertanto, se vi è l'esigenza di un numero di medici superiore a quello che il sistema formativo può tollerare, evidentemente esiste una discria gravissima sotto il profilo del diritto alla salute.

Oggi quindi abbiamo appreso alcuni dati importantissimi: innanzitutto che è il sistema formativo che condiziona la quantità di medici di cui il Paese ha bisogno; in secondo luogo, che vi è la necessità di modificare il meccanismo di accesso alle facoltà mediche e, in terzo luogo, che l'esame di Stato, nella sua attuale forma pone un problema di conflitto di interessi. Occorre infatti considerare che la stessa università che oggi assegna una laurea, fra sei mesi potrebbe indire il concorso per l'abilitazione all'esercizio della professione. Sotto questo profilo il valore legale del titolo studio, per come è oggi, potrebbe anche non esistere più, stante il fatto che è l'università a occuparsi di tutto ed a garantire l'idoneità all'esercizio della professione!

Ciò detto, nella parte finale del vostro documento si sottolinea che, per come stanno le cose, anche con riguardo alla possibilità di comparazione ai titoli degli altri Paesi, andrebbe mantenuto il valore legale del titolo di studio.

Se ho capito tutto quello che ho cercato di riassumere, vi ringrazio per la chiarezza con cui l'avete esplicitato. Diversamente, prego i nostri ospiti di fornire i chiarimenti del caso, dato che, soprattutto in materia di tutela della salute, mi pare che oggi, con il loro intervento, abbiano affrontato dei temi su cui è bene che la Commissione si soffermi una volta per tutte, affinché in coordinamento tra il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e il Ministro della salute, si possa lavorare per ottenere una diversa organizzazione delle facoltà di medicina, maggiormente rispondente ai bisogni dei cittadini italiani.

ASCIUTTI (*PdL*). Desidero in primo luogo ringraziare la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri per la coraggiosa relazione che oggi ci hanno illustrato. I nostri ospiti hanno giustamente sottolineato che sono circa 20.000 i giovani medici italiani che si recano all'estero per cercare un più valido percorso di accesso alla professione. La domanda spontanea che a fronte di questa affermazione siamo indotti a porci è per quale motivo non avvenga però anche il contrario, visto che rispetto al grande numero di giovani ricercatori italiani che si trasferiscono all'estero, ci risulta che siano pochissimi quelli stranieri che vengono in Italia.

Tra l'altro, ho potuto personalmente constatare che alcuni studenti americani sostengono, in una università italiana, l'esame in inglese di fronte ad una docente egiziana, e questo non costituisce neanche una novità, ma del resto sono cose che conosciamo, siamo in Italia!

È vero anche che malgrado il grande numero di ricercatori che si recano all'estero, per quanto riguarda la ricerca ci attestiamo comunque al quinto posto al mondo, almeno in termini di pubblicazioni. C'è anche da dire che questi ricercatori sono all'estero ma pubblicano come italiani. Questo è un dato che immagino conoscano anche i nostri ospiti.

Molti dei nostri studenti – mi riferisco a quelli che, grazie ad Erasmus, vanno in Paesi come ad esempio la Danimarca o la Svezia per studiare e non per divertirsi – all'estero si trovano a toccare con mano la differenza tra le facoltà di medicina delle università italiane e quelle straniere, tant'è che voi stessi vi interrogate sul sistema di abilitazione professionale che così com'è oggi configurato risulta del tutto inadeguato.

Sappiamo benissimo che la specializzazione dovrebbe essere quel periodo – in media dai 3 ai 5 anni, a seconda del settore – in cui si mette in pratica quanto si è studiato. Se però chiediamo ai nostri specializzandi, di qualunque branca della medicina, di visitare un paziente, nella maggioranza dei casi è già tanto se dimostrano di saper fare una puntura, salvo ovviamente le eccezioni, le mosche bianche. Questa è la realtà, ed è una situazione che trova spiegazione in quanto i nostri ospiti ci hanno segnalato ed è per questo che ne apprezzo il coraggio. Occorre infatti considerare che molti professori ordinari abitano i loro studenti anche bene, li specializzano, danno loro il dottorato, ma non la professione, e questo perché la professione vera la devono svolgere loro!

Nel frattempo occorre sperare che i giovani medici, a forza di guardare ammalati, alla fine saranno costretti ad imparare!

Le constatazioni che oggi abbiamo ascoltato da questo punto di vista sono un contributo di cui personalmente ringrazio i nostri ospiti; penso anche che dovremmo audire il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e il Ministro della salute, stante il fatto che il sistema così com'è oggi impostato ha dimostrato di non funzionare. Dobbiamo smetterla di dire che i nostri medici sono i più preparati a livello teorico e che poi in poco tempo imparano la pratica, perché non è così che stanno le cose! Specie in una situazione dove il numero dei medici è carente ed è destinato ad esserlo ancora di più in futuro, dobbiamo prevedere migliori potenzialità a tutela della salute pubblica.

Allora, la questione del valore legale del titolo di studio, che tra l'altro non è la panacea o il problema principale di questo mondo, si supera o diventa indifferente solo se la qualità dei settori è evidente. Da questo punto di vista, è altrettanto evidente – al riguardo sono d'accordo con i nostri ospiti – che debba essere un organismo terzo a verificare la qualità dei nostri studenti, specie in un campo particolarmente delicato quale quello della medicina.

In questi ultimi anni in Italia abbiamo dovuto constatare – malgrado in termini di assistenza la nostra sanità sia tra le migliori al mondo ed an-

che sotto il profilo medico i livelli siano ancora tutto sommato elevati – gravi carenze che hanno provocato danni e morti: questa è la realtà!

Del resto, che cosa si pretende se un giovane specializzando va al pronto soccorso senza saper fare una puntura o un prelievo, e non avendo mai preso in mano un bisturi e magari provato a incidere la carne viva per verificare almeno se è in grado di reggere o meno la vista del sangue! Questa è la situazione del nostro Paese!

Ringrazio quindi nuovamente i nostri ospiti per il loro contributo, che sarà sicuramente utile al lavoro della Commissione, e questo perché finalmente qualcuno che opera nel campo ci ha detto le cose come stanno, senza nascondersi dietro parole di facciata.

CAVALLO. Vi ringrazio delle parole di apprezzamento per il nostro documento che – come dicevo – è stato redatto con grande impegno e del resto non avevo dubbi sul fatto che sarebbero stati colti – vista la competenza di questa autorevole Commissione – quasi tutti gli aspetti in esso contenuti. Le riflessioni svolte dai senatori intervenuti sono da noi condivise, tant'è che sono state addirittura messe per iscritto: l'intento della Federazione era proprio questo.

La completezza del documento o meglio i numerosi riferimenti anche normativi in esso contenuti avevano proprio lo scopo di fornire un quadro completo, dato che per noi limitarci ad un commento sulla posizione della Federazione o semplicemente a segnalare i punti di condivisione o di disaccordo sarebbe stato perdere un'importante occasione per esprimere il nostro punto di vista su un piano più generale.

Ci sarebbero naturalmente ulteriori elementi di riflessione sul percorso che porta oggi uno studente dall'accesso alla facoltà di medicina all'esercizio della professione, argomenti che forse avrebbero appesantito ulteriormente il documento, ma che sicuramente i Ministeri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e quello della salute conoscono bene. Cito da ultimo il coinvolgimento anche del Ministero dell'economia e delle finanze per quanto riguarda il finanziamento dei contratti di formazione specialistica, perché il secondo filtro, oltre a quello di accesso alla facoltà di medicina, è quello del numero dei contratti di formazione specialistica. Ad oggi i contratti di formazione specialistica sono 5.000 per anno, un numero che, pur nella consapevolezza della necessità di dover contemperare le esigenze del sistema sanitario con quelle economiche, risulta oggettivamente inadeguato. Ritengo che al riguardo occorra riflettere, considerato che – come già sottolineato – questo costituisce un secondo importante filtro e ciò spiega anche il motivo per cui molti professionisti validi emigrino dal nostro Paese per andare altrove, dove probabilmente c'è un accesso più rapido e più pratico ed è un peccato perché comunque viene riconosciuta la validità del nostro percorso formativo.

Il fatto che anche per quanto riguarda le professioni sanitarie, soprattutto per ciò che concerne la figura dell'infermiere, ma anche per molte altre, vi sia una forte richiesta di personale formato in Italia dimostra

che l'impianto formativo è valido, anche se ovviamente perfezionabile e migliorabile.

CASALE. Volevo sottolineare che ho apprezzato moltissimo l'intervento della senatrice Garavaglia soprattutto in quel passaggio in cui ha segnalato la dipendenza della qualità dell'offerta sanitaria dall'offerta formativa del sistema universitario. Da questo punto di vista ci preme sottolineare come ci sia stata una totale assenza di collaborazione tra l'università e quelle realtà che erano presenti nel mondo dell'assistenza sanitaria (mi riferisco ad esempio a molti ospedali), trattandosi peraltro di possibilità di collaborazione previste dalla legge. A queste carenze si potrebbe ovviare migliorando l'attuale sistema formativo anche grazie ad una cooperazione tra il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e il Ministero della sanità.

GARAVAGLIA Mariapia (PD). È stato fatto esplicito riferimento alle aziende integrate ospedaliero-universitarie rispetto alle quali mi sembra che sia stata avanzata qualche critica in ordine sia alla loro azione, sia alla disomogeneità della loro diffusione. Potreste fornire qualche chiarimento sullo stato di attuazione di queste aziende?

CASALE. Sono pochissime le realtà in cui sono nate queste aziende integrate previste dal decreto legislativo n. 517 del 1999, direi che nella maggior parte dei casi non sono partite.

GARAVAGLIA Mariapia (PD). A suo avviso sarebbero dunque utili?

CASALE. Sarebbero utilissime, perché ci sono ad esempio delle realtà ospedaliere dove potrebbero essere costituiti dei veri ospedali di insegnamento presso i quali i medici potrebbero acquisire quelle competenze e quelle capacità tecnico-pratiche che tutti quanti auspichiamo si abbiano al termine del percorso formativo universitario, e che vanno poi migliorate ed approfondite nel corso della specializzazione.

CAVALLO. A completamento di quanto osservato dal collega, vorrei segnalare che un ulteriore elemento di criticità è dato dal fatto che alcuni aspetti del citato decreto legislativo n. 517 sono stati ritenuti invasivi della competenza delle Regioni in materia di individuazione del modello gestionale – tant'è che alcune Regioni lo hanno impugnato – per cui in alcuni casi la creazione di aziende integrate non c'è stata per espressa volontà regionale. Ho coordinato le Regioni in alcuni gruppi di lavoro interregionali in materia sanitaria ed in base alla mia esperienza mi risulta che alcune di esse abbiano di fatto realizzato questa collaborazione, dalla quale del resto non si può prescindere – non si può separare il mondo dell'insegnamento universitario da quello sanitario – ma che lo facciano in modo diverso, magari semplicemente definendo tale collaborazione in modo differente, e con aspetti peculiari diversificati. Al riguardo occorre pertanto

considerare anche questa ulteriore complicazione costituita dalla competenza.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori.

Comunico che la documentazione consegnata agli atti dai rappresentanti della FNOMCeO sarà resa disponibile per la pubblica consultazione nella pagina *web* della Commissione.

Dichiaro quindi conclusa l'odierna audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,50.