



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 59

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio
sanitario nazionale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SULL'AGGIORNAMENTO
PROFESSIONALE IN SANITÀ IN RIFERIMENTO ALLA
FORMAZIONE CONTINUA (ECM)

61^a seduta: martedì 27 novembre 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del presidente della Federazione nazionale ordini medici
chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), dottor Amedeo Bianco**

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>	<i>BIANCO</i>	Pag. 3
BODINI (<i>Ulivo</i>)	8, 13		
CURSI (<i>AN</i>)	7, 12		
MASSIDDA (<i>DCA-PRI-MPA</i>)	11		
TADDEI (<i>FI</i>)	8		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Interviene il presidente della Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), dottor Amedeo Bianco.

Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, Maresciallo Capo Claudio Volo, Maresciallo Capo Simone Vacca e Maresciallo Gianfranco D'Agostino.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il processo verbale della seduta del 13 novembre si intende approvato.

Audizione del presidente della Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), dottor Amedeo Bianco

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM), sospesa nella seduta del 24 ottobre 2007.

È oggi prevista l'audizione del dottor Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri.

Cedo la parola al nostro ospite, con l'avvertenza che nel caso in cui il tempo a nostra disposizione non dovesse consentirgli nella seduta odierna di rispondere compiutamente alle domande che gli verranno rivolte dagli onorevoli commissari, potremmo proseguire l'audizione convocando una ulteriore seduta o potremmo richiedere da parte sua una risposta scritta alle domande medesime.

Do quindi la parola al dottor Bianco.

BIANCO. Mi scuso innanzitutto per non avere preparato un testo scritto, come sarebbe stato mio dovere, ma il poco tempo intercorso tra il cortese invito che mi è stato rivolto e l'audizione odierna non mi ha consentito di elaborare una relazione.

Il mio intervento terrà comunque in considerazione l'esperienza vissuta in questi ultimi anni in qualità sia di presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri che di vice presidente della Commissione nazionale per la formazione continua. Le esperienze del passato consentono ovviamente di prospettare uno sviluppo per il futuro che, tra l'altro, è già stato oggetto di intensi lavori da parte del Comitato ristretto insediato dal Ministero della salute e dal Comitato paritetico Stato-Regioni. Ricordo, inoltre, che il 1° agosto di quest'anno è stato siglato l'accordo Stato-Regioni concernente il riordino del sistema di formazione continua in medicina.

Vorrei scorrere in termini molto concisi ed essenziali gli aspetti relativi al sistema ECM. Come sapete, la fase di sperimentazione del sistema di formazione continua si è di fatto conclusa il 31 dicembre 2006. Siamo quindi in un periodo di *prorogatio* che peraltro sta giungendo al termine. Questo quinquennio di sperimentazione ha messo in luce aspetti positivi ed aspetti negativi e – sconfinando nella retorica – luci e ombre. I primi consistono sicuramente nel fatto che in questi cinque anni, nonostante le tante difficoltà, è aumentata l'attenzione di tutti i professionisti e delle istituzioni sanitarie al tema della formazione continua. Si è quindi registrato uno slancio sotto questo profilo che nel suo percorso ha rivisitato e corretto alcune impostazioni. Ricorderete che la fase iniziale ha messo in evidenza un'esplosione di *provider* e di eventi. Il meccanismo è partito con un accreditamento degli eventi e non dei *provider* di cui si è occupata la Commissione nazionale, poi integrata, con successivo decreto, da una maggiore rappresentanza delle Regioni.

Ad un primo consuntivo tale sistema di eventi e *provider* ha dimostrato alcuni limiti. Innanzitutto, alcune aree sono poco coperte dalla domanda formativa ed alcune professioni si presentano «povere», cioè con scarsa offerta formativa. Questo ha dimostrato la necessità della presenza di un meccanismo regolatore ed essa si è pertanto tradotta nella ricerca e nella valorizzazione di nuove metodologie formative. Dal terzo e quarto anno in poi, ad esempio, la cosiddetta formazione sul campo, cioè il reclutamento a tutti gli effetti delle attività quotidiane dei professionisti all'interno di una logica di sviluppo continuo professionale, quindi – per essere più semplice ed elementare – il tentativo di far diventare i gruppi di consultazione sulle cartelle cliniche, gli *audit* clinici, le commissioni di appropriatezza prescrittiva, le commissioni di controllo delle infezioni e del farmaco, i gruppi di lavoro sui DRG elementi di un'opera sistematica di formazione e di aggiornamento, è diventato uno di quegli strumenti che ha consentito di estendere l'offerta formativa e di ridurre il costo assoluto ed unitario delle attività formative.

Sono a conoscenza del rapporto della regione Emilia Romagna – perché è uno dei pochi disponibili – sulla valutazione registrata dal 2003 al 2006. In tale rapporto si azzarda la valutazione di costo unitario per punto di credito ECM nell'ambito delle aziende pubbliche che, se non sbaglio, ammonta a cinque euro, decisamente un costo basso rispetto alla fase di partenza.

Si sono quindi registrati un grande sviluppo dell'attenzione al sistema ed un maggiore interesse a nuove metodologie e a nuove procedure di formazione, in ragione del fatto che è diventato sempre più evidente che il sistema della formazione continua, più che avere come obiettivo un'estensione del territorio delle conoscenze, avrebbe dovuto altresì impegnarsi seriamente ad entrare nel campo delle competenze; avrebbe dovuto cioè misurarsi sempre più con le modificazioni dei comportamenti professionali.

Uno degli altri elementi che hanno caratterizzato questo quinquennio di sperimentazione è stato l'interesse manifestato dai molti *sponsor*, rappresentati soprattutto dall'industria farmaceutica e dall'industria biomedica.

cale, verso tale tipo di attività. In questo modo è stato possibile creare i presupposti per la preparazione di un terreno di conflitti d'interesse che più che un comportamento rappresenta una condizione. Questo aspetto ha posto sul tappeto (molto più che nel passato) il serio problema di rendere trasparenti i rapporti tra industrie, o comunque *sponsor* in genere, e sistemi di formazione e di informazione.

Si rendeva quindi necessario ridisegnare questo quadro generale di relazioni e di rapporti, importanti sia per gli uni che per gli altri, riconoscendo comunque il buon diritto anche dell'industria farmaceutica e di quella biomedicale di poter disporre di un sistema serio in grado di adeguare il profilo delle competenze dei professionisti alle innovazioni. Da questo punto di vista la formazione continua può essere un pezzo della ricerca traslazionale, quella che nasce quando dai laboratori si passa alla pratica quotidiana.

Uno degli aspetti negativi registrato in questi cinque anni, invece, almeno a mio giudizio ma anche a giudizio di tanti, è rappresentato dal fatto che il sistema ECM, nella sua distribuzione regionale, ha perfettamente fotografato il complesso delle asimmetrie regionali. A fronte di Regioni che hanno sviluppato attività ECM, formative, definendo progetti, obiettivi, strumenti, procedure, altre hanno fatto veramente poco. Quindi, si è evidenziata una forte asimmetria capace di determinare una vera e propria prospettiva, se non corretta, di mobilità formativa. O si spostavano i *provider* dalle Regioni per inviarli dove non erano presenti, o si spostavano i professionisti dalle Regioni senza offerta formativa per inviarli in quelle dove tale offerta era disponibile. Da questo punto di vista, si tratta di un *deja-vu* rispetto ad altri problemi a voi noti. Questi, in estrema sintesi, sono gli aspetti positivi e quelli negativi.

Nell'ultimo periodo della fase sperimentale era stato osservato un netto prevalere di una lettura regionalista del sistema ECM; addirittura, una sentenza della Corte costituzionale ha definito la formazione continua una competenza regionale allo stesso modo della formazione professionale. Forse proprio questo è stato l'equivoco: tale equiparazione allarga sia il *gap* di cui abbiamo detto sia le forti asimmetrie tra le Regioni.

L'equivoco tra formazione professionale e continua nasce dal fatto che quella continua è rivolta ai professionisti, che operano dopo 12 anni di corsi di studi superiori universitari, e non corrisponde certo alla formazione professionale di competenza delle Regioni. Questo equivoco comunque vi è stato e, in seguito ad alcuni accordi in sede di Conferenza Stato Regioni, sembrava che ormai il processo di formazione continua dovesse essere estremamente regionalizzato per divenire molto asimmetrico e differente, come del resto il generale contesto di riferimento.

Il gruppo paritetico Stato-Regioni, insediato dal Ministero della salute per rivedere le modalità dell'offerta di formazione continua, ha rivisitato, non senza qualche confronto piuttosto forte al suo interno, tutto l'impianto esistente svolgendo alcuni ragionamenti. *In primis*, il sistema dell'offerta di formazione continua dovrebbe contenere, tra le sue regole fondamentali, direttive comuni per tutto il Paese se è vero – come è vero – che

essa dovrebbe diventare strumento di accompagnamento e di garanzia dei LEA.

Evidentemente, le esigenze di uniformità e di qualità dei livelli essenziali di assistenza possono trovare parte della risposta anche in meccanismi di aggiornamento delle competenze e delle conoscenze dei professionisti, che siano tali da seguirne l'evoluzione. Il sistema della formazione continua deve prevedere alcune regole del gioco fondamentali, tanto per essere chiari.

Quali sono i requisiti di accreditamento di chi fa formazione? Qual è il valore dei crediti? Come circolano tali crediti nel Paese? Chi sono i soggetti accreditati? Come sono definiti i bisogni formativi? Come viene articolata l'offerta formativa perché non vi siano aree di povertà dell'offerta, quindi scoperte? Queste aree devono essere sì oggetto di attenzione, ma di attenzione legittima e non aree di *business*.

Tali aspetti furono riconosciuti da tutti come appartenenti ad un ragionamento serio e importante. Quindi, il gruppo paritetico si è mosso nella riaffermazione di questa commissione nazionale ECM che, rivisitata, è ora a composizione paritaria tra professionisti, rappresentanti delle Regioni e del Ministero della salute. Ciò è testimonianza di quell'idea di *governance* intesa come partecipazione e cooperazione dei professionisti.

Infatti, si parla molto di *governance* ma se poi non la applichiamo alla formazione continua dei professionisti, dove pensiamo ragionevolmente di attuarla? Bisognava avere coraggio nel compiere quelle scelte, e credo che noi lo abbiamo acquisito.

È stato previsto un doppio sistema di accreditamento: il primo, nazionale e dei *provider* (e non più degli eventi). Una volta a regime non riguarderà più i singoli eventi ma i *provider*, cioè coloro che fanno formazione: essi stessi assegneranno i crediti sulla base di una matrice di riconoscimento del valore. Il secondo accreditamento sarà regionale e le Regioni (o i soggetti che le Regioni individueranno) accrediteranno i *provider* regionali. In tal modo, il meccanismo scenderà, come per colata, verso l'assetto regionale. Ovviamente, un *provider* regionale opererà solo all'interno della propria Regione e i crediti forniti a livello regionale troveranno un riconoscimento nazionale.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri sta lavorando anche insieme all'EAC (*European accreditation council*) per attuare un meccanismo di riconoscimento europeo per la circolazione dei professionisti forniti di questi accrediti.

Tutto il capitolo sui conflitti d'interesse è stato riscritto; è una questione molto delicata, riguardante i rapporti tra formazione, ricerca, *marketing*, informazione e industria. Ovviamente, tale capitolo contiene la radice vera dell'autonomia e della responsabilità dell'atto professionale. Se questo atto non ha una fonte libera delle conoscenze e delle competenze, diventa difficile spenderlo fino in fondo in questi termini.

In conclusione, nell'ambito della Commissione nazionale ECM, della quale sono membro, sono stati ridisegnati i compiti e gli assetti di questo organismo, rendendolo strumento di servizio alla nuova realtà regionale.

Questa Commissione confluisce, nei suoi aspetti operativi, nell' Agenzia nazionale per la qualità e sicurezza dei servizi sanitari, ponendosi al passo con una visione meno burocratica e ministeriale. Ovviamente, la formazione continua diventa una funzione del governo clinico, così come inteso in Inghilterra o altrove, dove esso è fornito da soggetti e agenzie terze, esprimenti autorevoli indirizzi in materia di appropriatezza, di qualità e di *evidence based medicine*.

Questo è l'*excursus* dell'ECM. Qualche difficoltà ancora sussiste, nel senso che l'accordo intervenuto in sede di conferenza Stato-Regioni deve ancora trovare un veicolo legislativo. Da quanto mi risulta, in qualche modo le nuove modalità dell'offerta devono modificare una legge e solo una legge, non certo un accordo tra Stato e Regioni, può modificare un'altra legge.

Questo accordo, faticosissimo, ha visto per la prima volta insieme in modo così convinto Regioni, Ministero della salute, professionisti, società scientifiche e organizzazioni sindacali in un processo svoltosi in un contesto di grande coinvolgimento. Tale accordo deve però compiere un ultimo sforzo affinché il Parlamento possa aiutare a trovare questo tipo di equilibrio e di soluzione.

Chiedo scusa per questa mia esposizione, forse un po' confusa, ma nel corso della quale mi auguro di non aver omesso nessuna questione essenziale.

CURSI (AN). Signor Presidente, nutro qualche dubbio circa le passate modalità d'impostazione del problema dell'ECM. Per i risultati dati in passato da questo sistema, stiamo oggi vivendo una brutta stagione, fatta più di ombre che di luci. Dopo l'intervento del presidente Bianco, mi ritengo sì soddisfatto, ma in senso negativo (e non certo per quanto da questi affermato).

Venerdì scorso sono intervenuto al Congresso nazionale della SIMG (Società italiana di medicina generale), società che in passato ha svolto un ruolo importante (per qualcuno anche troppo importante) nel triennio 2002-2004. Erano presenti tutti: Aldo Ancona, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari, Livia Turco, ministro della salute, Giacomo Milillo, segretario nazionale della FIMMG (Federazione italiana medici di medicina generale) e anche Giancarlo Sassoli, direttore generale dell'ASL della Versilia.

È stata fatta anche una battuta relativamente alla osservazione, espressa da Milillo, che difendere l'ECM significa difendere il Servizio sanitario nazionale. Quando questi ha affermato: «Guai a chi ci tocca il Ministero della salute», gli ho risposto che è stato già abolito in finanziaria essendo passato l'emendamento che riduce a 12 il numero dei Ministeri!

Il tema fondamentale è quello esposto garbatamente dal dottor Bianco (al quale riconosco la grande capacità di esprimersi sempre in termini equilibrati) relativo alle asimmetrie regionali: ognuno va per conto proprio. Le Regioni ormai organizzano per proprio conto i sistemi in ac-

credito, i *provider* decidono le modalità e i tempi di realizzazione dando vita al drammatico, gravissimo problema di creare formazione che oltre a non risultare utile per alcuno – mi rivolgo al Presidente di un’istituzione importante, un’istituzione dello Stato rappresentativa dei medici – comporta grossi rischi.

Mi auguro che l’accordo Stato-Regioni sottoscritto ad agosto – questa è una raccomandazione che in quanto Commissione dovremmo far pervenire anche al Ministro della salute – sia supportata da un provvedimento legislativo poiché sono convinto che esso per le Regioni, che ormai rappresentano di per sé degli Stati, rappresenti una quisquilia. Sentir parlare di accredito regionale e accredito nazionale mi sconvolge.

Con il precedente Governo (tra tante ombre ma forse anche qualche luce) abbiamo tentato di attribuire all’ECM un’importante caratterizzazione a livello nazionale. Personalmente, sono tra i sostenitori del principio di univocità che credo debba investire, in particolar modo, le Regioni, anzi l’Agenzia che in quanto regionale è dunque nazionale e rappresenta un braccio operativo del Ministero della salute, del Governo qualunque esso sia. In questo modo potremmo avere garanzie che almeno fissando dei paletti sia impossibile per le Regioni discostarsi più di tanto le une dalle altre. Immaginate cosa succederebbe a livello europeo se un medico specialistico laureatosi nel Lazio subisse un tipo di trattamento, mentre in Basilicata fosse prevista una formazione diversa! Per non parlare degli infermieri, o di altro personale.

L’asimmetria regionale ci porterà ad avere una sanità drammaticamente in difficoltà a livello europeo. Stanziando dei fondi abbiamo fatto in modo che l’ECM rappresentasse per l’Italia un cavallo di battaglia, un elemento distintivo (in fondo il *made in Italy* consiste anche nel creare strutture e formare personale sanitario che anche all’estero possa essere riconosciuto come tale). Di questo passo non so cosa accadrà. Pensate cosa potrà significare tutto ciò sul piano internazionale magari nell’ambito dei congressi o delle comunità scientifiche.

Nutro dei dubbi poi sul fatto che tutte le comunità scientifiche sarebbero subito d’accordo, visto che ogni comunità scientifica ha il proprio orticello da curare. Si possono fare nomi, cognomi e indirizzi in proposito.

Ringrazio il Presidente per l’occasione offertaci oggi, che ci permette di sensibilizzare il Ministero della salute affinché tutte le modifiche che saranno proposte all’accordo Stato-Regioni sottoscritto ad agosto passino esclusivamente attraverso un provvedimento legislativo per garantire un confronto.

L’altra ipotesi è rappresentata dai LEA, che sono diventati una sorta di treno con un numero infinito di vagoni che aumenta sempre di più ogni qual volta non si sa dove inserire certe questioni. Per carità lo si può fare, ma dobbiamo tenere a mente che comporta dei costi che andranno verificati.

Ricordo i famosi convegni che si tenevano annualmente a Cernobbio (ho presieduto per due anni la Commissione nazionale) nel corso dei quali

furono definiti i sistemi di accredito dei *provider* e i paletti e penso che tutto sia saltato a causa dell'autonomia regionale dimostrata.

Ringrazio ancora il dottor Bianco per averci offerto la possibilità di tornare su un argomento importante ed invito la Commissione a fare in modo che quanto prima giunga al Ministro della salute – fintanto che resterà questo Ministero – un messaggio in tal senso, perché si tratta di un passaggio delicato ed importante.

TADDEI (*FI*). Il senatore Cursi, intervenuto prima di me, ha già in parte illustrato le criticità emerse dalla relazione del dottor Bianco.

Vorrei far rilevare che ormai da un anno nel nostro Paese c'è confusione nel settore e credo che ciò sia dimostrato anche dal fatto che da agosto ad oggi il Ministero non ha ancora predisposto né una proposta di legge (che è ciò che noi auspichiamo), né un decreto su cui poterci confrontare.

Cogliamo l'occasione per far giungere a lei e, per suo tramite, ad altri un segnale di forte preoccupazione da parte della Commissione.

BODINI (*Ulivo*). Innanzitutto, ringrazio il presidente Bianco per la sua esposizione chiara, ancorché non scritta.

Anch'io, pur valutando positivamente quanto da lei affermato e ritenendolo migliorativo rispetto alla situazione precedente, ritengo però – come altri colleghi prima di me hanno dichiarato – che il sistema dell'ECM, cioè della formazione continua in medicina, rientrando nei sistemi di controllo, di valutazione del sistema sanitario, debba essere centralizzato. Questo vale per l'ECM, così come in futuro dovrà valere per le prestazioni che vengono erogate. Credo che la regionalizzazione debba coinvolgere l'erogazione del servizio e non i sistemi di controllo.

Per questo motivo facevo fatica a capire la differenza tra *provider* regionali e *provider* nazionali, quando poi i punteggi ECM avrebbero eguale valore. Questo aspetto mi sembra un po' contraddittorio e probabilmente andrebbe annullato.

Sarebbe poi da precisare anche la questione del costo di ogni punto ECM. Vorrei capire meglio quale sarà il ruolo delle Aziende sanitarie nell'attività di formazione; non capisco se dovranno comunque agire attraverso i *provider* o potranno attivare corsi di formazione interni che, a mio avviso, anche per esperienza diretta, hanno una maggiore produttività e presentano costi inferiori. Credo che questo aspetto vada approfondito.

Ritengo poi che gli *sponsor* non debbano essere aboliti ma fortemente controllati, anche con riguardo al conflitto di interessi. Mi chiedo se sia possibile ipotizzare un meccanismo in cui chi è interessato contribuisca alla creazione di un fondo al quale i *provider* o le stesse ASL attingono, fondo di cui una parte può essere indirizzata all'evento proposto dallo *sponsor* nell'ambito del settore che interessa a quest'ultimo.

Sappiamo che esistono specialità più ricche e specialità più povere ma sarebbe opportuno individuare una quota di solidarietà abbastanza ampia che copra quelle aree che il presidente Bianco ha definito povere. In

questo modo sarebbe possibile moralizzare il più possibile il sistema anche con gli stessi interventi già esistenti, che non dovrebbero essere aboliti perché, in fondo, in questi anni hanno comunque sostenuto l'aggiornamento, sia pure in maniera disuniforme.

Ritengo che questi tre aspetti siano quelli su cui si debba ancora lavorare per mettere a regime il sistema.

PRESIDENTE. Vorrei anch'io svolgere una riflessione.

La materia che stiamo esaminando è stata affrontata da tutti i Governi che si sono alternati. Essa ha preso vita dal decreto legislativo n. 229 del 1999 che ha previsto un meccanismo di avvio del sistema degli ECM, poi sviluppatosi nella successiva legislatura.

Sono convinto che sull'istituzione di questo sistema gravi un peccato originale, quello di partire dall'accreditamento degli eventi anziché da quello dei *provider*. Ci siamo quindi trovati di fronte a più di 7.000 *provider* solo nella fase sperimentale. L'intento di ridurli è stato positivo. Tale intento, condiviso da tutti, non è stato sufficiente perché il numero dei *provider* è rimasto comunque elevato e questo ha fatto in modo che la loro attività sia sempre confusa con quella degli *sponsor*.

Sono convinto che allora non si sia colta l'occasione di ridurre drasticamente il numero dei *provider*, ottenendo quello che era doveroso ottenere – e mi sembra che il dottor Bianco lo abbia chiarito – cioè che la materia non fosse di dominio esclusivo del settore universitario, ma che si riconoscessero anche altri soggetti capaci di fare formazione, sul campo e magari negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Anche gli esperti del mestiere che dovessero mettersi a ragionare con la più sfrenata fantasia non riuscirebbero ad elencarne più di 200, un numero comunque elevato.

Si sarebbe potuto seguire un percorso diverso, ad esempio quello dell'uniformità nel territorio nazionale, considerata fondamentale dal dottor Bianco. Faccio riferimento ad una uniformità che sia collegata a livello europeo che per ora non esiste e che vede l'Italia penalizzata rispetto ad altri Stati per avere fatto la prima della classe; con la libera circolazione dei professionisti sono presenti nel nostro Paese persone che non sono tenute a frequentare i corsi di aggiornamento professionale in sanità, ma possono comunque partecipare ai concorsi con eguali punteggi.

Si rende opportuna una certa flessibilità che può attraversare, questa sì, le Regioni. Normalmente l'evento formativo maggiormente utilizzato dalle Regioni è quello relativo ai principi di base, comparabile ad una formazione liceale piuttosto che ad una postuniversitaria. Ulteriori eventi sono quelli specifici che soddisfano l'interesse delle singole Aziende ma che, invece, vengono seguiti pochissimo. Ad esempio, se non si fa formazione per gli anestesisti in modo da renderli tutti capaci di somministrare cure e farmaci specifici ai pazienti, come è possibile promettere la creazione dell'«ospedale senza dolore»? In tal modo, obiettivi simili non si conseguono mai.

Infine, vorrei ricordare l'importanza degli *sponsor*, aspetto che il dottor Bianco non ha sottolineato. Il senatore Bodini, a mio giudizio, ha tracciato la linea di una sponsorizzazione in autarchia. Credo possa trattarsi di un buon sistema. Dobbiamo però credere anche agli *sponsor* ed essendo consapevoli della sovrapposizione tra questi e le Aziende di produzione, che non dispongono di patrimoni infiniti, sta a noi fare in maniera che gli *sponsor* siano ben localizzati.

Proprio questa mattina ho partecipato ad un convegno al quale era presente anche il dottor Bianco. Ebbene, noi da un lato dobbiamo sentirci corruttori, corrotti, mascalzoni, dall'altro è ormai diventato difficilissimo organizzare un congresso mondiale in Italia o un evento di particolare efficacia. Gli *sponsor* si sono nascosti e probabilmente perseguono altri fini fuorché quelli nobili della formazione, diversamente da come avrebbero potuto evolversi in base alla opportuna legge che li ha previsti.

Esiste un problema di cui non possiamo non occuparci. Mentre si discuteva su chi dovesse assumere il compito di gestire l'attività di formazione e sulle modalità di tale gestione, la Corte costituzionale ha emanato una sentenza con la quale è stato definito il campo applicativo da regolare in base alla legislazione residuale. La legislazione residuale di per sé è affidata alle Regioni. Pertanto, stando a quella sentenza non posso che essere pessimista, come la gran parte di voi. C'è però un modo per rimediare ad essa ed è quello di legiferare. Raccolgo con molto senso di responsabilità l'invito che molti di voi mi hanno rivolto, quello cioè di inviare per iscritto un'accurata raccomandazione al Ministro, convocare in audizione il Ministro stesso e la dottoressa Linetti che ci può fornire altri aspetti della situazione.

Ritengo che l'eventualità che l'attività di aggiornamento professionale confluisca in quelle proprie dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali non sia di per sé il male peggiore, purché sia strutturata in modo da rispettare le parti. Se è vero che le Regioni devono rappresentare uno dei pilastri del sistema, un altro pilastro deve continuare ad essere la presenza del Ministero, oltre che le singole esperienze professionali.

MASSIDDA (*DCA-PRI-MPA*). Mi scuso innanzitutto con i colleghi e, soprattutto, con il dottor Bianco, per il ritardo con cui ho preso parte ai lavori odierni della Commissione.

Condivido perfettamente le parole del presidente Tomassini. Pertanto, aggiungo solamente che l'esigenza di legiferare in materia è ormai pressante. In mancanza di un intervento legislativo, infatti, si va contro la *ratio* del decreto legislativo n. 229 del 1999 volta a creare un'attività di formazione uniforme per tutte le Regioni a fronte di una organizzazione sanitaria che ha connotazione regionale. L'attività di formazione, invece, non può che avere un filone comune, altrimenti si rischia di creare formazione di serie A e formazione di serie B.

Una delle ragioni del tentativo di centralizzazione era rappresentata dalla volontà di aggirare il rischio che tale attività potesse diventare l'ennesimo strumento politico per dirottare interessi o altro che nulla avevano a che fare con la formazione. Ritengo che vada fatta anche questa valutazione e sta a noi, maggioranza ed opposizione, raccogliere questa sfida per evitare che interessi di parte si antepongano al bene comune. Questa è un'emergenza. Bisogna intervenire al più presto perché, in difetto, si sprecano risorse e, soprattutto, si toglie entusiasmo a tanti colleghi vogliosi di partecipare ad un'attività di formazione che avrebbe dovuto essere un arricchimento della professione e del servizio offerto e non un mero passaggio burocratico finalizzato esclusivamente ad ottenere dei titoli per poter partecipare ai concorsi.

La gestione dell'attività di formazione nei termini attuali sta allontanando la stragrande maggioranza dei professionisti italiani dai ruoli principali delle associazioni internazionali. Peraltro, la stessa organizzazione di congressi internazionali sul suolo italiano serviva a dare lustro ai professionisti del nostro Paese. Credo quindi che si tratti di una sfida tutta nostra.

PRESIDENTE. Dottor Bianco, siccome in chiusura ho ricevuto una richiesta di intervento che esula dall'argomento dell'audizione, devo invitarla a replicare per iscritto alle domande dei Commissari.

Dal momento che, piuttosto che domande dirette, dagli interventi sono emerse delle riflessioni delle quali tener conto, la invito, oltre che a rispondere, a voler aggiungere nella replica anche la sua analisi unitamente a proposizioni più precise circa gli interventi più urgenti, dal punto di vista della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri da lei rappresentata, da prevedere nella normativa vigente o le modifiche che ad essa che si possono configurare.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

SULL'ORDINE DEI LAVORI

CURSI (AN). Signor Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori di questa Commissione. Non so se avete avuto occasione di guardare la trasmissione *Report*, andata in onda in data 25 novembre 2007 alle ore 21,30. È un programma ormai famoso per le denunce che vengono fatte talvolta in modo giusto e talvolta in modo ingiusto.

Nella puntata di domenica scorsa, vi è stato un pesante attacco nei confronti del policlinico universitario di Tor Vergata, con un servizio lungo e completo che ha accusato la struttura universitaria di utilizzare personale avente la qualifica di «addetti alle pulizie» per lo svolgimento di mansioni del personale ausiliario (cioè di personale OTA o OSS). È un fatto grave, in quanto tali servizi sono esternalizzati. L'altra accusa è stata quella di impiegare tale personale per svolgere anche mansioni infer-

mieristiche (in alcuni casi addirittura di carattere medico). In totale, tale discorso ha riguardato 230 persone.

Chiedo al Presidente e alla Commissione di poter aprire formalmente un'indagine per compiere una verifica *in loco*. Questa accusa va a disdoro della struttura in quanto tale; parliamo di un Policlinico universitario di Roma, forse il secondo in termini di sviluppo e, sicuramente, quello che avrà maggior sviluppo in futuro in considerazione dell'area dove sorge.

Bisogna chiarire fino in fondo la questione e poter fornire spiegazioni all'opinione pubblica. Infatti, una cosa è acquisire la registrazione di *Report* visionandola insieme; un'altra cosa è avviare una procedura di verifica *in loco*, ascoltando direttamente gli interessati a Tor Vergata. Tale indagine mira a garantire ai medici e agli operatori, sia interni che esterni, la giusta dimensione, anche nel rispetto della dignità personale di chi svolge questo lavoro all'interno di un Policlinico universitario importante quale quello di Tor Vergata.

PRESIDENTE. Propongo di inserire tale verifica nell'ambito dell'inchiesta riguardante i Policlinici universitari, già in corso presso la Commissione; in questo modo non vi è nessuna difficoltà a rivolgere una particolare attenzione verso quello di Tor Vergata.

Se da un lato si avvertiva l'esigenza di uscire dal sistema romano-centrico, capisco però che l'emergenza possa richiedere lo svolgimento di questa verifica. Sono assolutamente d'accordo, come credo anche il resto della Commissione, ad acquisire immediatamente il filmato della puntata, dando disposizioni al riguardo. Rivolgo questo invito in particolare ai due relatori: è certo un bene che tutti i Commissari vedano la registrazione, ma soprattutto loro due devono prendere visione per estrarne i più specifici elementi di accusa da verificare. Altrimenti, è possibile che da una semplice ispezione questi elementi non emergano.

Conosco bene la struttura di Tor Vergata e sono ben lieto di compervi un sopralluogo. Tra l'altro, credo che la troverò in condizioni migliori rispetto a tante altre, perché l'ho inaugurata e vi sono stato anche in seguito. Dalla registrazione possono emergere elementi che saranno confermati (e in questo caso dovremo prendere provvedimenti) oppure informazioni diffamatorie (e, in tal caso, dovremo prendere altrettanti provvedimenti).

Nel contempo proverò, ovviamente con le dovute cautele, a informarmi se presso la magistratura sono in atto procedimenti istruttori rispetto alle questioni illustrate dal senatore Corsi. Nel caso questi procedimenti fossero in atto, la prima audizione da svolgere sarebbe proprio quella della magistratura competente.

BODINI (*Ulivo*). Nell'ottica di quanto detto dal Presidente, in questo caso sarebbe utile, oltre all'acquisizione della registrazione, anche l'acquisizione di qualche testimonianza. Prima di recarci *in loco*, forse servirebbe ricevere qualche testimonianza scritta dalle persone coinvolte per evitare di recarci impreparati al Policlinico.

PRESIDENTE. È proprio questo che mi aspetto dai relatori, cioè che dalla visione di quella registrazione emerga l'elenco dei punti da approfondire: se si parla del Direttore generale, allora parleremo con il Direttore generale; se si parla di 10 infermieri, andremo a parlare con le cooperative degli infermieri. Non possiamo certo procedere a caso, dal momento che i dipendenti del Policlinico sono più di mille.

Ringrazio i Commissari per la loro partecipazione ai lavori.

I lavori terminano alle ore 14,55.

