

Legislatura 16^o - 7^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 309 del 22/06/2011

ISTRUZIONE PUBBLICA, BENI CULTURALI (7^a)

MERCOLEDÌ 22 GIUGNO 2011

309^a Seduta

Presidenza del Presidente

POSSA

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e 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.

La seduta inizia alle ore 15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sugli effetti connessi all'eventuale abolizione del valore legale del diploma di laurea: audizione della Federazione nazionale ordine medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO)

Riprende l'indagine conoscitiva, sospesa nella seduta del 15 giugno scorso.

Il **PRESIDENTE** introduce brevemente i temi dell'audizione ringraziando i rappresentanti della Federazione nazionale ordine medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO) per il contributo che vorranno offrire ai lavori della Commissione.

Il dottor CAVALLO ringrazia preliminarmente per l'invito in audizione sottolineando l'importanza del tema affrontato dalla indagine conoscitiva.

Il dottor CASALE osserva innanzitutto che il modello di riferimento che mira all'abolizione del valore legale della laurea 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. Questo è 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. La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri 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, la partecipazione a concorsi banditi dalla Pubblica amministrazione e l'inquadramento in precisi profili funzionali lavorativi. In Italia, il valore legale del titolo di studio non è disciplinato da uno specifico regolamento, bensì desunto da un complesso di disposizioni. Esiste inoltre 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 7 settembre 2005, n. 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e dal provvedimento di recepimento nazionale (decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206).

Sul tema relativo alla abolizione del valore legale delle lauree in medicina e odontoiatria e alla 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 e miglioramento del livello qualitativo dei diplomi di laurea, occorre precisare che il sistema formativo universitario italiano in medicina sta vivendo una fase di progressiva difficoltà dovuta a numerosi fattori. Infatti, il numero complessivo dei docenti universitari delle 38 facoltà di medicina italiane è sceso da 13.319 nell'anno

accademico 2006-2007 a 12.107 nell'anno accademico 2010-2011 (- 9 per cento), con il calo più consistente a carico dei professori ordinari (da 3.280 a 2.617; - 17 per cento). Nell'anno accademico 2008-2009 il rapporto medio studenti/docenti nelle facoltà di medicina e chirurgia era pari a 12,1; negli anni accademici successivi è cresciuto almeno del 10 per cento. L'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo n. 517 del 1999, inerente alla strutturazione del sistema formativo medico nel tessuto sanitario, è stata per larga parte disattesa. L'istituzione delle aziende integrate ospedaliero- universitarie ha avuto uno sviluppo lento ed in numerosi casi queste non hanno redatto l'atto aziendale che ne esplicita la missione e l'organizzazione finalizzata all'insegnamento ed alla ricerca biomedica. Le reti formative degli ospedali per l'operatività dei corsi delle scuole di specializzazione ricomprese nei protocolli di intesa tra Regioni ed università 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. 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 in casi sporadici negli ospedali convenzionati, le funzioni formative in medicina.

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 di PIL 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, intorno 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 di cervelli all'estero (oltre 20.000 ricercatori italiani stabilmente emigrati), il primato disciplinare spetta ad oncologia e neuroscienze. Nonostante ciò, la ricerca biomedica italiana è al quinto 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 dell'Inghilterra, 630.000 degli USA.

A fronte di questa sofferenza del sistema formativo universitario in medicina, si assiste ad una crescente richiesta di nuovi laureati. 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, e dando ai giovani il messaggio che la costruzione del futuro è molto più concretamente affidata ad un quiz piuttosto che alla costruzione della propria cultura e delle 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 di un 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.

Il fabbisogno quantitativo delle figure professionali in campo medico e odontoiatrico è, ovviamente, dipendente da numerose variabili; esso deve essere proiettato in un arco di tempo successivo a 7 anni dalla programmazione per medicina e chirurgia (tempo medio per la laurea pari 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 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 determinante sulle potenzialità del sistema formativo, rappresentate dal numero dei posti letto delle strutture sanitarie a direzione universitaria incluse nei protocolli di intesa università-Regioni. In numerosi paesi dell'Unione europea il calcolo dei fabbisogni include variabili (in Belgio, ad esempio, oltre cento) che tengono conto, tra l'altro, del tasso di natalità, dell'invecchiamento della popolazione, della prevalenza delle malattie invalidanti a lungo termine, della implementazione e della trasformazione dei servizi sanitari, delle proiezioni di copertura degli organici.

Per il periodo 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 negli ultimi due 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 la 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.

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 complessivamente un disavanzo negativo di circa 40.000-50.000 medici (sul totale, medici dipendenti circa 50 per cento, medici di famiglia circa 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. Un aumento del numero delle immatricolazioni del 5-10 per cento all'anno per almeno 5-10 anni appare necessario, con un potenziamento della quota dei laureati da inserire 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 in medicina e chirurgia e rientrano oggi nella classe di laurea 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, incrementare nel corso di laurea le attività professionalizzanti ed i periodi di tirocinio pratico. 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 e l'acquisizione 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 sull'evidenza (*Evidence based medicine-EBM*), 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, finalizzato 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 i diversi atenei con ricadute positive sulla qualità del prodotto finale, cioè il professionista formato. 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 che per le attività di ricerca), o a possibili verifiche sul campo dei singoli atenei (attività di *rating*). Ed infine un'ultima ma sostanziale possibilità di miglioramento *ex post* dell'intero sistema formativo universitario è rappresentato da una revisione del momento valutativo del suo prodotto, e 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 istituito per legge al fine di disciplinare l'attività svolta dalle categorie medesime e che ha quale compito istituzionale 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 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. Con riferimento specifico all'attuale disciplina dell'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, rileva che essa è regolamentata dal decreto ministeriale 19 ottobre 2001, n. 445 e successive modificazioni e integrazioni emanato dal Ministero dell'istruzione, dell'università e delle ricerche. Il decreto sopracitato prevede che agli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo sono ammessi i possessori della laurea in medicina e chirurgia conseguita ai sensi dell'ordinamento previgente alla riforma di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni e i possessori della laurea specialistica afferente alla classe n. 46/S 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 delle laurea, presso policlinici universitari, aziende ospedaliere, presidi ospedalieri di aziende ASL o, ove costituite, aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, nonché presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale avente i requisiti previsti dal comma 3 dell'articolo 27 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. 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 tra *tutor* e tirocinante pari 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'attribuzione di un punteggio massimo di novanta punti (trenta per ogni periodo). Ove il candidato non consegua un punteggio complessivo di almeno sessanta 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. Qualora il candidato non possa partecipare alla prima sessione utile dopo il completamento del tirocinio per motivi personali gravi e documentati, conserva il punteggio acquisito nel tirocinio stesso per l'ammissione alla sessione immediatamente successiva. 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, nonché a valutare 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.

La 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 il risultato della formazione universitaria e rilasciano l'abilitazione.

Per quanto riguarda ulteriori possibili effetti giuridici collegati al valore legale della laurea rispetto a quello di essere uno dei requisiti per l'ammissione all'esame di stato, giova ricordare che la professione del medico e dell'odontoiatra sono professioni regolamentate e cioè rappresentate da attività o insieme 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 o 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 primo o secondo livello o infine dedicarsi alla libera professione.

In ordine all'eventuale abolizione del valore legale delle lauree in medicina e odontoiatria e se essa 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 disciplinata 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 abilita all'esercizio di detta professione. Ovviamente nel caso delle professioni sanitarie l'autorità competente ai fini del riconoscimento professionale e quindi dei titoli è il Ministero della salute che vi provvede con decreto motivato da adottare 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. E' parere della Federazione che la normativa vigente 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 infine 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.

Seguono quesiti ed osservazioni da parte dei senatori.

La senatrice [Mariapia GARAVAGLIA](#) (PD) dichiara di concordare pienamente con le osservazioni proposte dagli auditi, condividendo la necessità di trovare una soluzione alle criticità rappresentate, con particolare riferimento ai meccanismi di accesso alle facoltà mediche e di abilitazione alla professione, che investono aspetti cruciali del diritto alla salute costituzionalmente tutelato. Dalla relazione esposta emerge la preoccupante incapacità del sistema universitario di formare un numero di medici sufficiente a far fronte al fabbisogno di professionisti abilitati nelle varie branche della scienza medica. Auspica pertanto una prossima audizione in Commissione del ministro Gelmini anche al fine di conoscere le caratteristiche del nuovo metodo di selezione che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca intende adottare per l'accesso alle facoltà di medicina di tre atenei nazionali.

Il senatore [ASCIUTTI](#) (PDL) ringrazia gli auditi per l'ampia e dettagliata relazione dalla quale emerge il dato sconcertante che 20.000 giovani ricercatori italiani si recano all'estero per cercare un più valido percorso di accesso alla professione. Gli studenti universitari italiani comprendono sin dai primi anni di studio, grazie ai progetti di scambio culturale, che all'estero sono date opportunità e sbocchi professionali, che in Italia non è possibile conseguire. I corsi di specializzazione universitaria hanno una scarsa capacità di abilitare all'esercizio effettivo della professione medica e si rende pertanto necessario un dialogo più stretto e costruttivo tra Ministero dell'istruzione e Ministero della salute. Le diatribe legate al riconoscimento del titolo sarebbero certamente superate se venissero raggiunti livelli qualitativi superiori nella formazione professionale dotando gli specializzandi in medicina delle basi pratiche della scienza medica.

Il dottor CAVALLO rileva che sono stati colti tutti gli aspetti del documento illustrato che intende dare un quadro completo della posizione della Federazione sul tema della indagine

conoscitiva. Fa inoltre presente che, con particolare riferimento all'accesso al mondo del lavoro da parte dei giovani medici, i Ministeri dell'istruzione, della salute e dell'economia sono ben consapevoli delle problematiche connesse ai contratti di formazione specialistica che, pari ad appena 5.000 unità, costituiscono un numero troppo esiguo e tale da indurre molti professionisti a cercare lavoro al di fuori dei confini nazionali.

Il dottor CASALE sottolinea che uno dei problemi principali da risolvere consiste proprio nel ricercare una maggiore collaborazione tra il sistema di formazione universitaria e quello sanitario.

La senatrice [Mariapia GARAVAGLIA](#) (PD) chiede chiarimenti sullo stato di attuazione delle aziende integrate ospedaliero-universitarie.

Il dottor CASALE fa presente che in molte parti di Italia tali aziende non sono state istituite nonostante l'importante contributo che esse avrebbero potuto fornire alla soluzione delle questioni di cui si tratta.

Il dottor CAVALLO ritiene che la creazione delle aziende integrate ospedaliero-universitarie, in molti casi, sia stata osteggiata dalle Regioni e che talvolta tali aziende siano state create sotto una diversa denominazione.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che la documentazione consegnata dai rappresentanti della FNOMCeO sarà resa disponibile per la pubblica consultazione nella pagina *web* della Commissione. Dichiara indi conclusa l'audizione e rinvia il seguito dell'indagine conoscitiva.