

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

37° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 OTTOBRE 1995

—————

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE

Seguito dell'esame ed approvazione della relazione in tema di policlinici universitari

| | | |
|-------------------------------|-----------|--|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 9 | |
| BINAGHI (LIF) | 3, 10 | |
| DI ORIO (Progr. Feder.) | 8 | |

I lavori hanno inizio alle ore 9.

Seguito dell'esame ed approvazione della relazione in tema di policlinici universitari

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di una proposta di relazione in tema di policlinici universitari.

BINAGHI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la relazione da me predisposta in tema di policlinici universitari recepisce quanto emerso nel corso del dibattito svoltosi nelle ultime tre sedute della Commissione d'inchiesta.

Ho insistito sul problema del commissariamento a cui era stato accennato in precedenza. In effetti erano sorti dei dubbi circa l'organo (se il Ministro o altro ente) che avrebbe dovuto provvedere al commissariamento del policlinico «Umberto I» di Roma. Quindi su questo si auspica un chiarimento sul piano legislativo, con un'interpretazione delle norme attualmente vigenti.

Nella parte finale della relazione si indicano principalmente due forme di gestione della sanità universitaria, cioè l'azienda ospedaliera universitaria a tutti gli effetti, responsabile dell'intera gestione dell'attività sanitaria (che poi sarà messa in vendita al servizio sanitario nazionale secondo le tariffe che verranno stabilite negli anni futuri), e l'ospedale d'insegnamento, ipotesi derivante da esempi universitari rilevanti in alcune parti d'Italia.

Questa seconda ipotesi dovrà trovare una precisa soluzione in un disegno di legge apposito, e può essere importante - come ha sottolineato il senatore Di Orio - per mettere a punto un sistema utile per l'insegnamento e l'aggiornamento continuo di tutto il personale che opera nel sistema sanitario, settore che attualmente, a parte alcune norme che stabiliscono determinati principi, è lasciato in gran parte ad iniziative personali, di società scientifiche e, a volte, di ditte farmaceutiche, il che non è molto corretto.

Ripeto, nella stesura di questa relazione, alla quale ho lavorato per circa un mese, ho cercato di tenere conto delle opinioni espresse da tutti i colleghi della Commissione. Auspico pertanto che il testo della relazione venga approvato per concludere finalmente l'indagine sui policlinici universitari, iniziata già da tempo.

Do lettura del testo della relazione:

«La materia dei Policlinici universitari costituisce il luogo dove sono chiamate a confrontarsi esigenze di ordine diverso (vuoi pubbliche, vuoi private) e rappresenta un evidente punto di snodo e quindi di verifica "in relazione all'applicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ed all'eventuale necessità di modifiche di tale provvedimento": il che costituisce, ai sensi dell'articolo 1 della deliberazione del

Senato in data 4 ottobre 1994, il compito e la ragione d'essere della Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie.

L'articolo 4, comma 5, del decreto legislativo n. 502 (come modificato dal successivo decreto legislativo n. 517), statuisce che "i policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile".

Lo stesso articolo 4, al comma 4, prevede che "le regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia" e così pure "i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università".

L'articolo 6, comma 1, sempre del predetto decreto, prevede ancora la possibilità che le università e le regioni costituiscano policlinici universitari, "mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale". Il comma 2, dell'articolo 6, prescrive dettagliatamente che "i rapporti in attuazione delle predette intese siano regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico" etc.

Il quadro multiforme delle possibilità di gestione della Sanità collegate con l'insegnamento universitario (sussumibili nella triplice categoria della gestione diretta, indiretta o convenzionata) lascia intendere quanto siano numerosi i punti di confusione e di contrasto tra le varie realtà operanti in questo settore; si è concretamente verificata l'ipotesi di strutture sanitarie convenzionate con più di una facoltà universitaria.

La Commissione parlamentare d'inchiesta ritiene tuttavia che il ventaglio delle nuove possibilità aperto dalla riforma non possa costituire valida ragione per indebolire il criterio di massima - che invece abbraccia ora un campo di applicazione più ampio - per cui "la gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economica finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate". Principi e criteri direttivi già costituzionalmente propri della legge di delega, e successivamente ribaditi dai decreti legislativi con riferimento a qualsivoglia ipotesi di "azienda ospedaliere" (articolo 4, comma 1), e - ove ce ne fosse ancora bisogno - specificamente per quel gruppo di norme che disciplinano "la gestione dei policlinici universitari" (articolo 4, comma 5) e il "modello gestionale" cui debbono uniformarsi "i presidi in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina" (articolo 4, comma 6).

Lo spirito della riforma, in altre parole, è quello di aprire una competizione amministrativa tra pubblico e privato finalizzata ad una efficiente erogazione dei servizi sanitari. In questa prospettiva - la difficile transizione verso un nuovo regime - l'autonomia didattica e scientifica dell'Università è chiamata a svolgere un ruolo propulsivo, se non addirittura di guida verso un sistema che, nell'interesse dei cittadini, spinga ad un punto alto e risolutivo (vale a dire efficiente) il rapporto tra didattica e ricerca scientifica da un lato, ed assistenza sanitaria dall'altro.

Espressioni come quelle contenute nel decreto legislativo, - a proposito del fatto che "la gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano" (quindi tali funzioni non sono l'attività prevalente), ovvero la esplicita previsione del "commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale" per tutte "le aziende ospedaliere, inclusi "i Policlinici universitari", che incorrano in "ingiustificati disavanzi di gestione", - lasciano intendere un indirizzo di fondo, che cioè l'efficienza non costituisce un limite, una esigenza di ordine aggregato destinata a soccombere tutte le volte che ricorrano esigenze di natura specifica (per esempio l'autonomia universitaria), bensì parte costitutiva del nuovo sistema di rapporti e di regole che la riforma intende promuovere.

In particolare il commissariamento di Azienda ospedaliera universitaria, da questa Commissione proposto per il Policlinico Umberto I, merita comunque un'interpretazione approfondita su quale sia l'organo competente ad adottare tale provvedimento, specie in questo periodo di transizione che vede affollarsi norme succedutesi in tempi diversi ed ora esposte ad ulteriori modifiche, secondo linee anticipate nella decisione di bilancio - legge finanziaria e disegni di legge collegati - testè presentata in Parlamento.

In altre parole, l'esigenza di "fare salva" comunque "l'autonomia dell'Università" (articolo 4, comma 8), non può essere surrettiziamente invocata - secondo il parere autorevole espresso dalla stessa Avvocatura di Stato - per giustificare l'inosservanza dei principi e criteri desumibili dalle nuove disposizioni in materia di Policlinici universitari, ponendoli cioè al riparo da qualsiasi sanzione amministrativa; ma al contrario vale a rafforzare la predetta disciplina, ricordando che accanto alle ipotesi di sanzioni ascrivibili alla iniziativa delle regioni - si tratta comunque di una ipotesi da verificare alla luce soprattutto del fatto che le regioni finanziano solo in parte i Policlinici universitari - esiste anche la possibilità concorrente di provvedimenti sostitutivi da parte dello Stato e per esso del Ministero competente, tutte le volte che i comportamenti si discostino dalla normativa vigente e dalle regole contabili.

Alla luce di queste considerazioni, merita un approfondimento la questione se le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 1 e 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992 - relative all'ipotesi che le Università, le Aziende ospedaliere, le Unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero a carattere scientifico, costituiscano ex novo Policlinici Universitari - debbano intendersi quale regime a sè stante, svincolato dalle norme che comportano per i Policlinici Azienda l'obbligo della gestione in pareggio ovvero invece, come propende la Commissione d'inchiesta (anche per non dare adito ad interpretazioni che disincentivino la costituzione diretta dei Policlinici in Azienda), che la materia dei Policlinici costituisca un tutto sufficientemente omogeneo, con diversi modelli di gestione che non intaccano i principi di fondo della riforma.

A questo proposito la Commissione d'inchiesta, che ha esaminato in bozza alcuni schemi di protocollo d'intesa tra le regioni e le università, ritiene che si debba trovare un punto di equilibrio e di uniformità che valga a superare l'attuale situazione di notevole differenziazione tra le varie realtà regionali.

La Commissione d'inchiesta, al fine di verificare (policlinico per policlinico) lo stato di attuazione della nuova normativa, ha provveduto in più riprese a trasmettere a tutte le Università un questionario molto dettagliato, al fine di attingere adeguata base conoscitiva.

Un primo giudizio d'insieme consente di ricavare contemporaneamente informazioni relative allo stato di difficoltà e di ritardo, ma anche di forti differenziazioni all'interno di situazioni appartenenti al medesimo gruppo e quindi allo stesso stato giuridico.

Le Aziende universitarie, per fare l'esempio principale, risultano costituite in numero limitato e prevalentemente nel centro sud (ad eccezione di Udine), con notevoli differenze da ateneo ad ateneo, sia per quanto concerne la data di costituzione che per quel che riguarda il regolamento interno. Non è possibile analizzare e confrontare con sufficiente attendibilità i vari regolamenti, perchè non completi ed impostati in modo sensibilmente differente.

Diversa da struttura a struttura è stata altresì l'interpretazione delle modalità di corresponsione della cosiddetta indennità De Maria al personale universitario, il numero di funzioni assistenziali primariali, l'incidenza del personale rispetto ai posti letto; varia risulta anche la presenza di personale medico con compiti puramente assistenziali o con compiti misti, mentre il personale infermieristico è quasi sempre dipendente dalle strutture ospedaliere e quindi legato alle USL di appartenenza. Le tabelle che riportano le risposte dell'Università costituiscono in allegato parte integrante della presente relazione.

Questa situazione ha creato contenziosi tra la regione, cui spetta l'onere economico della assistenza sanitaria, e l'università che nell'ambito della propria autonomia programma l'assistenza ai fini delle necessità didattiche: l'esempio più significativo al riguardo è quello del Policlinico Umberto I di Roma, già oggetto di una relazione preliminare approvata dalla Commissione d'inchiesta in data 28 giugno 1995.

La maggior parte delle Università del nostro paese ha fatto ricorso, per organizzare l'attività del secondo triennio rivolta prevalentemente verso l'assistenza, a convenzioni con le strutture sanitarie esistenti (ospedali pubblici e privati, aziende, USSL, enti scientifici di ricovero e cura).

Sovente le predette convenzioni hanno un campo di applicazione ridotto e ubbidiscono a linee guida piuttosto generiche, con il vantaggio per le Università di poter gestire un limitato carico di personale assistenziale, solo in parte equiparato ai trattamenti previsti dal Servizio sanitario nazionali. Nell'ambito di questo comparto emergono sensibili scarti ed asimmetrie per quanto riguarda la possibilità di dotare di assistenza tutte le strutture didattiche cliniche, verificandosi quindi la situazione di attività didattiche prive di strutture di assistenza e così pure la situazione di strutture cliniche ospedaliere sdoppiate per venire incontro a necessità didattiche, con conseguente difficoltà nella gestione tecnica e per quanto riguarda il coinvolgimento nella didattica del personale ospedaliero, troppo spesso circoscritto alle figure apicali.

I rapporti tra Università ed ospedali pubblici ubbidiscono a schemi di comportamento assai diversificati, sensibili alla dimensione, al genere di attività ed ai livelli culturali del personale ospedaliero, ma anche

alla formazione (in città di medie dimensioni) di nuove facoltà, relativamente affrancate dalle tradizioni accademiche più resistenti.

Più semplice la situazione dei rapporti con gli ospedali privati non vincolati a schemi pubblici di funzionamento e quindi inclini a favorire l'osmosi del personale dall'una all'altra categoria di trattamento giuridico. Tuttavia tali situazioni si presentano come poco significative perchè numericamente assai marginali.

Gli esempi, che pure esistono, di un'utile sinergia tra università ed ospedali, lasciano intravedere come fattibile la costituzione di ospedali d'insegnamento, secondo una ipotesi non nuova in questo Parlamento, ma che finora non ha mai percorso interamente l'iter legislativo.

Le ipotesi di lavoro che traspaiono da questa analisi sono principalmente due:

- a) azienda ospedaliera universitaria a tutti gli effetti;
- b) ospedale d'insegnamento.

Non è compito di questa relazione indicare nei particolari la costituzione, la tecnica legislativa di queste entità, ma è compito solo di proporre delle indicazioni di massima su cui lavorare.

Dall'analisi delle varie situazioni emerge il convincimento che questo stato di cose possa trovare soluzione solo in una netta separazione dei compiti: aziende universitarie con tutto il personale amministrativo, medico, tecnico ed infermieristico a carico dell'Università e gestione dell'assistenza secondo le regole di un ospedale privato che metta a disposizione le proprie prestazioni in base a quanto previsto dal decreto-legislativo n. 502. In questo modo sarebbe possibile responsabilizzare l'Università per la gestione dell'assistenza e verrebbero a cadere i contenziosi sul numero di soggetti che devono fare assistenza, e sulla collocazione giuridica del personale, nonchè per quel che riguarda i vari tipi di convenzione. Tanto più che le Università sono tenute a rispettare, al pari di tutte le strutture, i criteri di accreditamento e controllo di qualità previsti dalla nuova normativa, come recentemente ribadito dalla Sentenza n. 416 della Corte Costituzionale, in data 28 luglio 1995.

A questo proposito si ritiene legittimo prospettare un consiglio di gestione dell'azienda ospedaliera universitaria in analogia con quanto previsto già per gli IRCCS. Va cioè previsto un presidente di nomina rettoriale ed un Consiglio di amministrazione che abbia rappresentanti che esprimono gli interessi originari. Nell'ambito di questo tipo di azienda andrà inoltre verificata la possibilità di istituire una pianta organica-tipo per i diversi settori, che tenga conto sia dell'assistenza che della didattica e ricerca scientifica, momenti assolutamente inscindibili nel quadro di un servizio sanitario qualificato ed efficiente.

L'ospedale di insegnamento, che potrà trovare una precisa soluzione in un progetto di legge apposito, viene concepito come una struttura ospedaliera nella quale tutto il personale medico di provenienza ospedaliera e/o universitaria possa trovare posto in un unico contenitore con competenze prevalenti nella didattica, ricerca ed assistenza a seconda delle proprie peculiarità, senza prevaricazione di un indirizzo sull'altro, in quanto con l'evoluzione della medicina moderna queste tre componenti del sapere medico sono assolutamente inscindibili; non può esistere assistenza qualificata senza ricerca e didattica necessari per la

creazione di nuove figure professionali nè vi può essere ricerca e didattica senza il supporto pratico delle attività tecniche e assistenziali.

Questa ipotesi legislativa è necessaria in quanto attualmente il processo formativo sanitario in Italia si articola principalmente su unico livello, quello universitario cui è demandata la formazione del medico (corso di laurea in medicina), dello specialista (corso di specializzazione), del neolaureato con finalità esclusivamente di ricerca (dottorato), del tecnico e dell'infermiere professionale (diplomi universitari). A questa si aggiungono in parte anche altre istituzioni (ordine dei medici, ospedali) che svolgono un ruolo formativo spesso limitato alla formazione biennale in medicina generale, a cui però l'articolo 6 del decreto legislativo n. 502 attribuisce uno specifico ambito per la formazione specialistica. È evidente che le disposizioni menzionate sono vincolate all'ipotesi di integrazione tra università ed ospedale, che tuttavia può costituire il nucleo di un più ampio progetto che preveda l'istituzione di un sistema formativo permanente per tutto il personale afferente al sistema sanitario.

Si vuole dire che il rapporto tra le due strutture, fonte in passato di ampia conflittualità, è superabile solo in una nuova ottica - quella appunto ricalcata dall'ospedale di insegnamento - imposta dalla logica del controllo dei costi, di concorrenzialità reale nell'ambito dello specifico delle competenze e potenziando al massimo le sinergie possibili in modo da offrire il massimo della qualificazione dell'offerta sanitaria.

Questa prospettiva richiede per realizzarsi la rottura di rigidi schemi che da ambo le parti hanno caratterizzato l'organizzazione del lavoro, la selezione e la carriera dei quadri, perpetuando demarcazioni che, ostacolando processi di reciproca osmosi del personale e delle conoscenze, hanno indotto e mantenuto il conflitto.

Una struttura dipartimentale mista, la riorganizzazione delle competenze in settori autonomi all'interno di aree omogenee, la possibilità di carriere non cristallizzate in ambiti predeterminati, l'attivazione di tutte le competenze e l'autonomie nei settori assistenziali didattici e di ricerca possono consentire che si realizzi il massimo della compenetrazione ed efficienza».

DI ORIO. Signor Presidente, anzitutto vorrei esprimere apprezzamento per una relazione che si è formata nel tempo e che rispetta le opinioni espresse nel corso del dibattito svoltosi in varie sedute della Commissione d'inchiesta.

Vorrei far notare che, in relazione alle conclusioni del senatore Binaghi, bisognerà riflettere sulle tabelle allegate alla relazione per approfondire la riflessione sull'attuale situazione dei policlinici (del tutto italiana da questo punto di vista), poichè si è tenuto conto di un numero molto limitato di policlinici universitari a gestione diretta (meno di dieci in tutto). Questi policlinici hanno gli stessi problemi che abbiamo riscontrato nel policlinico «Umberto I» di Roma.

Credo che la situazione sia uniforme sotto questo profilo: anche se certo vi sono alcune realtà che presentano aspetti specifici, la situazione generale è comunque uniformemente interessata da questi problemi gestionali.

Per quanto riguarda invece le facoltà di medicina a convenzione, *ex* articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ritengo sia importante ribadire che sicuramente questa relazione non poteva nè doveva essere esaustiva, dovendo affrontare complessivamente il problema e capire sostanzialmente quali erano le difficoltà.

Vorrei che su questo piano vi fosse un impegno da parte della Commissione volto a sensibilizzare su tale punto l'intero Parlamento e noi legislatori affinché si operi al più presto nella direzione di una modificazione reale della situazione delle facoltà mediche nel loro complesso.

Purtroppo, devo sottolineare che un dato emerge con forza: la grave carenza normativa che si registra in questo settore. Devo dire che più abbiamo affrontato questo argomento in Commissione, più ne abbiamo parlato fra noi e più, per quanto mi riguarda, anche in relazione alla mia precedente esperienza universitaria, mi sono reso conto che tutto viene affidato ai singoli comportamenti, spesso estemporanei anche se a volte hanno una qualche fondatezza giuridica, ma certamente mancano riferimenti normativi.

A questo punto si pone una forte esigenza, quella di rappresentare tale istanza all'intero Parlamento facendo presente che occorre normalizzare al più presto la situazione attraverso adeguate iniziative legislative.

Un'ultima considerazione che vorrei fare riguarda la soluzione che si prospetta. Non mi appassiono ad alcuna delle soluzioni proposte poichè occorre a mio avviso un'ulteriore approfondimento delle varie questioni.

In questi anni non solo non si sono varate norme in questo senso, ma anzi il sistema sanitario pubblico e quello universitario sono stati messi quasi in concorrenza fra loro, addirittura in contrasto, e questa credo che sia una grande responsabilità di chi ha operato in quella direzione. Io comunque mi auguro che questa si trovi presto e che possa essere anche quella che il senatore Binaghi ha cercato di rappresentare, anche partendo da alcune mie considerazioni, affinché queste realtà tendano ad incontrarsi.

Non è possibile - come è emerso anche nel dibattito che abbiamo avuto ieri in sede di esame dei documenti finanziari e di bilancio in 12ª Commissione - che ci possano essere doppioni in campo assistenziale, che, per quanto riguarda almeno la funzione assistenziale, ci siano due realtà che operano nella stessa direzione, sia l'ospedale che l'università, con tutti gli sprechi che ne derivano. Noi dobbiamo puntare veramente ad un'interazione: quale che sia la forma giuridica che verrà adottata da questo Parlamento o da quello della prossima legislatura, è comunque importante arrivare ad una soluzione definitiva sul piano legislativo che consenta a queste due realtà di convivere e di operare congiuntamente nell'interesse dei cittadini.

PRESIDENTE. A proposito di quanto da lei dichiarato, senatore Di Orio, anch'io sono dell'avviso che la relazione debba concludersi evidenziando la necessità di predisporre leggi *ad hoc*, volte ad evitare quella contrapposizione netta tra ospedale e università di cui lei parlava, che credo sia riscontrabile solo in Italia. Negli altri paesi infatti, non esiste il problema da noi tanto avvertito, del muro contro muro, per così dire, tra sistema ospedaliero e sistema universitario.

Quindi, sarebbe opportuno concludere la relazione evidenziando la grave carenza normativa che affligge il settore, che ha ostacolato il funzionamento dell'università. Non è solo una questione di competizione, sono state compiute delle irregolarità perchè purtroppo le leggi non erano chiare, e c'è qualcuno che ne ha approfittato in un senso e chi un altro.

Pertanto, ritengo che si debba evidenziare tutto ciò nella parte conclusiva, se il senatore Binaghi è d'accordo.

Dalla lettura delle tabelle riportate in allegato, contenenti le risposte fornite dalle università al questionario della Commissione, si rileva una certa differenziazione tra università e università ed emergono anche dati macroscopici, come quelli del policlinico «Umberto I» di Roma.

Io stesso ho proposto che l'università faccia quello che vuole purchè si prenda la sua clinica; diventa clinica privata e assume chi vuole. Ma oggi, con il sistema vigente, questo non è possibile. Solo al policlinico «Umberto I» si registra un rapporto tra primari e posti letto di 1 a 6, mentre la media nazionale è di 1 a 22. Anzi aggiungo che, se al policlinico di Roma verranno nominati altri 180 primari, come hanno dichiarato di voler fare, il rapporto scenderà da 6 a 2,5 posti letto per primario. Non avrei nulla in contrario se tale decisione non incidesse sulle spese dello Stato. Se loro, gestendo il policlinico sulla base dei tariffari, riescono a pagare 600 primari, non ci sono problemi; possono nominarne anche 800, però deve esserci un sistema normativo che consenta di farlo realmente.

BINAGHI. Signor Presidente, a seguito di quanto emerso dal breve dibattito odierno, propongo di aggiungere, in chiusura della relazione, le seguenti preposizioni:

«In conclusione la Commissione d'inchiesta rileva che nei settori ospedaliero ed universitario si è venuta svolgendo ed accumulando una normativa che non ubbidisce ad una visione d'insieme ed indirizzi unitari. Essa pertanto deve trovare le vie per giungere ad un sistema unitario, evitando quelle contrapposizioni tra sistema ospedaliero ed università che non corrisponde affatto agli interessi generali, a partire da quelli degli utenti.

Per queste ragioni la Commissione, come già specificato in altre parti del documento, auspica una incisiva revisione delle normative in materia, che costituisce la necessaria premessa per attingere ad un ordinamento unitario».

PRESIDENTE. Metto ai voti la relazione nel testo proposto dal senatore Binaghi, comprensiva delle parole testè riportate.

È approvata.

I lavori terminano alle ore 9,25.



