

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

Doc. XXII-bis

n. 1

Allegato 12

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

Inchiesta sui rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università

RELAZIONE FINALE

Relatore sen. FERDINANDO DI ORIO

*Approvata dalla Commissione nella seduta
del 7 marzo 2001*

I N D I C E

1. L'EVOLUZIONE NORMATIVA DEI RAPPORTI TRA FACOLTÀ DI MEDICINA E OSPEDALI	<i>Pag.</i>	5
2. LE CONDIZIONI ATTUALI	»	19
3. METODOLOGIA DELL'INCHIESTA	»	25
4. RISULTATI	»	26
4.1. Policlinici universitari a gestione diretta	»	26
4.2. Aziende miste convenzionate	»	30
5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	»	44
5.1. Il compito formativo	»	44
5.2. Il compito assistenziale	»	46
6. CONCLUSIONI	»	47

1. L'evoluzione normativa dei rapporti tra Facoltà di Medicina e Ospedali

La legge 17 luglio 1890 n. 6972 sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza tratta delle strutture assistenziali e delle norme che le regolano.

La legge in particolare tratta delle opere pie e di ogni altro ente morale che abbiano per fine «... di prestare assistenza ai poveri, tanto in istato di sanità quanto di malattia» (articolo 1) e dispone che «in ogni comune è istituita una congregazione di carità...» (articolo 2).

L'alta sorveglianza di queste istituzioni assistenziali è attribuita al Ministro per l'interno, anche tramite i prefetti (articolo 44) mentre l'articolo 98 disciplina i rapporti tra le Università e gli ospedali retti da opere pie o congregazioni di carità, prevedendo l'obbligo per gli ospedali di consentire l'accesso agli universitari negli ospedali stessi e d'altra parte l'obbligo per l'Università di corrispondere i maggiori costi derivati dall'essere l'ospedale dedito alla didattica («Nelle città che sono sedi di facoltà medico-chirurgiche, gli ospedali sono tenuti a fornire il locale ed a lasciare a disposizione i malati ed i cadaveri occorrenti per i diversi insegnamenti. È dovuta agli ospedali un'indennità equivalente alla differenza fra le spese che incontrerebbero se non dovessero provvedere al servizio per gli insegnamenti e le maggiori spese cagionate da tale servizio»).

È interessante sottolineare come la legge del 1890, in epoca ben antecedente le tariffazioni DRG, avesse ben presente ed esplicitasse chiaramente che la funzione didattica comportava un costo aggiuntivo rispetto alla sola funzione assistenziale: concetto che oggi appare da molti non così pacificamente accettato.

La costruzione *ad hoc* di un policlinico universitario (Roma, policlinico Umberto I, voluto da Guido Baccelli, più volte Ministro della istruzione pubblica e poi dell'agricoltura e professore di Clinica medica a Roma) rese necessaria l'emanazione di «disposizioni particolari per gli studi di medicina».

Il regio decreto-legge 10 febbraio 1924 n. 549 dispone che nelle città sede di Facoltà di medicina e chirurgia gli ospedali sino a 600 posti letto siano «trasformati in ospedali clinici a seconda dei bisogni dell'insegnamento», mentre per quelli eccedenti siffatta «media giornaliera dei ricoverati» l'entità dei reparti da clinicizzare è demandata al Ministro dell'educazione nazionale (articolo 1).

In tale evenienza (ospedali solo parzialmente clinicizzati) viene previsto «il trasferimento degli infermi... ai reparti di cura col concorso di un delegato delle cliniche universitarie, cui spetterà di provvedere alla scelta degli infermi necessari agli scopi suddetti», cioè all'insegnamento (articolo 2).

Per il funzionamento di questi ospedali provvedono le istituzioni di assistenza (Opere pie), essendo a carico dell'Università gli oneri per il «personale direttivo [medico..., nonché]... per trattamenti speciali... diagnostici e terapeutici...» (articolo 3).

Nel consiglio di amministrazione degli ospedali parzialmente clinicizzati l'Università nomina due consiglieri (articolo 8) mentre su tutte le controversie decide il Prefetto o - su ricorso - il Ministro dell'interno, d'accordo con il Ministro dell'educazione nazionale (articolo 91).

Per gli Ospedali riuniti di Roma viene previsto che le sopra citate norme (articoli 1-3) valgano per i soli reparti del Policlinico occupati dalle cliniche universitarie.

E' interessante notare anche in questo caso l'attenzione del legislatore a prevedere e disciplinare un dimensionamento tipo per gli ospedali interamente clinicizzati, così come la modalità attuata per l'acquisizione ai reparti di insegnamento delle patologie di maggiore rilevanza didattica, tramite la scelta da parte di un delegato universitario dei casi da trasferire; tale problema dell'accettazione nelle strutture clinicizzate (emergenza o elezione?), non può dirsi ad oggi del tutto risolto, tanto che rappresenta fonte di numerose conflittualità tra policlinici e Servizio sanitario nazionale.

Quanto disposto dal regio decreto-legge n. 54 del 1924 è stato ricompreso come tale negli articoli da 27 a 35 del Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore (regio decreto 31 agosto 1933 n. 1592): tali norme sono rimaste vigenti per oltre 40 anni e cioè sino al 1968.

Vanno sottolineati alcuni aspetti di detta normativa:

a) la casistica clinica ospedaliera è resa disponibile per la formazione degli studenti in medicina;

b) viene quindi riconosciuta l'inscindibilità dei rapporti formazione medica-attività clinica;

c) l'individuazione delle necessità formative (individuazione quindi del potenziale assistenziale necessario) è riservata al Ministro dell'istruzione;

d) la risoluzione delle controversie amministrative legate alla gestione dell'assistenza è riservata al Ministro dell'interno (competente a vigilare sulle questioni sanitarie, tramite un Alto Commissariato; poi al Ministro della sanità), d'intesa con il Ministro dell'istruzione.

Con la legge 12 febbraio 1968 n. 132 (cosiddetta legge Mariotti) vengono istituiti gli enti ospedalieri ed in tale fattispecie sono ricompresi anche gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché le «cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura» ai quali si applicano per la parte assistenziale le norme della citata legge.

Inoltre la legge introduce norme di nazionalizzazione della rete ospedaliera (Piano nazionale ospedaliero - articolo 27; Piano regionale ospedaliero - articolo 29), che debbono tenere presenti anche «... le esigenze didattiche e scientifiche delle Università» (articolo 26, comma 1, lettera a), comprese le variazioni di fabbisogno di posti-letto durante il periodo di

vigenza del Piano (articolo 27, comma 4), riguardo alle quali è previsto il concerto del Ministro della sanità con quello della pubblica istruzione.

Viene anche istituito il Fondo nazionale ospedaliero (articolo 33) per la concessione di contributi agli enti ospedalieri per il rinnovo di attrezzature tecnico-sanitarie e per l'erogazione di un contributo ai laureati in medicina e chirurgia (articolo 47) che svolgano il tirocinio di un anno necessario a sostenere l'esame di Stato, venendo nel contempo abrogate con l'articolo 63 le norme sul tirocinio di pratica semestrale di cui alla tabella XVIII annessa al regio decreto 30.9.1932 n. 1652.

Questa normativa viene citata in questa sede perché rappresenta una prima affermazione politica che la formazione del medico è d'interesse sostanziale per il sistema sanitario pubblico, che è disposto a finanziarne la parte finale applicativa (tirocinio), così come farebbe un imprenditore privato in fase di addestramento/pre-assunzione, anche se nelle vicissitudini applicative della legge il tirocinio rimase semestrale ed il contributo non è mai stato erogato.

La tendenza all'equiparazione delle cliniche universitarie agli ospedali pubblici può essere dedotta anche dalla legge 5 febbraio 1968 n. 82, che estende alle Università la possibilità di ottenere erogazioni di finanziamenti pubblici per la «costruzione, completamento ed ampliamento di cliniche universitarie, ospedali clinicizzati e policlinici universitari» (articolo 3).

In coerenza con tale indirizzo, la legge di esecuzione per la concessione dei contributi (legge 20 giugno 1969 n. 383) include le cliniche universitarie, i policlinici e gli ospedali clinicizzati tra i destinatari degli interventi e prevede il concerto del Ministro della pubblica istruzione, oltre che del Ministro della sanità, per l'emissione del decreto di approvazione del programma finanziabile da parte del Ministro dei lavori pubblici.

Si tratta di una norma che avrà importanza rilevante nel determinare una forte differenziazione, quasi a macchia di leopardo, per quanto concerne l'organizzazione dell'attività assistenziale delle Facoltà di medicina e chirurgia, sottoposta a contrastanti pressioni tra due tendenze: da un lato la tendenza verso l'istituzione dell'ospedale di insegnamento, con scorporo della Facoltà di medicina dal sistema universitario, dall'altro la previsione di un finanziamento nazionale *ad hoc* per le attività assistenziali delle Facoltà di medicina, da rendere pertanto parzialmente sganciate dal sistema proprio degli ospedali pubblici (soggetti al finanziamento da parte delle Casse Mutue e dei Comuni, poi dal 1972 da parte delle Regioni).

Un anno dopo la legge istitutiva degli ospedali come enti autonomi (legge 128 del 1968) i successivi decreti delegati hanno disciplinato l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri (Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969 n. 1281), nonché l'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura (Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969 n. 129).

Questo decreto del Presidente della Repubblica in particolare, ha disposto che l'ordinamento interno delle cliniche universitarie si debba adeguare a quello degli ospedali (articolo 1), che i professori di ruolo siano considerati primari agli effetti delle attività assistenziali (articolo 2), che gli aiuti e gli assistenti universitari siano equiparati agli aiuti ed agli assi-

stenti ospedalieri (articolo 3), che i rapporti tra ente ospedaliero ed Università siano regolati da apposita convenzione secondo uno schema-tipo approvato dai Ministri della sanità e della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro del tesoro (articolo 4), che gli istituti e cliniche gestiti dall'Università costituiscano nel loro insieme un «ospedale policlinico universitario» equiparato ad ospedale regionale (articolo 5), con ordinamento organizzativo analogo a questo (articoli 6, 7 e 8).

Il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative e statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972 n. 9) ha trasferito a questi Enti territoriali ogni competenza di ambito sanitario, compresa quella in materia di ospedalità o di addebito di spese; viene in ogni caso mantenuta alla competenza degli organi statali la disciplina relativa alle cliniche ed istituti universitari ed agli IRCCS (articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972 n. 4).

Con la legge Mariotti e con i connessi decreti delegati e leggi di attuazione Università ed Ospedale si avviano ad una collaborazione in regime di parità istituzionale, con l'obbligo per l'Università, quando gestisce direttamente nei Policlinici le attività assistenziali, di uniformarsi alle norme organizzative e gestionali prescritte per gli ospedali regionali (interessante al riguardo è l'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 129 del 1969 che anticipa il concetto di «struttura accreditata», laddove prescrive per i Policlinici universitari l'obbligo del possesso dei requisiti di cui agli articoli 19 e 23 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, riguardanti rispettivamente i requisiti generali e quelli specifici degli ospedali regionali).

Il nuovo assetto normativo si realizza tramite uno specifico atto convenzionale tra Università ed Ospedale, redatto tra parti cui si riconosce una situazione di parità che raggiungono così finalità convergenti; significativo al riguardo è il parere di un insigne giurista e consigliere di Stato, detto appunto "Iodo Papaldo": «con la legge n. 132 del 1968 ... non è infatti più l'Ospedale, essenzialmente istituzione pubblica di assistenza e beneficenza, che cede le proprie strutture all'Università, perché essa vi eserciti un'attività ospedaliera, ma è viceversa l'Università che, avendo necessità per l'esercizio dell'attività didattica e di ricerca di strutture clinico-assistenziali, inserisce il proprio personale docente nell'organizzazione degli enti ospedalieri, i quali in tal modo assumono la responsabilità dell'esercizio dell'attività assistenziale dei Policlinici stessi».

Logica conseguenza dell'equiparazione strutturale-organizzativa e delle disposizioni relative alla assunzione di responsabilità primarie, di aiuto e di assistente da parte dei docenti universitari è stata la loro equiparazione economica al corrispondente personale ospedaliero (legge 25 marzo 1971 n. 213 - cosiddetta legge De Maria - per i docenti), poi disciplinata anche per il personale amministrativo, tecnico e socio-sanitario (legge 16 maggio 1974 n. 200) e successivamente ricompresa nella contrattazione per il personale ospedaliero (articolo 31 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979 n. 761).

Si è accennato al fatto che una serie di norme hanno esteso alle Università la possibilità di ottenere contributi statali per costruire o comple-

tare cliniche e policlinici universitari (articolo 3 della legge n. 82 del 1968; legge n. 383 del 20 giugno 1969 per la concessione di contributi per opere ospedaliere).

Così, mentre la legge n. 128 del 1968 disponeva l'applicazione omogenea delle norme organizzative e gestionali degli ospedali a tutte le strutture assistenziali, comprese quelle a presenza mista universitaria-ospedaliera e compresi gli stessi policlinici universitari, proprio le norme sull'edilizia hanno dato luogo ad una sorta di differenziazione a macchia di leopardo, con cliniche «universitarie» costruite ed in alcuni casi poi gestite dall'Università, ma nella maggior parte dei casi affidate in gestione dagli enti ospedalieri.

In alcuni casi l'Università è intervenuta con fondi propri a modificare strutture ospedaliere o a costruire *ex novo* strutture assistenziali, dando luogo ad una gestione diretta separata da quella dell'ospedale di riferimento per la stessa Facoltà di medicina.

Tale è il caso della Clinica medica a Cagliari o della Clinica chirurgica a Catania, mentre in altri casi si è agito attraverso IRCCS istituiti *ad hoc* o loro sezioni (Cattedra di oncologia di Genova/Istituto Nazionale Tumori e Sezione dello stesso IRCCS in Messina presso la Cattedra di oncologia ricoperta da un Sottosegretario alla sanità).

Esempi di presenza di strutture a conduzione diversa (ospedaliera «mista» e conduzione diretta universitaria) si sono protratti sino ad oggi.

A seguito del riordino disposto dalla legge n. 128 del 1968 si sono comunque avute queste situazioni gestionali (Tab. 1):

TABELLA 1 - OSPEDALI DI RIFERIMENTO DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Su questo quadro si innesta l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 28 dicembre 1978 n. 833) che correla il principio costituzionale della tutela della salute alla generalizzazione del servizio, in una visione antropocentrica, egualitaria, solidaristica, ripartendo i compiti tra Stato, Regioni ed Enti locali e prevedendo il concorso delle associazioni di volontariato (articolo 1).

La programmazione «ospedaliera» (articoli 27 e 29 della legge n. 128 del 1968) viene sostituita dalla «programmazione sanitaria nazionale» che deve individuare i livelli minimi ed uniformi di prestazioni da erogare a tutti i cittadini, con funzioni ripartite tra Stato e Regioni e prestazioni erogabili tramite le Unità sanitarie locali (programmazione e Piano sanitario nazionale: articoli 3 e 53; articolo 5 del decreto-legge 30.12.1979 n. 663 convertito dalla legge 29.2.1980 n. 33; uniformità e generalizzazione: articolo 4; funzioni statali e funzioni regionali: articoli 6 e 7; Consiglio sanitario nazionale con esperti ministeriali e rappresentanti di ogni Regione; istituzione Unità sanitarie locali: articoli 10, 14, 15 ed inoltre: articolo 13 legge 26.4.1982 n. 181 nonché legge 15.1.1986 n. 4, decreto-legge 12.9.1983 n. 463, legge 11.11.1983 n. 638 e legge 11.11.1986 n. 765).

Gli ospedali sono strutture delle Usl, dotate di requisiti minimi strutturali, di cui all'articolo 19, comma 1, della legge n. 132 del 1968.

Gli articoli da 39 a 42 della citata legge n. 833 del 1978 prevedono rapporti convenzionali con le cliniche universitarie, Enti di ricerca, istituti ed enti ecclesiastici, istituzioni ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, peraltro nell'ambito di quanto previsto dal Piano sanitario regionale (articolo 44).

La previsione normativa vuole contemperare le finalità istituzionali di altri ambiti (Università, ricerca con particolare riguardo a quella bio-medica, istituzioni ecclesiastiche) con quelle proprie del Servizio sanitario.

TABELLA 2 - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CONVENZIONI CON L'UNIVERSITÀ
(Legge 23 dicembre 1978 n. 833 - articolo 39: Cliniche universitarie e relative convenzioni)

Per quanto riguarda il rapporto convenzionale Regione-Università (Cliniche universitarie) nel 1982 sono stati emanati contemporaneamente due decreti interministeriali (e nel 1986 un ulteriore decreto interministeriale ha approvato lo schema-tipo per i Policlinici universitari), uno riguardo ai requisiti minimi, l'altro come schema-tipo di convenzione e successivamente un terzo decreto interministeriale per i Policlinici e cliniche gestiti direttamente dall'Università.

1. Il decreto interministeriale 9 novembre 1982 sulla «Determinazione dei requisiti di idoneità per la utilizzazione delle strutture delle Unità sanitarie Locali da parte delle Facoltà di medicina ai fini della ricerca e dell'insegnamento».

Gli elementi indicati perché una struttura sia ritenuta «idonea» (il termine: accreditamento non compare nella produzione normativa) sono essenzialmente: biblioteca, locali idonei per la ricerca e per l'insegnamento, strumenti audiovisivi adeguati, riunioni periodiche di valutazione della ca-

sistica, riscontri diagnostici per almeno il 25% della degenti, reparti per apprendimento pratico e per interventi in emergenza (si ritroverà questo elemento nel decreto legislativo n. 502 del 1992).

2. Il decreto interministeriale 9 novembre 1982 sulla «Approvazione degli schemi-tipo di convenzione tra Regione e Università e tra Università e Unità sanitaria locale», comprendente lo schema Università-Regione, la corrispondenza tra personale universitario e personale Usl, lo schema di convenzione attuativa Università-Usl.

3. Il decreto interministeriale 12 maggio 1986 sulla «Approvazione degli schemi-tipo di convenzione tra Regione e Università per i Policlinici e cliniche gestite direttamente dall'Università».

Con l'emanazione di due distinti decreti interministeriali per disciplinare gli schemi tipo per gli ospedali misti e per i policlinici e cliniche gestiti dall'Università (schemi tipo non previsti come tali in termini espliciti dall'articolo 39 della legge n. 833 del 1978 come distinti per gli ospedali «misti» e per i policlinici) le Facoltà mediche hanno assunto due diversi regimi giuridici, che vanno oltre l'aspetto amministrativo-gestionale, perché alle Università che gestiscono policlinici universitari è concessa una autonomia nell'articolazione delle unità operative che non è riscontrabile nel caso di ospedali misti (Tabella 3).

L'atipia di prevedere due regimi è stata bene avvertita, tanto che nella X legislatura è stato presentato un disegno di legge di unificazione del sistema (nel senso di prevedere la possibile istituzione – da parte di Regione ed Università per ogni Facoltà di medicina – di un policlinico universitario gestito direttamente dall'Università per ogni Facoltà di medicina e chirurgia anche trasformando gli "ospedali misti").

Il disegno di legge n. 3125 [Bompiani A. ed altri, «Riordinamento delle strutture assistenziali delle facoltà di medicina»] non ha avuto seguito, anche perché stava maturando nei sistemi sanitari dei Paesi europei uno scenario che privilegia nuove regole gestionali rispetto alla ridefinizione del «chi gestisce».

In definitiva con la istituzione del Servizio sanitario nazionale l'Università si è convenzionata con la Regione per garantire alle Facoltà di medicina il raggiungimento dei fini istituzionali, ritenuti inscindibili tra didattica, ricerca ed assistenza.

L'attuazione dell'articolo 39 (Convenzioni) ha portato a due regimi differenziati per le Facoltà che hanno come ospedale di riferimento un ospedale misto e quelle che hanno un policlinico universitario.

TABELLA 3 - DIFFERENZE GIURIDICO-AMMINISTRATIVE NEGLI SCHEMI-TIPO CONVENZIONALI TRA SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED UNIVERSITÀ

A cavallo degli anni '90 si è resa evidente in modo non più ignorabile la divaricazione crescente nei pubblici servizi tra spesa e risultati (prestazioni erogate; qualità obiettiva e qualità percepita). L'analisi del sistema ha coinvolto sia l'Università, che gli Enti di ricerca, che il Sistema sanitario nazionale. Si è così constatato che le iniziative di coordinamento e di relativa autonomia adottate nei diversi comparti negli anni '80 non erano state sufficienti a porre rimedio alla scarsa efficienza dei diversi sistemi.

Viene pertanto avvertita l'esigenza di modificare il sistema gestionale dei grandi comparti pubblici erogatori di servizi (istruzione, ricerca, sanità, etc.) sulla base di alcuni principi generali:

1. separazione tra programmazione/finanziamento/acquisto dei servizi (*purchaser*) ed erogazione dei servizi (*provider*);
2. competizione tra gli erogatori dei servizi (con loro autonomia organizzativa);
3. valutazione *ex post* dei risultati, anche valorizzando il giudizio dell'utente (*customer's satisfaction*).

Si tratta di un sistema derivato da una logica «mercantile regolata» (*quasi-market*), in genere definita di «competizione amministrata», introdotta prima nel Sistema sanitario nazionale (legge 23 ottobre 1992 n. 421 e decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993; legge n. 417 del 1998), poi nel Sistema universitario (articolo 5 legge 24 dicembre 1993 n. 537): va anche rilevato che in una qualche misura si cominciano ad introdurre modalità di valutazione oggettiva a posteriori (Università: osservatorio nazionale di valutazione) o di «oggettivizzazione» delle scelte (criteri di efficacia terapeutica provata come criterio-guida per la erogazione gratuita di farmaci: CUF 1994) e di coinvolgimento degli utenti (rappresentante dei «consumatori» nella CUF 1994).

Va rilevato che modifiche simili nella gestione del Sistema sanitario sono state adottate seppure con modalità diverse in tutti i Paesi occidentali, come tentativo di governare la spesa sanitaria e di mantenere al Servizio sanitario le caratteristiche di universalità, di equità e di solidarietà, termini non conciliabili automaticamente con la predefinizione delle risorse (*scarce resources*).

L'urgenza di procedere ad una revisione del sistema di governo (*governance modification*) è stata maggiore nella sanità rispetto agli altri settori, perché la medicina ha subito una rilevante e rapida «pressione» da parte di fattori di cambiamento della domanda di servizi e ciò per via di:

- influenza degli «acquirenti» di prestazioni sanitarie (governi, enti privati, singolo cittadino), che richiedono un numero sempre maggiore di prestazioni e comunque efficienza e costi contenuti;
- influenza del cittadino riguardo alle opzioni mediche, anche in relazione ad una maggiore conoscenza dei problemi della salute (il paziente vuole essere informato e ritiene a volte di poter anche contestare le scelte del medico);
- influenza delle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche e, soprattutto, della medicina molecolare (la medicina, oltre che diagnostico-terapeutica e prognostica, diviene anche predittiva);
- slittamento della medicina da una dimensione meramente clinica ad una combinazione di fattori biomedici con fenomeni socio-economici, psicologici, etico-filosofici.

Le scelte di politica sanitaria hanno identificato più modalità di chiusura della forbice spesa/inefficienza del sistema, tra razionalizzazione (linee guida, note-CUF, etc.), razionamento esplicito (esclusione per tutti di certe prestazioni o di certe categorie di utenti per alcune prestazioni), razionamento implicito (contingentamento delle prestazioni erogabili ed «allungamento» delle liste di attesa; *tickets* su certe prestazioni).

Non tanto in termini di conseguimento di risultati, quanto in termini di discussione e presa di coscienza di questi principi, il coinvolgimento degli operatori sanitari nel nuovo corso è stato certamente generalizzato.

Non così è avvenuto nelle Università, dove la politica di «autonomia e competizione» è stata vissuta soprattutto come razionamento delle risorse (ad esempio nessuna Facoltà - se non una su oltre 500 - ridistribuisce le risorse con modalità indicizzate in relazione a risultati accertati di efficacia didattica o di qualità nella ricerca).

Questo squilibrio di norme e quindi di azioni amministrative e gestionali (tra sistema sanitario e sistema universitario) è stato all'origine nel recente passato di non poche difficoltà nel delineare nuovi e coerenti rapporti tra Servizio sanitario e Facoltà di medicina.

Il problema principale in un sistema accademico-formativo, ma anche in quello della erogazione di servizi sanitari, è quello di progettare un percorso e poi di valutare l'efficacia delle azioni.

Qualsiasi sistema che voglia essere governato con razionalità (*governance*) richiede l'identificazione di obiettivi e metodi di governo, ma so-

prattutto una precisa identificazione del prodotto in termini prossimi al destinatario dell'azione istituzionale.

Se poi si ritiene che gli «erogatori» di prestazioni debbano in qualche misura ed a determinate condizioni competere tra loro per migliorare la qualità delle prestazioni, l'identificazione del prodotto in termini prossimi al destinatario diviene un passaggio obbligato per valutare l'efficienza del sistema: l'analisi dei comportamenti dei due sistemi considerati (Ospedale-Università) mette bene in evidenza come il Servizio sanitario nazionale abbia identificato il prodotto finale in termini accettabili per poter valutare l'efficacia dei singoli erogatori (quantità di prestazioni tariffate, valutazione di qualità tramite gli Uffici relazioni con il pubblico-URP), mentre l'Università ha identificato il «prodotto» solo in termini generali e quindi in modo tale – come verrà approfondito più avanti – da muoversi lentamente verso il sistema di «competizione amministrata» tra le diverse Università.

In Italia con la legge di delega 30 novembre 1998 n. 419 ed il successivo decreto legislativo delegato n. 229 del 1999 è stato corretto il decreto legislativo n. 502 del 1992, rafforzando la programmazione rispetto alla competizione, ponendo come obiettivo del Servizio sanitario nazionale il rapporto stretto tra obiettivi da conseguire (livelli minimi di assistenza garantiti per tutti), risorse necessarie, valutazione dei risultati conseguiti da un gestore monocratico (il direttore generale dell'azienda) legato da un rapporto fiduciario con l'erogatore finanziario/identificatore degli obiettivi specifici (la Regione).

Infine è stato rafforzato il sistema procedurale per ogni struttura erogatrice di prestazioni sanitarie con la sequenza autorizzazione-accreditamento della struttura-piano annuale finanziario, cui è stato aggiunto per gli ospedali l'intervento autorizzativo della pianificazione sanitaria regionale già nella fase di rilascio della licenza edificatoria.

Un sistema gestionale di questo tipo è lontano da esser posto in termini concreti nel sistema universitario: non a caso il legislatore con l'articolo 6 della legge 30 novembre 1998 n. 419 si è posto l'obiettivo di armonizzare i due sistemi con una norma di delega per il «riordino dei rapporti tra Università e Servizio sanitario nazionale», ove tra l'altro veniva prevista la costituzione, sia nei policlinici che nelle aziende miste, di aziende con autonoma personalità giuridica, poi distinte dal comma 2 dell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 in due tipologie per un periodo transitorio di quattro anni (aziende ospedaliere-universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale per gli *ex* policlinici universitari; aziende ospedaliere integrate con l'Università per le *ex* aziende miste).

La normativa delegata rinvia ai protocolli d'intesa Regione-Università la individuazione degli obiettivi comuni di integrazione, di «leale collaborazione», di partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale, nonché di individuazione dei criteri e parametri gestionali e dei criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale da parte del direttore generale (articolo 1 del decreto legislativo 517 del 1999).

Tutte le altre norme sono sostanzialmente norme gestionali aziendali ospedaliere, con le uniche previsioni aggiuntive dei dipartimenti ad attività integrata (la cui regolamentazione è demandata alle linee guida da emanare di concerto MURST-Ministero della sanità), i cui direttori vanno a far parte del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e della presenza del preside di Facoltà nell'organo di indirizzo aziendale (comma 4 dell'articolo 4, decreto legislativo n. 517 del 1999).

Va rilevato prioritariamente che le istituzioni di formazione in generale, Università compresa, non hanno identificato in Italia un sistema di accreditamento fondato su requisiti minimi strutturali e di personale docente, tecnico, amministrativo, etc.; si è anzi fatto ricorso al cosiddetto «costo zero» per nuove iniziative, preconstituendo situazioni di disagio studentesco per poi reclamare risorse aggiuntive ministeriali.

Si tratta di una differenza importante nei confronti del Sistema sanitario, tanto importante da essere stato oggetto di una iniziativa parlamentare (XIII legislatura - disegno di legge n. 3324 d'iniziativa dei senatori Di Orio, Carella, Tomassini, Napoli Bruno ed altri: Istituzione dell'ospedale di insegnamento, che proprio all'articolo 1 disciplina le strutture accreditate per la formazione sanitaria).

L'altra differenza rilevante tra Servizio sanitario nazionale e Sistema universitario riguarda la mancata identificazione del «prodotto» o meglio dei prodotti del sistema universitario.

Pur avendo introdotto modalità di valutazione dei risultati (legge n. 537 del 1993), il sistema universitario differisce ancora sostanzialmente da quello sanitario per non aver a tutt'oggi identificato in termini concreti il «prodotto», ma solo in termini del tutto generali (il che è un indubbio passo avanti rispetto agli anni '70 e comunque non molto di più di quanto già promosso dal Consiglio universitario nazionale sul finire degli anni '80 e nei primi anni '90 con i Piani di sviluppo, formulati sulla base di indicatori).

La mancanza di sistemi di tariffazione dei prodotti rende difficilmente armonizzabili il sistema universitario e quello sanitario.

Proprio la lentezza del sistema universitario nell'adeguarsi alla necessità di adottare sistemi obiettivi puntuali di valutazione degli *outcome* è certamente causa non ultima della debolezza complessiva del sistema universitario, del permanere di comportamenti non condivisibili nelle procedure concorsuali (non ovviati dalla legge 3 luglio 1998 n. 210, che pure ha introdotto l'obbligo del deposito preliminare dei criteri di giudizio da parte della Commissione prima di procedere all'esame dei *curricula* e dei titoli presentati, con idoneità conseguite da concorrenti palesemente inferiori a candidati soccombenti), della scarsa dipendenza del sistema dei finanziamento e di allocazione delle risorse rispetto alla produttività scientifica.

Su questo punto l'alibi che viene presentato è che riguardo alla valutazione dell'attività scientifica non vi sono metodi scientimetrici attendibili per i settori umanistici.

In realtà anche in questi settori è possibile stabilire un criterio almeno di massima che permetta di valutare l'efficienza del sistema e comunque va rilevato che la produttività scientifica dei settori scientifico-tecnologici (compreso il settore bio-medico) è «misurabile» con modalità accettate dalla comunità scientifica internazionale attraverso quegli indicatori che sono richiamati dalla stessa nuova normativa sui concorsi del 1998 (legge n. 210 del 1998).

D'altra parte non ha difficoltà ad operare con tali criteri la Commissione bio-medica del Ministero della sanità nel finanziare gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, valutando i lavori scientifici pubblicati attraverso la loro inclusione o meno nel sistema Pub-Med (*Med-line indexing*), mentre si sta introducendo il fattore d'impatto «ponderato» (per correlare settori diversi tra loro per tipologia e fattore d'impatto medio: questo viene assunto come denominatore del punteggio totale cumulato per normalizzare e rendere comparabili i dati tra un IRCCS ortopedico ed uno geriatrico, pediatrico, oncologico, etc.).

Conflitti e problemi tra Servizio sanitario nazionale e sistema universitario derivano ovviamente da finalità diverse tra i due sistemi, ma anche da scelte generali e da ritardi: dando per scontate le diverse finalità istituzionali, tuttavia il sistema universitario ha scelto e sta rafforzando la competizione amministrata con un divario tuttavia rilevante tra sistema di verifica («vago», presso il MURST) ed unità operative (dipartimenti, strutture didattiche: di fatto non verificate nella produttività), mentre il Servizio sanitario nazionale ha integrato tale sistema con l'introduzione della *governance* ai diversi livelli (Regione, aziende sanitarie, dipartimenti assistenziali, unità operative-*clinical governance*), in ciò favorito dall'aver definito in termini quantitativi e di valore economico il «prodotto» tramite l'introduzione dal 1° gennaio 1995 dei sistemi di remunerazione tariffata (DRG) e poi di decremento tariffario per regolare domanda ed offerta di prestazioni.

L'articolo 6 della legge n. 417 del 1998 enuncia i principi per avvicinare i due sistemi: «rafforzare i processi di collaborazione tra Università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali...» ed il decreto legislativo n. 517 del 1999 ha alcuni aspetti indubbiamente positivi, soprattutto per aver conferito personalità giuridica ai policlinici universitari (separandone la gestione dall'Università), ma si è rivolto soprattutto a determinare «chi comanda», anche per le contraddizioni interne alle Facoltà che hanno situazioni differenziate, con quelle con aziende miste che hanno cercato di agganciarsi ai policlinici ed in realtà questi che sono «trascinati» verso il regime delle aziende miste.

Dove vi sono problemi di rafforzamento della collaborazione, la normativa si è talvolta risolta in una superimposizione dello stato giuridico ospedaliero sullo stato giuridico universitario (con fondati rischi di andare incontro a pronunce di incostituzionalità), non ricercando soluzioni magari radicali, ma rispettose dei due ordinamenti.

La sbrigatività della norma in senso ospedaliero deriva anche dal fatto che il Servizio sanitario nazionale tende a soddisfare prioritariamente i bisogni primari e più urgenti (emergenze, farmaceutica, etc.), tanto da aver riacorciato il legame fiduciario Regione-direttore generale, con questi che viene valutato una prima volta dopo 18 mesi e comunque ha un mandato di durata quinquennale; nel conflitto l'Università può attendere, perché le sue prospettive tendono ad investimenti di più lunga durata, che vanno ben oltre i 18 mesi o i 5 anni.

Lo sviluppo della scienza (ad es. delle biotecnologie) può non essere di interesse immediato per l'azienda ospedaliera e comunque difficilmente troverà spazio rispetto a richieste nel settore dell'emergenza o in quello della prevenzione.

E se il direttore generale ha il diritto di non dover recepire automaticamente nuove cattedre in settori che la Facoltà ritiene di dover sviluppare, la Facoltà ha pari diritto di mettere a bando tali nuove cattedre, che - se sono in settori a strutturazione obbligatoria (si vedano le sentenze Corte costituzionale n. 126 del 1981 e n. 134 del 1997) è evidente il possibile conflitto, in ordine al quale la Conferenza dei presidi ha proposto che le linee guida *ex* articolo 1, comma 2 del decreto legislativo n. 517 del 1999 debbano prevedere che i protocolli d'intesa riguardino anche Unità operative complesse in settori sperimentali e fortemente innovativi (nella stessa direzione va la maggiorazione delle tariffe sino all'8% prevista dalle vigenti linee guida *ex* articolo 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992, approvate con decreto interministeriale 31 luglio 1998).

Non è detto che il divario delle diverse esigenze venga composto nella serie di atti successivi previsti dal decreto legislativo n. 517 del 1999 e cioè - oltre che nelle linee guida *ex* articolo 1, comma 2 - nei protocolli d'intesa Regione-Università stipulati in conformità con le linee guida (articolo 1, commi 1 e 2), nell'atto di indirizzo sulla organizzazione dipartimentale (articolo 3, comma 1), nell'atto aziendale adottato dal direttore generale d'intesa con il rettore (articolo 3, commi 2 e 3), nelle proposte dell'organo di indirizzo dell'azienda (articolo 4, comma 4), del quale fa parte il preside di Facoltà.

Una serie di norme, ripetitive della normativa ospedaliera, indicano in atti che non sono necessariamente sottoposti al parere della Facoltà (intesa Università-Regione, atto aziendale, identificazione dei dipartimenti ad attività integrata, etc.) il sistema organizzatorio dell'azienda sanitaria, con ovvie conseguenze sull'attività dei docenti universitari.

L'organizzazione dipartimentale nei cosiddetti «dipartimenti ad attività integrata» (oggetto misterioso, tant'è che l'articolo 3, comma 7, prudentemente prevede la costituzione dei dipartimenti assistenziali anche nelle aziende derivate dai policlinici universitari) prevede che il direttore «assicuri ... lo svolgimento delle ... attività [assistenziali] da parte del personale universitario ed ospedaliero da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca...» (articolo 3, comma 5), confliggendo con la normativa universitaria, che demanda il coordinamento della didattica al consiglio delle apposite strutture (corso di laurea,

scuola di specializzazione, etc.) e quello della ricerca al dipartimento universitario.

Analogamente l'afferenza ai dipartimenti (integrati) viene disposta per i professori ed i ricercatori con l'atto aziendale, assicurando la coerenza tra settore scientifico-disciplinare, specializzazione ed attività del dipartimento (articolo 5, comma 1): ma un docente universitario può non avere specializzazione ed i dipartimenti universitari sono anche tematici.

L'articolo 5, comma 4, prevede che ai professori ai quali «non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa... sia comunque affidata la responsabilità e la gestione di programmi infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e di valutazione della pratica clinica ed assistenziale...»: ove un professore di prima fascia che non accetti questi incarichi non può dirigere scuole di specializzazione (mentre un professore di seconda fascia - non citato - evidentemente sì).

Autorevolmente è stato anche sostenuto che l'articolo 5 del decreto legislativo n. 517 del 1999 costituisce il cardine del mantenimento dello stato giuridico di dipendente pubblico per il docente universitario, che rimane dipendente dell'Università, con l'articolo 6, comma 4 di tale decreto che va armonizzato con la vigenza dell'articolo 102 del Decreto del Presidente della Repubblica 382 del 1980 e con la decadenza dell'applicabilità al personale universitario dell'articolo 4, comma 7 della legge n. 412 del 1991 sul «tempo unico».

Questi pochi esempi indicano una tendenza normativa minuta, che porta in sé contraddizioni per l'invasione di campo altrui senza motivo alcuno.

La difficoltà di determinare politiche corrette con sinergie tra i due ordinamenti fa sì che si ricorra a strumenti di «contenimento» e di «difesa», da un lato non applicando le ormai consolidate norme gestionali delle attività assistenziali, dall'altro interferendo con ordinamenti universitari, norme statutarie, etc..

2. Le condizioni attuali

La crescita dell'offerta formativa medica nell'ultimo trentennio ha prodotto il moltiplicarsi delle sedi d'insegnamento: dai pochi atenei di antica tradizione, concentrati in aree limitate del Paese, attraenti studenti da tutto il territorio nazionale si è passati ad una diffusione capillare delle Facoltà di medicina che oggi vede le 38 sedi attive (tab.4) presenti in tutte le Regioni (meno le più piccole come la Valle d'Aosta, il Trentino-Alto Adige, il Molise e la Basilicata) con concentrazioni che in taluni casi raggiungono quasi il livello provinciale (vedi le sette sedi lombarde o le quattro emiliane).

TABELLA 4 - CORSI DI LAUREA IN MEDICINA - A.A. 1999-2000 DATI UFFICIO
STATISTICA MURST-ISTAT STIMA POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1/1/2000

Il fenomeno, frutto di molteplici convergenze, ha condotto a risultati indubbiamente positivi in termini di diffusione della cultura universitaria in un paese che ancora oggi si colloca a livelli insufficienti ed inferiori a quelli delle altre nazioni economicamente avanzate ma essendosi prodotto spesso in modo spontaneo, più per sollecitazioni locali e contingenti che nell'ambito di un disegno organico, ha generato problemi e storture di non facile risoluzione.

Basti solo pensare alle innumerevoli polemiche sulla eccessiva quantità di laureati in medicina (321.167 al marzo 1998, dati FNOMCeO) che pongono l'Italia al primo posto per presenza di medici rispetto alla popolazione (1 medico ogni 180 abitanti) inducendo anche una distorsione nella domanda sanitaria, fenomeno tardivamente affrontato con l'istituzione del numero chiuso ma che abbisognerà di decenni per essere riassorbito a livelli fisiologici.

A tale crescita della domanda di istruzione e alla conseguente capillarizzazione delle sedi universitarie non si adeguata l'offerta didattica, essendo restati i ruoli universitari, vuoi per i vincoli di bilancio vuoi per una politica degli accessi disorganica, al disotto di livelli sufficienti a garantire un corpo docente congruo con le moderne necessità formative.

La trasformazione delle vecchie scuole ospedaliere in diplomi universitari, e ora lauree, ed l'adeguamento alle regole europee delle scuole di specializzazione mediche post-laurea ha ulteriormente accresciuto il carico didattico del corpo docente delle Facoltà mediche, già carente in quanto vincolato dal proprio stato giuridico a svolgere, oltre alle funzioni didattiche e di ricerca, comuni a tutte le altre Facoltà, anche attività assistenziali.

Nell'anno accademico 1999-2000 risultavano attivi in 37 sedi 327 corsi di diploma universitario con 8.166 immatricolati al primo anno, 100.401 iscritti alla facoltà di Medicina (dati Ufficio Statistica MURST) oltre a centinaia di scuole di specializzazione a norma CEE con un corpo docente, comprensivo delle Facoltà mediche sia pubbliche che private, di 10.950 unità, numero sicuramente inferiore a quanto necessario ad una didattica che secondo gli attuali modelli non è più concepibile che si esaurisca nella lezione «*ex cathedra*» ma deve essere centrata nell'interazione con piccoli gruppi.

L'apporto del personale laureato del Servizio sanitario nazionale, previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e che avrebbe dovuto rinnovare i modelli didattici tradizionali, appare di scarsa rilevanza quali-quantitativa (prevalente negli insegnamenti del diploma in infermiere, specie nelle sedi decentrate, risulta meno presente nelle scuole di specializzazione e negli altri diplomi universitari); il dato risente verosimilmente sia della «parsimoniosa» applicazione di parte universitaria dell'articolo 6 del citato decreto legislativo sia dall'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica.

Il ridotto adeguamento degli organici appare come una delle conseguenze della crescita tumultuosa delle Facoltà mediche al di fuori di ogni logica programmatoria che definisse gli ambiti, le risorse, i modelli, le necessità complessive.

Nella storia delle Facoltà mediche di recente istituzione si ripropone un modello simile a quello già esplicitato dalla Commissione d'inchiesta nel lavoro recentemente concluso sugli ospedali incompiuti: la nascita delle nuove sedi mediche si colloca a cavallo tra gli anni '60 e '70 sull'onda del *boom* delle iscrizioni universitarie che aprirono la strada a quella che allora veniva definita come «università di massa» ed è sorretta da spinte campanilistiche forti che vedevano nell'Università motivo di orgoglio cittadino, possibilità di emancipazione sociale per i propri figli, fonte di reddito, garanzia di migliore tutela della salute, motivazioni intrecciate con le spinte del corpo accademico delle sedi storiche viciniori che coglievano nelle Facoltà di nuova istituzione inaspettate possibilità di espansione per le proprie cordate di allievi.

Come per gli ospedali incompiuti l'apertura delle sedi accademiche avveniva spesso in assenza di adeguati stanziamenti sia per le infrastrutture che per il personale, innestando una precarietà che si è protratta per decenni e talora ancora si protrae con sedi provvisorie e disperse, supporti didattici insufficienti e inadeguati, corpo docente scarso e/o pendolare.

Per le Facoltà mediche il fenomeno ha presentato livelli di maggiore rilevanza stante la peculiarità degli insegnamenti clinici ove la didattica si embrica indissolubilmente con l'assistenza e la formazione degli studenti è inimmaginabile in assenza di supporti ospedalieri che consentano il contatto diretto con il malato.

Per cui sia la carenza di personale, comune alle altre Facoltà ma certo in esse meno condizionante, che la scarsità di strutture assistenziali, specialmente avvertita nelle sedi più piccole per bacino territoriale, hanno costretto le nuove istituzioni universitarie ad utilizzare per poter svolgere la loro funzione sia personale che strutture di preesistenti complessi ospedalieri del servizio sanitario nazionale.

Da tale peccato originale, ossia l'aver avviato imprese, beninteso meritorie, in carenza di risorse materiali ed umane, resta segnata la vicenda della gran parte delle Facoltà mediche del Paese.

La penuria dei mezzi, aggravata dalle restrizioni imposte negli ultimi decenni dallo stato della finanza pubblica, non ha consentito che le Facoltà si potessero dotare di complessi assistenziali omogenei sia per personale che per impostazione, quali i Policlinici a gestione diretta, modello certo più logico anche se ad oggi limitato ad una minoranza di sedi e in diversi casi travolto da enormi problemi gestionali ed economici.

Inoltre l'espansione numerica delle sedi di insegnamento ha di fatto vanificato la possibilità dell'istituzione di strutture autogestite poiché essendo decine le sedi di recente istituzione i costi sarebbero stati insostenibili per le risorse assegnate al Ministero dell'università.

Il non aver potuto attivare strutture autonome, esclusa l'eccezione del policlinico universitario di Udine, modello per altro atipico vista la prevalenza negli organici del personale dipendente ospedaliero, ha obbligato a scegliere la strada, apparentemente più agevole, dell'utilizzo delle strutture e del personale del servizio sanitario nazionale.

L'innesto delle Facoltà nel tessuto preesistente degli ospedali, pur apportando nuovi impulsi qualitativi, non ha prodotto una nuova forma che superasse le rigidità dei due sistemi, vivificando e permeando entrambe le istituzioni.

In tal senso è mancato uno sforzo normativo che individuasse nuove tipologie per gli ospedali sedi di insegnamento tali da consentire la costituzione di un diverso modello che non fosse il policlinico né l'ospedale consentendo anche l'armonizzazione degli stati giuridici del personale afferente.

I due sistemi sono rimasti di fatto estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in

una condizione di concorrenzialità che rendeva sempre teso il rapporto e difficile la collaborazione.

Le convenzioni regionali ed attuative locali nelle intenzioni del legislatore (articolo 39 della legge n. 833 del 1978 e articolo 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 come integrato dal decreto legislativo n. 229 del 1999) avrebbero dovuto garantire la convivenza tra Servizio sanitario nazionale e Facoltà mediche; nella reale applicazione il meccanismo individuato ha mostrato limiti nella difficoltà e conflittualità della mediazione tra le parti, contrassegnata da innumerevoli ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti compromessi e spesso diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali.

La conflittualità generata dall'essere stati costretti ad affiancare spesso negli stessi spazi fisici strutture sovrapponibili per funzione, e quindi concorrenziali, ma divise da stati giuridici del personale differenti, diverse impostazioni del lavoro e diversa «*mission*» operativa è stata la logica derivazione di un contrasto, mantenuto e paradossalmente rafforzato da un meccanismo, quello convenzionale, che per il suo stesso essere ribadiva la differenza delle parti.

La contrazione delle risorse disponibili, determinato dal taglio della spesa sanitaria operato nell'ultimo decennio, la riduzione quindi dei posti letto e l'applicazione di sistemi restrittivi e di controllo come i DRG e il *budget* hanno acuito il contrasto riducendo gli spazi disponibili, su cui era possibile in passato effettuare le mediazioni, ed imponendo abitudini di lavoro spesso mal digerite dall'intero mondo sanitario ma ritenute più ostative dalla parte universitaria, la cui funzione si ritiene non possa essere limitata e condizionata dalla sola assistenza secondo i vincoli decisi a livello nazionale o regionale.

Mentre la componente universitaria ha avvertito nettamente il timore di una «ospedalizzazione» dell'attività delle strutture clinicizzate per il prevalere degli aspetti remunerativi e produttivistici del lavoro assistenziale a scapito della missione didattica e di ricerca, la componente ospedaliera dal suo canto ha imposto il confronto sulla produttività rinfacciando alla controparte universitaria il privilegio di dedicare solo parte del proprio debito orario all'assistenza, spesso trovando una sponda nelle direzioni generali particolarmente sensibili alle tematiche economicistiche essendo vincolate da mandati regionali comunque focalizzati sul pareggio dei bilanci.

Ulteriore e più rilevante motivo di contrapposizione tra le due aree è rappresentato dal timore, più volte espresso dagli ospedalieri, che la crescita dell'Università porti ad una progressiva occupazione degli spazi ospedalieri.

Tale preoccupazione nasce dalla constatazione che l'assenza di norme che stabiliscano la quota dell'assistenza, espressa in posti letto, necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero

dei discenti rende indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del Servizio sanitario nazionale.

A tale vaghezza dei limiti, fissati di volte in volta in sede di convenzione regionale, si aggiunge la diversa modalità di acquisizione del personale universitario, la cui chiamata è in relazione alle esigenze della Facoltà, esigenze che possono essere anche discordanti con quelle della programmazione regionale ospedaliera.

Ciò comporta che, essendo implicito che un docente espliciti la sua attività didattica su un'area assistenziale, o le politiche di assunzione del personale universitario vengano concordate con la Regione, con ovvia limitazione dell'autonomia universitaria, o che, in assenza di accordi preventivi, si creino conflitti tra la programmazione della Facoltà e quella della Regione.

La diversa possibilità di attribuzione degli incarichi al personale dipendente dall'Università e dal Servizio sanitario fa sì che la corrispondenza funzionale tra le qualifiche universitarie ed ospedaliere spesso non venga applicata nell'attribuzione degli incarichi di dirigenza delle strutture ospedaliere convenzionate con la frequente immissione nell'assistenza di professori di seconda fascia con attribuzioni primariali, maggiormente nelle strutture, e risultano essere la maggioranza, in cui il personale medico subordinato è in prevalenza ospedaliero.

Se a questo si aggiunge la diversa dipendenza del personale e la differenziazione nell'ambito degli obblighi dell'esclusività (applicata per gli ospedalieri, ancora *sub iudice* per gli universitari) è evidente che la presenza di differenziazioni nell'ambito di figure che svolgono mansioni assistenziali simili e nello stesso ambiente non può che determinare frizioni, difficilmente risolvibili se si resta nell'ambito delle regole vigenti che non appaiono in grado di accontentare nessuna delle parti.

Il decreto legislativo n. 517 del 1999 non si può dire che abbia risolto i problemi anche se la mancata emanazione delle apposite linee guida (articolo 1, comma 2) non rende ancora completo il quadro di riferimento.

L'istituzione delle aziende integrate omogeneizza il quadro esistente per la parte che ricolloca più strettamente nel sistema sanitario i policlinici a gestione diretta, ma non tocca i molteplici problemi legati alla convivenza di diverse componenti del personale con diritti e doveri differenti né l'istituzione dei dipartimenti misti, peraltro da anni molto enunciati e nella realtà scarsamente operativi, appare sufficiente ad uniformare comportamenti legati, non a cattive volontà individuali, ma a differenti stati giuridici.

Gli obiettivi di uniformare l'attività assistenziale delle due parti, peraltro ad oggi vanificata dai ricorsi amministrativi, sembrano indirizzati a rendere omogenee al modello vigente per gli ospedalieri le attività universitarie così restando entro lo schema classico delle due realtà differenti di cui ora l'una o l'altra prevale (o l'ospedale diventa università o l'università ospedale).

3. Metodologia dell'inchiesta

A partire dalle considerazioni esposte nella premessa, la Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario ha ritenuto di dover attuare una verifica dello stato dei rapporti tra Facoltà di medicina e Servizio sanitario nazionale attraverso l'ispezione in un numero di sedi campionate nel Paese.

Sono state pertanto ispezionate nel periodo compreso tra il luglio 2000 e il febbraio 2001 nove sedi di Facoltà dislocate in otto città italiane (tab. 5) rappresentanti diverse modalità attuative del rapporto tra Università e Servizio sanitario nazionale.

TABELLA 5. - SEDI OGGETTO DELL'INDAGINE

L'ispezione, articolata in audizioni dei vertici gestionali dell'Università (rettore, direttore amministrativo), della Facoltà (preside, presidenti dei corsi di laurea in medicina ed odontoiatria), della Regione (assessore alla sanità, presidente della commissione sanità del Consiglio regionale), della struttura sanitaria di riferimento (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario) nonché con le rappresentanze sindacali sia universitarie che sanitarie, è stata condotta dai senatori Ferdinando Di Orio e Antonino Monteleone, entrambi Vice Presidenti della Commissione d'inchiesta.

Sono stati altresì presenti la signora Paola di Tullio, coadiutore parlamentare capo, addetta all'Ufficio segreteria, il dottor Massimo Baldassarre, collaboratore esterno della Commissione d'inchiesta (tutte le ispezioni salvo quella a Udine), il professor Sergio Tiberti, collaboratore esterno della Commissione d'inchiesta (solo ispezione di Udine) nonché, alternativamente, i marescialli dei Carabinieri Carmelo Bifarella e Claudio Narduzzi, del nucleo di Polizia giudiziaria della Commissione.

A tutte le sedi oggetto dell'ispezione è stato previamente inviato un modulo di acquisizione dati relativo alle caratteristiche quali-quantitative

della didattica e dell'assistenza, mentre le audizioni sono state registrate a cura di personale delle Questure interessate.

Ulteriore documentazione prodotta in loco è stata acquisita dalla Commissione.

La ristrettezza dei tempi a disposizione unita ai ritardi nell'invio da parte delle amministrazioni interessate della documentazione richiesta hanno impedito una completa acquisizione dei materiali, compresi i resoconti registrati delle audizioni; pertanto le risultanze di seguito esposte sono basate su quanto al momento disponibile, salvo che per Udine ove la documentazione è completa.

4. Risultati

4.1 Policlinici universitari a gestione diretta

Il modello dei policlinici a gestione diretta è presente in tre delle Facoltà esaminate: Udine, Napoli Federico II e Napoli IIa Università.

Mentre i policlinici delle due Università napoletane sono stabilmente collocati nella tradizione ospedaliera cittadina, il policlinico udinese è di recente istituzione.

Inoltre la struttura friulana presenta una differenza in rapporto al personale afferente sia rispetto ai policlinici partenopei che alla generalità dei policlinici operanti nel resto del Paese, essendo costituito per la gran maggioranza da personale dipendente del Servizio sanitario nazionale sia per i ruoli tecnico-amministrativi che sanitari.

Tale anomalia, indotta da limitazioni economico-organizzative legate alla storia della Facoltà udinese, determina una peculiarità che di fatto altera una delle caratteristiche più salienti della forma policlinico, l'essere cioè costituito da personale dei ruoli dirigenziali dipendente, nella stragrande maggioranza o totalmente, dall'Università.

La rilevanza numerica delle figure mediche secondarie provenienti dal settore ospedaliero e differenziate rispetto alle figure universitarie da un diverso stato giuridico induce frizioni assenti nei policlinici tradizionali creando una disomogeneità nei diritti e nei doveri.

Nel caso del policlinico friulano si viene di fatto a configurare una sorta di azienda mista a direzione universitaria i cui obiettivi non è implicito che siano vincolanti per tutto il personale che presenta modalità operative ed aspettative differenti, inficiando uno cardini del modello aziendale come la condivisione degli scopi.

Un'ulteriore particolarità è riscontrabile nella II^a Università partenopea ove, accanto al corso di laurea napoletano che insiste per la parte assistenziale su diversi presidi sanitari dispersi nella città e solo in due casi in complessi direttamente gestiti, esistendo cliniche universitarie collocate in ospedali appartenenti al Servizio sanitario nazionale, è attivo un corso di laurea decentrato a Caserta e gravitante per la parte assistenziale sul locale ospedale.

La peculiarità casertana risiede nel fatto che solo tre strutture di ricovero (malattie infettive, ostetricia, pneumologia) hanno la direzione affidata a docenti universitari; l'attività di tirocinio degli studenti viene pertanto svolta nella quasi totalità in reparti a gestione ospedaliera, limitandosi di fatto l'apporto dei docenti universitari, incardinati sull'assistenza nel polo napoletano, alla sola parte didattica, con evidente alterazione della inscindibilità delle tre funzioni assistenziale, didattica e di ricerca.

L'attività dei corsi medici della II^a Università viene pertanto espletata con tre modalità differenti (strutture direttamente gestite in complessi del policlinico, strutture direttamente gestite in complessi del Servizio sanitario nazionale, una presenza minimale a tipo convenzionale nell'ospedale di Caserta); l'impianto presenta evidenti irrazionalità in termini di dispersione delle sedi, peraltro nel caso di Napoli strutturalmente obsolete, con disfunzione sia assistenziale che didattica, situazione che dovrebbe essere parzialmente risolta con la costruzione del policlinico casertano, ancora però in fase di progettazione.

Viceversa comune a tutte le strutture esaminate, e differente da quanto riscontrabile nelle aziende ospedaliere, è la presenza di organi elettivi che si affiancano alla Direzione generale riducendone le attribuzioni monocratiche.

L'articolazione gestionale più diversificata è ritenuta dagli interlocutori universitari più consona ad una conduzione partecipata della struttura con risultati superiori in termini di conoscenza e condivisione delle scelte.

E' da sottolineare che tale espressione dell'autonomia dei policlinici universitari rispetto al modello vigente per le aziende ospedaliere non è mantenuta nella struttura organizzativa della aziende ospedaliero-universitarie come regolata dal decreto legislativo n. 517 del 1999 ove l'organo di indirizzo (articolo 4, comma 4), con la sola eccezione del preside della Facoltà, è costituito da esterni all'azienda ed alla Facoltà.

Questo elemento viene ritenuto insoddisfacente per la conservazione dell'autonomia della Facoltà che, secondo gli interlocutori universitari, potrebbe essere sacrificata alle esigenze della programmazione sanitaria, essenzialmente volta alla funzione assistenziale ed al contenimento della spesa, postulati di cui il direttore generale è strumento e responsabile di fronte alla Giunta regionale.

Un'ulteriore comune caratteristica riguarda le modalità operative dell'assistenza: tutte e tre le strutture, eccettuate aree limitate come la materno-infantile per Udine e l'ostetrica per Napoli I^a Università, non prestano assistenza in emergenza effettuando ricoveri solo in elezione. Tale limitazione dell'attività, giustificata da carenze di organico (Udine, Napoli Federico II) o per assenza di spazi adeguati (Napoli I^a Università), differenzia notevolmente il modello operativo rispetto a quello delle Aziende ospedaliere o dei presidi Asl.

L'assenza di accettazione in emergenza riduce notevolmente il carico lavorativo delle strutture universitarie, consente una selezione delle patologie che può consentire una migliore programmazione delle attività e una gestione ottimizzata dei DRG, evita il trattamento di casi complicati

sia in termini sanitari che socio-assistenziali, permette di selezionare casistiche omogenee alle esigenze didattiche e di ricerca, facilita la gestione degli orari da parte del personale sanitario universitario.

D'altro canto l'assenza di una pratica dell'emergenza riduce lo spettro formativo offerto agli studenti e specializzandi, crea conflittualità con gli ospedali vicini e con gli organi politici regionali, in genere particolarmente sensibili ai temi dell'emergenza, ed offre una risposta parziale ai bisogni sanitari dell'utenza.

Peraltro un allineamento *tout court* delle strutture assistenziali universitarie ai modelli operativi vigenti negli ospedali dipendenti dal Servizio sanitario, specie nelle situazioni in cui la disponibilità di posti letto è limitata, comporterebbe una rapida saturazione degli spazi disponibili con una riduzione della quota assistenziale funzionale alla ricerca e didattica con una «ospedalizzazione» di fatto delle strutture clinicizzate.

Rispetto alla dotazione strutturale i policlinici considerati presentano criticità sia nel dimensionamento che nella dislocazione delle strutture: il fenomeno è eclatante per la sede friulana e per la Ila Università napoletana.

Entrambe le sedi si articolano su più poli dispersi all'interno delle rispettive città ma anche al di fuori di esse (come nel caso del presidio di Gemona): la condizione pone gravi problemi sia per un'efficace assistenza che didattica, determinando dispersione di risorse e disservizi.

Se nel caso di Udine il fenomeno è la risultante di un sovraffollamento sanitario nella area ospedaliera ove insiste il preesistente ospedale generale e della mancanza di spazi assistenziali adeguati per la Facoltà costretta ad un dimensionamento ritenuto insufficiente, nel caso napoletano i presidi utilizzati presentano caratteristiche di vetustà tali da renderne irrazionale la sola messa a norma ed essendo collocati nel cuore della città mal si prestano ad interventi di adeguamento sostanziale che li pongano in grado di essere riferimento per l'emergenza.

Nel caso di Napoli l'autonomia gestionale attribuita dall'Università non si traduce in un'autonomia contabile, essendo il quadro del personale ancora indefinito con figure, specie del settore amministrativo, che svolgono mansioni essenzialmente legate all'attività di Ateneo ma vengono a gravare sui costi del policlinico.

Ciò determina livelli di spesa non paragonabili ad una pari azienda del Servizio sanitario nazionale, raggiungendo nel caso del policlinico dell'Università Federico II percentuali superiori all'80% delle entrate attribuite dalla Regione, secondo un sistema di finanziamento regionale provvisorio legato alla spesa storica, ulteriore elemento di scarsa efficienza contabile.

Nei rapporti con l'Ente regionale, come regolato dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 517 del 1999, non sembrano manifestarsi elementi di contrasto nel caso dei Policlinici campani ove l'aspetto più rilevante è costituito da un contenzioso in atto per il riconoscimento di crediti dovuti, conseguenti a mancate applicazioni di integrazioni stipendiali per il personale docente impiegato nell'assistenza.

La trattativa, oggetto di ricorso presso gli organi amministrativi di controllo nel caso della II Università e riguardante un importo di svariate decine di miliardi per il policlinico dell'Università Federico II, non sembra presentare rilevanza nel quadro complessivo dei rapporti tra le due istituzioni che vede i due policlinici integrati nel progetto di riordino del sistema ospedaliero regionale.

Nel caso della II Università è previsto il trasferimento di 400 posti letto, attualmente dislocati nei poli napoletani, presso il costruendo policlinico di Caserta, individuato come futuro riferimento per l'emergenza di tutta l'area metropolitana partenopea mentre il policlinico dell'Università Federico II è già integrato nel sistema regionale per le alte specialità.

Più complessa la situazione udinese sia per le peculiarità del policlinico (nuova istituzione, scarsi spazi assegnati, personale misto) sia per le caratteristiche dell'ambito ove si insedia (territorio di riferimento demograficamente modesto, sovraffollamento sanitario indotto dalla presenza nella stessa città di una azienda ospedaliera oltre che a una rete regionale sanitaria estesa e qualificata, scarsi e obsoleti spazi nell'area sanitaria condivisa con l'azienda).

I motivi di confronto con la regione Friuli-Venezia Giulia in tal caso riguardano la carenza di spazi assistenziali, promessi in passato sia dalla Regione che dall'azienda e mai attivati che, limitando a circa 300 posti letto contro i 420 inizialmente previsti, impedisce secondo la Facoltà lo sviluppo del policlinico e che i piani regionali di riduzione della rete ospedaliera rendono di problematica attivazione.

Inoltre la presenza nello stesso ambito di due enti, il policlinico e l'azienda ospedaliera S. Maria della Misericordia, fortemente caratterizzati ed in aperta concorrenza su molti fronti clinici, rende conflittuale la convivenza come testimoniato anche dalle difficoltà incontrate per attivare i dipartimenti misti, strumento pensato per integrare i due complessi.

Dal punto di vista della gestione economica il quadro presentato dai tre policlinici non mostra significativi elementi di scostamento rispetto alla condizione generale delle aziende ospedaliere del Servizio sanitario nazionale.

Nel caso del complesso autogestito di Udine i dati forniti relativi al 1998 indicano un utile di gestione di 1.789 milioni ed una condizione di sostanziale equilibrio viene anche riferita per il policlinico della IIa Università napoletana, nonostante la dispersione e faticenza delle sedi e il succitato ingombro del personale amministrativo ereditato dall'Università.

Viceversa un disavanzo di circa 30 miliardi viene prodotto dal policlinico dell'Università Federico II, peraltro in una partita finanziaria complessiva con la regione Campania che vede l'Università creditrice, come affermano nel corso dell'audizione i responsabili dell'Ateneo, per somme pregresse per più di 100 miliardi (i riferimenti sono espressi in cifre approssimative in quanto al momento dell'estensione della presente relazione non erano stati forniti i dati dei bilanci 1998 espressamente richiesti ai due Atenei campani).

Va tenuto comunque presente, come già in precedenza sottolineato, che l'attività dei tre policlinici, essendo per la quasi totalità priva della funzione di accettazione di urgenza e godendo dell'apporto assistenziale dei medici specializzandi, ha costi differenti rispetto ad una pari struttura del servizio sanitario nazionale che ha tale attività istituzionalmente presente ed il cui personale determina un carico finanziario mediamente superiore.

4.2. Aziende miste convenzionate

La convenzione con le strutture ospedaliere rappresenta il modello di rapporto tra Facoltà mediche e Servizio sanitario nazionale più diffuso nel Paese e nell'ambito del campione considerato è presente nei casi di Bologna, Modena, Ancona, Bari e Torino.

Le modalità dell'apporto della Facoltà medica vengono definite all'interno dei protocolli di intesa tra Università e Regione come regolati precedentemente all'entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1999 dal comma 1 dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni; la nomina del direttore generale è di pertinenza della Giunta regionale ed il quadro di riferimento, come il finanziamento, è quello previsto dalla programmazione regionale.

La Facoltà medica di Pavia costituisce una differente fattispecie in quanto l'apporto assistenziale universitario si realizza all'interno di strutture, come gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, non direttamente dipendenti dal sistema sanitario regionale ma normate da riferimenti nazionali.

Infatti i tre poli sanitari su cui insiste la Facoltà medica pavese (il policlinico S. Matteo, l'istituto Mondino e la fondazione Maugeri) presentano modelli differenti da quelli dei presidi ospedalieri del Servizio sanitario nazionale essendo diretti da Commissari di nomina nazionale e prevedendo come scopo non solo l'assistenza ma anche la ricerca, funzione alla quale il personale è istituzionalmente dedicato e per la quale è previsto uno specifico finanziamento dello Stato.

Ne deriva che il rapporto diviene trilaterale (Università, Stato, Regione) e non bilaterale (Università, Regione) come nelle altre realtà convenzionali; tale fattispecie non è peraltro prevista nel modello di azienda ospedaliero-universitaria delineata dall'articolo 2 del decreto legislativo n. 517 del 1999, elemento che aggiunge ulteriori incertezze ad una condizione già di per sé più complessa.

I dati disponibili pervenuti alla Commissione non consentono di delineare un quadro completo, come era nelle intenzioni iniziali, sia dell'attività assistenziale dei settori universitari che ospedalieri sia delle loro dotazioni di personale che del complessivo quadro di bilancio.

Da quanto al momento in possesso emerge un quadro differenziato per le singole realtà esaminate.

a) Facoltà di Ancona

La Facoltà medica anconetana, unica nella regione Marche, esplica la sua attività assistenziale con rapporti convenzionali con più aziende ospedaliere presenti nella città (policlinico Umberto I, ospedale materno-infantile Salesi, ospedale cardiocirurgico Lancisi) nonché per la parte geriatrico-riabilitativa con un IRCCS (INRCA).

La maggior parte delle attività, in termini dimensionali, sono realizzate nell'ambito del policlinico Umberto I nella nuova sede delle Torrette ove è peraltro previsto a breve il concentramento anche delle funzioni attualmente svolte all'ospedale Lancisi.

I dati disponibili riguardano il solo Umberto I ed esclusivamente per la parte assistenziale (tab. 6) (non sono stati ad oggi comunicati i dati sul personale, bilancio e parte didattica).

Il rapporto tra le due componenti universitaria ed ospedaliera si pone su un livello paritario sia in termini di reparti di degenza (21 unità operative a direzione universitaria e 20 a direzione ospedaliera) che di posti letto di degenza ordinaria (348 universitari, 349 ospedalieri) oltre che di modalità operative (accettazione d'urgenza per entrambe le aree).

Nel complesso entrambe le componenti presentano indicatori di attività assistenziale sovrapponibili con una lieve tendenza a ricoveri più lunghi per i reparti universitari (8,82 giorni contro 7.46), dato tipico dei reparti a maggiore vocazione didattica, compensato peraltro da una maggiore complessità dei casi trattati dai reparti universitari (peso medio DRG complessivo 1.48 contro 1.25).

TABELLA 6 – INDICATORI ASSISTENZIALI DEL POLICLINICO UMBERTO I DI ANCONA – RIFERIMENTO 1998.

La percentuale di occupazione media è inferiore al 75% in due chirurgie generali sia ospedaliera che universitaria ed in talune specialistiche ospedaliere (Odontostomatologia, ORL, Oculistica, Neurochirurgia, Malattie infettive, Dermatologia, Pneumologia, Nefrologia ed Analgesia) ed universitarie (Chirurgia plastica, Clinica oculistica, Clinica dermatologica, Medicina del lavoro).

Superiore per i settori universitari è la capacità attrattiva nei confronti di utenti provenienti da ASL regionali al di fuori di Ancona (55,05% dei ricoveri contro il 45,09% delle unità ospedaliere), dato che diviene quasi sovrapponibile ove si considerino i ricoveri extra-regione Marche (14,6

contro 14,05) con punte di attrazione superiori al 20% dei ricoveri complessivi per talune unità universitarie (Medicina del lavoro 42,39%, Endocrinologia 35,15%, Clinica medica 31,25%, Clinica oculistica 27,32%) ed ospedaliera (Oncologia radioterapia 41,87%, Oncologia 29,22%, Oculistica 22,12%).

La situazione di sostanziale equilibrio sia in termini quantitativi che qualitativi tra le parti non sembra indurre rilevanti situazioni di conflittualità tra le due aree.

L'assenza di dati, al momento non disponibili, relativi al personale ed alla parte didattica, comprensiva dell'apporto del personale ospedaliero alle attività d'insegnamento, non consente di verificare se l'integrazione riscontrata sul versante assistenziale è analogamente rinvenibile anche su quello didattico.

Parimenti la mancata comunicazione dei dati relativi al bilancio dell'azienda non permette di valutare la compatibilità economica del modello adottato che si fonda sulla sostanziale duplicazione delle specialità tra unità ospedaliera ed universitarie.

Sono infatti ben evidenti situazioni di apparente incongruità da un punto di vista economico-gestionale in settori ove la presenza di specialità raddoppiate non è giustificata dagli indici di utilizzo dei reparti che si collocano al di sotto dei livelli ottimali di occupazione.

Vedi le due unità operative di Oculistica che presentano indici di utilizzo del 56,9% per l'universitaria e del 40,4 per l'ospedaliera, le due Dermatologie (69,5% l'universitaria e 59% l'ospedaliera), le due Chirurgie generali (66,5% la Clinica universitaria e 65,6 l'ospedaliera), le unità di Malattie infettive di cui l'Ospedaliera ha indici del 70,7% o le due Neurochirurgie di cui l'ospedaliera ha un indice di occupazione del 71%.

La considerazione che viene spontanea è che la «pace sociale» ottenuta tra Università ed Ospedale con il raddoppio delle unità operative sia pagata sacrificando l'economicità gestionale del complesso ospedaliero che potrebbe ottenere, in talune situazioni, vantaggi da un riaccorpamento dei reparti.

b) Facoltà di Pavia

L'Ateneo pavese, come già in precedenza accennato, per l'esplicamento dell'attività assistenziale intrattiene rapporti convenzionali con tre IRCCS (l'ospedale San Matteo, l'istituto Mondino, la fondazione Maugeri) di cui il primo raccoglie gran parte degli istituti clinicizzati.

I dati disponibili riguardano esclusivamente il policlinico San Matteo sia per la parte assistenziale che per il personale medico impiegato e per il bilancio.

A differenza della sede anconetana ove la Facoltà medica nata recentemente (inizi anni '70) si è inserita in un contesto ospedaliero preesistente e consolidato per cui la crescita della Facoltà ha dovuto far i conti con un complesso di settori ospedalieri attivi, nel caso dell'Ateneo pavese, di an-

tichissima tradizione, il policlinico San Matteo ha da sempre svolto una predominante funzione universitaria.

Pertanto il rapporto con la parte ospedaliera, costituita peraltro da personale dipendente da un IRCCS, quindi con stato giuridico e funzioni differenti dai medici ospedalieri dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, essendo l'attività di ricerca esplicitata nel proprio compito istituzionale, è stato da sempre caratterizzato dalla netta prevalenza della componente universitaria.

Il quadro attuale vede (tabella 7) una predominanza di direzioni di unità operative di degenza affidate ad universitari (27 contro 16 a direzione ospedaliera) che diviene ancora più netta in termini di posti letto (850 universitari, 336 ospedalieri) essendo la presenza ospedaliera concentrata in prevalenza nei settori delle terapie intensive e dell'emergenza (Rianimazione I e II, Pronto soccorso, Psichiatria, Neonatologia) e nel presidio distaccato di Belgioioso con funzioni lungodegenziali.

TABELLA 7 - INDICATORI ASSISTENZIALI DEL POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA - RIFERIMENTO 1998

Di fatto quindi il policlinico si configura come una struttura a dominante caratterizzazione universitaria pur se, considerando il numero complessivo del personale medico, si osserva una presenza minoritaria di quello di provenienza universitaria (94 unità contro 442 ospedalieri) che si mantiene minoritario anche nelle strutture clinicizzate (90 contro 276), ove solo un'unità operativa ha personale tutto universitario (terapia intensiva coronaria con 5 unità su 5) e poche hanno un numero di figure universitarie pari o superiore al 30% (Chirurgia epatopancreatica, Pediatria, Reumatologia, Clinica Ostetrica-ginecologica, Clinica neurochirurgica,

Clinica dermatologica, Clinica medica I e II, Clinica malattie infettive, Nefrologia, Clinica fisiologica).

La conflittualità che potrebbe essere innescata da una tale distribuzione del personale sembra non manifestarsi sia forse per l'antica caratterizzazione universitaria del complesso sia anche per la specifica natura dei medici ospedalieri ma dipendenti da un IRCCS, quindi con maggiori affinità con il personale universitario rispetto agli ospedalieri «puri» cosa che peraltro consente una maggiore permeabilità e passaggi di carriera tra i due settori.

Da segnalare a margine la presenza di 4 figure universitarie inserite in strutture a direzione ospedaliera (Cardiologia, Chirurgia pediatrica, Neonatologia, Urologia) eventualità atipica in quanto la subordinazione del personale universitario convenzionato è di norma affidata a personale universitario.

Il confronto tra le strutture universitarie ed ospedaliere è limitato vista la scarsa presenza di duplicazioni di specialità: è possibile solo per la Chirurgia generale ospedaliera, peraltro la più piccola per posti letto tra le quattro chirurgie esistenti.

Si segnala che l'unità ospedaliera presenta rispetto alle omologhe unità universitarie una degenza media più breve (7,81 giorni contro rispettivamente 8,39-10,09-10,4), un tasso di occupazione più elevato (78,5 contro 66,2-77,2-64,5) ma con un peso medio DRG più basso (0,97 contro 1,04-1,48-1,27) ed una minore capacità attrattiva verso l'utenza extra-ASL (19,6% contro 28,5-29,1-26,2) ed extra-regionale (6,9% contro 11,9-16,2-13,7).

Nel complesso si conferma quanto già evidenziato in altre sedi: le unità ospedaliere presentano degenze più brevi (7,11 contro 7,77 giorni), indici di occupazione più elevati (78 contro 74,7%) ma una complessità dei casi trattati come espressa dai DRG minore (1,35 contro 1,56) e minore capacità attrattiva (31 contro 42% per utenti extra-ASL, 14 contro 22% per utenti extra-Regione).

Da segnalare duplicazioni di strutture universitarie che per dimensionamento non appaiono funzionali in termini di parametri assistenziali come le due unità operative dedicate alle malattie infettive per complessivi 74 letti con indici di occupazione del 58 e 50,7% o le due chirurgie generale-toracica e gastroenterologica-mammaria con complessivi 100 letti ed indici di utilizzo rispettivi del 64,5 e 66,2%.

Analogamente poco funzionali appaiono i dati di talune specialistiche universitarie come la dermatologia con 53 posti letto, una degenza media di 10,7 giorni ed un tasso di occupazione di 62,8%, l'ortopedia con 71 posti ed un indice di occupazione del 56,9% affiancata dalla traumatologia ospedaliera con 41 posti ed un indice di occupazione del 69,6% nonché la neonatologia ospedaliera con 25 posti letto ed un indice di occupazione del 36,8%.

Dall'esame del bilancio 1998 (tabella 8) del Policlinico San Matteo si evidenzia un disavanzo di 27.033 milioni peraltro ancora in fase di definizione stante una modifica regionale della retribuzione delle voci assi-

stenziali non remunerate a tariffa che dovrebbe portare 17.011 milioni il *deficit* di bilancio.

TABELLA 8 - BILANCIO ESERCIZIO 1998 POLICLINICO SAN MATTEO - PAVIA

Da segnalare il basso livello percentuale sulle uscite (38,75%) rappresentato dalle spese per il personale che spicca ove confrontato con le purtroppo scarse situazioni ove il dato è stato fornito.

Paragonando il dato pavese con quello di Udine, sia del policlinico autogestito che dell'azienda ospedaliera S. Maria della Misericordia, si osserva una differenza notevole (minore di quasi 20 punti percentuali) peraltro non giustificata da un minor numero di addetti almeno per quanto riguarda il personale medico (tabella 9).

Considerato che nelle aziende di servizi ad alta intensità di personale come quelle sanitarie la spesa per gli addetti in genere è superiore alla metà delle uscite il dato meriterebbe una attenta riflessione.

TABELLA 9 - CONFRONTO TRA NUMERO PERSONALE MEDICO UNIVERSITARIO ED OSPEDALIERO IMPIEGATO NELLE U.O. CON LETTI ORDINARI, NUMERO DI POSTI LETTI ORDINARI, PERCENTUALE DEL COSTO DEL PERSONALE DI TUTTI I RUOLI SULLE USCITE GLOBALI (DATI 1998)

c) Facoltà di Bari

Il complesso convenzionato barese presenta indici di attività assistenziale nella norma sia per degenza media che per tasso di utilizzo che per peso medio DRG: purtroppo l'assenza di specificazione delle afferente universitaria o ospedaliera delle varie unità operative di degenza impedisce qualsiasi raffronto così come, non essendo stato fornito il dato del personale medico impiegato nell'assistenza non è possibile verificare l'incidenza delle due aree nel complesso dell'attività assistenziale.

Analogamente non ancora forniti sono gli indici relativi alla capacità attrattiva del complesso nei confronti degli utenti extra-Asl baresi ed extra Regione Puglia così come i dati relativi al bilancio 1998 e alla parte didattica, sia per la Facoltà medica che per le scuole di specializzazione ed i diplomi universitari.

Risulta pertanto impossibile addentrarsi, come per le altre sedi in cui la documentazione fornita è più esauriente, in analisi della funzionalità assistenziale, didattica ed economica del complesso convenzionale.

Ci si limita pertanto a fornire quanto comunicato (tabella 10) precisando che il dato dei posti letto, espressi nella quasi totalità in numeri decimali, corrisponde a quanto è stato inviato, senza esplicazioni di sorta, agli uffici della Commissione.

Analogamente da sottolineare l'abnorme dimensionamento di taluni reparti (chirurgia generale 145,25 posti letto, Ostetricia e Ginecologia 174,58, Medicina interna 181,25, Neurologia e Psichiatria (sic!) 144,67) solo per citare i casi più eclatanti che fanno supporre che siano stati comunicati dati indistinti per aree ove verosimilmente operano più unità ope-

relative, essendo poco verosimile che nel policlinico barese siano stati mantenuti, in omaggio ad una visione ottocentesca della pratica medica ospedaliera, modelli divisionali con centinaia di posti letto.

Purtroppo l'assenza del dato del personale per unità operativa, comprensivo delle figure apicali, peraltro espressamente richiesto, impedisce di sciogliere l'enigma se trattasi di grave errore di comprensione o di un interessante reperto di archeologia sanitaria.

TABELLA 10 DATI RELATIVI ALL'AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO DI BARI

d) Facoltà di Torino – Corso di Laurea di Orbassano

Il corso di laurea in medicina, recentemente attivato presso l'azienda ospedaliera S. Luigi di Orbassano, nasce da una gemmazione della Facoltà medica dell'Università di Torino tramite la riconversione di una struttura specialistica tisiopneumologica situata nell'*hinterland* torinese.

La Facoltà, ancora in fase di sviluppo, risente sia dello scarso dimensionamento del corpo docente sia dell'insediamento nella struttura ospedaliera del San Luigi che vista la precedente caratterizzazione fisiologica non offre tutti i supporti strutturali necessari ad un complesso polispecialistico quale dovrebbe essere un Azienda mista sede di corso di laurea.

Inoltre il complesso si colloca in un contesto periferico torinese già servito da ospedali generali di Asl di medie dimensioni di cui duplica di fatto le funzioni innescando un meccanismo concorrenziale su ambiti medici sovrapponibili.

TABELLA 11 – DATI RELATIVI ALL'AZIENDA OSPEDALIERA S. LUIGI DI ORBASSANO

Infatti l'Azienda non offre, esclusa l'area pneumologica ove l'antica tradizione specialistica ancora richiama utenza extracittadina, particolari specialità rispetto agli ospedali generali vicini, condizione che crea difficoltà di identità per l'Azienda e squilibri economici che non hanno sinora garantito un soddisfacente equilibrio gestionale (purtroppo anche in questo caso i tempi stretti tra l'ispezione e la conclusione dell'inchiesta non hanno consentito la completa acquisizione della documentazione richiesta: pertanto sono disponibili (tab. 11) solo dati sull'aspetto assistenziale e peraltro forniti incompleti mancando del peso medio DRG e degli indici di attrazione nonché del bilancio d'esercizio 1998).

La scarsa efficienza della struttura ospedaliera è testimoniata dai dati benché parziali disponibili ove emerge un tasso di utilizzo soddisfacente ma ottenuto con una degenza media oltre i 10 giorni superiore agli indici di riferimento e a quelli delle altre strutture considerate che si attestano sui 7-8 giorni, con la particolarità della diabetologia che presenta degenze medie di ben 18 giorni (il dato dell'occupazione riportato è sicuramente errato dovendosi collocare, secondo i valori riferiti, al 79%) come l'assenza di personale dedicato all'Unità coronaria fa ritenere che il servizio venga svolto dal personale della Cardiologia.

La presenza del personale universitario, prevalente nelle posizioni apicali (15 unità operative contro le 13 ospedaliere) è esiguo rispetto a quello ospedaliero (27 unità contro 205), ulteriore elemento disequilibrio testimonianza di un innesto universitario ancora gracile e poco caratterizzato.

Nel complesso non sembra che, a parte l'area specialistica pneumologica preesistente, la presenza universitaria abbia modificato le caratteristiche della struttura che appare connotarsi più come medio ospedale generalista con forte componente di lungodegenza.

e) Facoltà di Modena – Azienda ospedaliera policlinico

La documentazione richiesta non è stata inviata per cui le considerazioni che seguono discendono dal materiale fornito in sede di audizione e relativo al protocollo d'intesa tra regione Emilia-Romagna ed Università ed al successivo accordo di attuazione locale tra Facoltà di Modena ed azienda ospedaliera del maggio 2000.

Da quanto disponibile la configurazione del complesso assistenziale misto vede una tradizionale prevalenza della componente universitaria per quanto attiene il numero dei posti letto e la direzione delle strutture (tab. 12).

TABELLA 12 - CONSISTENZA DELLA COMPONENTE UNIVERSITARIA ED OSPEDALIERA NEL POLICLINICO DI MODENA SECONDO LA CONVENZIONE ATTUATIVA LOCALE

La successiva tabella 13 definisce l'elenco delle strutture messe a disposizione della Facoltà di medicina da parte dell'azienda ospedaliera di Modena per lo svolgimento delle attività didattiche di cui al punto 2.1 del titolo I del Protocollo d'intesa regionale del marzo 1998 che prevede un numero di letti «non inferiore e tre per ogni studente iscritto al primo anno tenendo comunque conto della dimensione minima ottimale delle strutture nelle quali si deve svolgere compiutamente il percorso formativo previsto dagli ordinamenti didattici della fase clinica.» ed un «adeguata presenza di personale medico universitario nella dotazione organica».

La tabella 14 identifica le strutture che non rientrano nella tabella 13 e la cui direzione è affidata temporaneamente a docenti universitari secondo quanto previsto al punto 2.2 del titolo I del Protocollo d'intesa regionale («la direzione universitaria ...è confermata in capo a chi ne è titolare al momento della stipulazione dell'accordo attuativo...sino alla cessazione del sottostante rapporto del medesimo titolare con l'Università»).

Per la successiva attribuzione delle responsabilità dirigenziali si applica quanto previsto dal punto 2.3 del titolo II del Protocollo d'intesa regionale che prevede che nel caso il direttore generale intenda attribuire ad un professore universitario tale responsabilità, previo accordo con l'Università, l'Unità operativa interessata viene inserita temporaneamente tra quelle a direzione universitaria sino alla cessazione dell'incarico.

Sempre la tabella 14 individua i posti letto in esubero rispetto all'allegato 1 della tabella 12, aggregati temporaneamente alle dotazione delle strutture complesse a direzione universitaria.

La tabella 15 elenca le strutture «non necessariamente adibite allo svolgimento delle attività didattiche dei corsi di laurea della Facoltà di medicina».

TABELLA 13 - ELENCO DELLE STRUTTURE MESSE A DISPOSIZIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA DA PARTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI MODENA

TABELLA 14 - ELENCO DELLE STRUTTURE TEMPORANEAMENTE MESSE A DISPOSIZIONE DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA DA PARTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI MODENA E DEI POSTI LETTO IN ESUBERO AGGREGATI TEMPORANEAMENTE A STRUTTURE COMPLESSE A DIREZIONE UNIVERSITARIA

TABELLA 15 - ELENCO DELLE STRUTTURE NON NECESSARIAMENTE ADIBITE ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE DEI CORSI DI LAUREA DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA

La forte caratterizzazione universitaria del policlinico modenese in termini di strutture convenzionate (mancando il dato del personale non è dato sapere se analoga prevalenza esiste anche per il personale medico non apicale) lo classifica di fatto strutturalmente più simile ad un complesso universitario a gestione diretta: in tale prospettiva vanno intese le

conto delle osservazioni esposte dalla componente docente nel corso delle audizioni.

Vengono infatti, pur all'interno di un rapporto ritenuto soddisfacente con la Regione e la direzione generale, sollevate questioni generali riguardanti le limitazioni all'autonomia universitaria poste del controllo dalla Regione (nomina del direttore generale di pertinenza della Giunta regionale, scarso coinvolgimento degli organi accademici nella gestione, prevalenza nei programmi dei contenuti aziendalistici e di produttività assistenziale rispetto alle funzioni didattiche e di ricerca), preoccupazioni più avvertite che in altre situazioni di aziende miste ove la presenza universitaria è minoritaria o paritaria.

La sostanziale «clinicizzazione» del complesso modenese è confermata dalla valutazione, oltre che quantitativa, qualitativa della presenza della componente ospedaliera, specie nell'area delle degenze, ove prevale nei settori a minore intensità specialistica come l'accettazione ed emergenza e la post-acuzie (114 posti letto complessivi) ed è minore nei settori a maggiore qualificazione specialistica (65 posti letto complessivi).

Stante tale situazione è ipotizzabile un processo di progressiva e totale clinicizzazione anche favorita dal protocollo regionale di intesa, che al punto 2.3 del titolo II apre ai docenti la possibilità di accedere alla responsabilità di strutture ospedaliere ad apicalità vacante conservando il ruolo universitario e determinando quindi il passaggio, temporaneo, dell'unità al *pool* delle strutture clinicizzate, cosa ovviamente non reciproca in caso di vacanza di apicalità di strutture già convenzionate che mantengono comunque la loro apicalità ed afferenza universitaria.

f) Facoltà di Torino – Azienda Ospedaliera La Molinette

g) Facoltà di Bologna – Policlinico Sant'Orsola

Non sono stati forniti dati alla Commissione che consentano di tracciare un documentato giudizio sulle due situazioni: in entrambi i casi trattasi di modelli aziendali misti con tradizionale prevalenza della componente universitaria, anche se la quantificazione del rapporto, sia in termini di apicalità e tipologia delle strutture, sia in termini di personale medico impiegato, è resa impossibile dalla totale assenza di elementi conoscitivi.

5. Considerazioni conclusive

5.1. Il compito formativo

Le Facoltà mediche sono oggi istituzionalmente deputate oltre che alla preparazione dei laureati in medicina alla qualificazione degli specializzandi nonché alla formazione tramite gli specifici corsi di laurea, in parte derivati dalla trasformazione dei precedenti diplomi universitari,

del personale delle professioni sanitarie infermieristiche, riabilitative e tecniche.

Il personale docente, oggi rapportato ad 1 ogni 9,2 iscritti a medicina (dati nazionali per l'anno accademico 1999/2000 forniti dal MURST), è insufficiente per una formazione dedicata sia per le specializzazioni che per le professioni sanitarie con il pericolo concreto di una preparazione insufficiente o comunque non calibrata sulle esigenze specifiche dei singoli corsi.

Tale insufficienza diviene evidente non solo quantitativamente ma anche qualitativamente ove si consideri che le nuove lauree professionali sanitarie, come le scuole di specializzazione medica, richiedono un approccio didattico differente da quello tradizionale universitario, essendo immediatamente legate al «saper fare», cioè ad una pratica immediata delle conoscenze acquisite con percorsi formativi più diretti rispetto al modello dell'insegnamento universitario classico.

La prevalenza dell'aspetto tutoriale, della didattica «faccia a faccia» incentrata sul caso clinico aumenta pertanto il bisogno di personale docente.

Poco realistica appare la possibilità che in tempi brevi le Università si dotino di ulteriori docenti per le nuove necessità didattiche richieste alle Facoltà mediche o che l'apporto del personale ospedaliero, come oggi configurato (insufficiente valorizzazione economica e di carriera, scarsa responsabilizzazione), consenta di acquisire un corpo docente dedicato pari ai compiti che lo spirito della normativa sottende.

La logica dell'incremento dell'offerta formativa senza aumento dei costi mal si concilia con una qualità della formazione come richiesta dalla normativa europea e dalle esigenze del mercato: diviene necessario prevedere o un aumento del corpo docente universitario o una maggiore incentivazione dell'apporto extrauniversitario o entrambe le possibilità.

Diviene pertanto indispensabile ragionare su un modello didattico che non può più essere quello delle tradizionali Facoltà, insufficienti, per logiche e dimensioni, a far fronte alla continua espansione di una domanda formativa a carattere eminentemente pratico (oggi le lauree brevi e specialistiche, domani la formazione permanente del personale), ma che deve prendere in considerazione un nuovo contenitore ove, secondo i modelli formativi in atto nelle altre realtà europee e nordamericane, la preparazione teorica sia immediatamente embricata all'attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare in cui le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula.

L'assenza di una metodologia che consenta la valutazione del prodotto formativo, così come esiste per il prodotto assistenziale, crea una difficoltà oggettiva nel quantificare e remunerare il valore della formazione.

Dato che è concordemente ritenuto che la produzione di competenze tecnico-scientifiche attuata attraverso il processo formativo comporta un costo aggiuntivo rispetto alla sola prestazione assistenziale, già parame-

trata attraverso i classici indici di efficienza ospedaliera e remunerata con il sistema DRG, il nodo da sciogliere è nella quantificazione del di più e nella valutazione del risultato ottenuto.

In altri termini un ospedale che insegni a studenti a diventare medici, a medici a divenire specialisti, ad altri soggetti a formarsi nelle professioni sanitarie o offra la formazione permanente quanto costa più di un ospedale ove si assista solamente il paziente?

E come è possibile verificare l'efficacia del prodotto intellettuale fornito in modo da controllare la resa del finanziamento aggiuntivo attribuito?

La mancata risposta a tali questioni è la principale causa di incertezza e di contrasto nell'attribuzione delle risorse tra ospedali clinicizzati e Regioni, fonte di disomogeneità sul territorio nazionale e di conflittualità irrisolvibili in assenza di regole definite.

Sarebbe pertanto auspicabile che nell'ambito dei provvedimenti attuativi del decreto legislativo n. 517 del 1999, oltre alla delimitazione delle necessità degli spazi assistenziali per la formazione medica e sanitaria estesa (premessa indispensabile in quanto l'assenza di limiti certi nella presenza delle Facoltà mediche e nel loro bisogno di didattico di assistenza è, come già in precedenza sottolineato, la causa prima delle difficoltà oggi riscontrate nell'ordinare il settore) venissero individuati parametri di verifica del prodotto che consentano anche di fornire, in analogia a quanto previsto per le strutture ospedaliere, una classifica di qualità delle sedi formative, innescando un circuito di concorrenzialità, che opportunamente controllato, non potrebbe che generare vantaggi in un settore oggi in verificato e cristallizzato.

Come già discusso per il settore della ricerca, oggi facilmente parametrabile con metodologie consolidate a livello internazionale (index medico, *impact factor* delle pubblicazioni scientifiche), può essere adottato un modello di valutazione dei risultati del percorso formativo che oltre ad elementi oggettivi già in uso (percentuale di fuoricorso, numero del personale docente per alunno, presenza e qualità dei supporti didattici, presenza di attività di tutorato, casistiche ed attività prodotte dallo studente, eccetera) preveda una valutazione finale, con metodiche standardizzate ed omogenee per tutto il territorio nazionale, attuata da organismi esterni alla sede di formazione.

Il risultato delle verifiche dovrebbe attribuire ad ogni sede d'insegnamento un peso cui parametrare anche i finanziamenti aggiuntivi dedicati alla formazione.

5.2. Il compito assistenziale

Considerato che per la formazione medica l'assistenza è indiscindibilmente legata alla didattica la soluzione più logica appare essere quella di strutture a gestione universitaria ove personale docente applichi direttamente l'attività sanitaria, come si realizza nei policlinici a gestione diretta.

I riscontri della realtà verificata pongono però numerose limitazioni a tale modello.

Le peculiarità della condizione universitaria (numero limitato del personale medico docente, impegno orario assistenziale ridotto per la contemporanea presenza dell'impegno didattico e di ricerca, necessità di casistiche cliniche selezionate per la didattica e la ricerca, costi per caso trattato mediamente più elevati) rendono complesso l'apporto assistenziale delle Facoltà mediche che si configura differente da quello fornito dai complessi del servizio sanitario nazionale.

Non essendo ipotizzabile un doppio circuito assistenziale (ospedali facenti parte del Servizio sanitario nazionale ed ospedali universitari) con compiti e prerogative differenziate, vista anche la quantità delle sedi mediche presenti nel territorio e la capillarità della distribuzione che ha portato all'istituzione di ospedali clinicizzati anche in città ove essi rappresentano la sola o principale risposta ai bisogni sanitari della popolazione, è ovvio che, esclusi i centri maggiori ove è possibile una differenziazione, per la presenza di più complessi ospedalieri, dei compiti assistenziali, gli ospedali sede di insegnamento debbano svolgere un'assistenza che garantisca al cittadino una copertura sia dell'elezione che dell'emergenza.

La questione diviene evidente nell'affrontare il problema dell'attività *roulinaria* dell'accettazione in emergenza, spesso non fornita dai policlinici e fonte di numerosi conflitti con le Regioni e con gli altri ospedali del Servizio sanitario nazionale.

Partendo dal presupposto che la funzione assistenziale negli ospedali clinicizzati è subordinata alla didattica ed alla ricerca sarebbe logico ritenere, dato anche il limitato numero di personale e di posti letto, che la modalità operativa dovrebbe essere quella del ricovero in elezione che selezioni le casistiche e quindi controlli l'accesso in ospedale, evitando le patologie non rilevanti in termini didattici e di ricerca attribuendo quindi solo funzioni di secondo livello ai complessi con compiti di formazione.

Tale scelta però confligge sia con le richieste dei cittadini e dei referenti politici, crea attriti sia con gli altri ospedali sia all'interno dello stesso ospedale misto e in cui sia presente un area ospedaliera, non è praticabile nei numerosi casi in cui l'ospedale universitario è l'unica o principale risposta sanitaria del territorio, priva inoltre il personale in formazione dell'acquisizione delle conoscenze e delle competenze in un settore fondamentale della pratica sanitaria.

6. Conclusioni

Appare evidente, a meno di ipotizzare inverosimili massicce immisioni in ruolo di personale universitario, che peraltro dovrebbe sempre dedicare solo parte del suo tempo all'assistenza, essendo esplicitamente proibito dalla legge l'assunzione di personale universitario con soli scopi

assistenziali (articolo 5, comma 15 del decreto legislativo n. 517 del 1999), che l'unica via praticabile nella generalità del territorio nazionale è quella dei complessi misti, come peraltro delineato dal decreto legislativo n. 517 del 1999 (articolo 2, comma 2).

Il modello della scuola di formazione, inserita all'interno di complessi assistenziali e d'insegnamento con personale misto che integri la didattica alla pratica sanitaria, appare il più adeguato ai compiti su delineati, essendo impossibile ritenere realizzabile una rete di policlinici universitari a gestione diretta e con personale esclusivamente universitario tale da garantire una risposta adeguata alle necessità attuali e future della formazione sanitaria sia medica che delle altre professioni tecnico-sanitarie.

Se questo è il modello, ne consegue che diviene prioritaria la necessità di armonizzare e far convergere la normativa universitaria e quella sanitaria che oggi si scontrano con l'inevitabile mancato sincronismo dei provvedimenti dell'uno e dell'altro comparto, con le autorità preposte (il Consiglio di facoltà per il settore universitario ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera per il settore assistenziale) che si trovano a dover rispondere a logiche non necessariamente conciliabili.

I problemi riguardano essenzialmente le strutture di gestione, la programmazione e le funzioni di coordinamento dei docenti universitari medici, biologi, etc., il sistema di finanziamento e di erogazione dei compensi al personale universitario, le differenze di compiti e responsabilità tra le due componenti ospedaliera ed universitaria, il conciliare la logica aziendalistica con le necessità della didattica e ricerca, contraddizioni che portano a stalli operativi come nel caso in cui, ad esempio, la Facoltà decida, perché ne ha il diritto, di istituire una nuova cattedra per favorire lo sviluppo di un settore scientifico o per esigenze di lungo periodo, mentre l'azienda ha da parte sua analogo diritto di non dover automaticamente predisporre un nuovo reparto per la nuova cattedra.

L'attuale tendenza si basa su di un intreccio di norme, fonte di conflitti senza fine e di insoddisfazione sia del settore universitario che di quello ospedaliero e l'assetto unitario istituzionale (il decreto legislativo n. 517 del 1999 che prevede ancora due tipi di azienda) non può risolversi nel riassorbimento di una tipologia da parte dell'altra (qualunque essa sia).

Diviene indispensabile individuare un nuovo modello che, superando le differenze, istituisca qualcosa di diverso da una omologazione per l'Università al modello dell'Azienda ospedaliera o una assimilazione dell'azienda all'Università: sembra congruente con l'analisi sin qui effettuata ipotizzare una istituzione *no profit* che in una qualche misura tenga conto della riforma, peraltro ancora *in itinere*, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (ridenominati Istituti per la ricerca biomedica-IRB), che - se privati - assumeranno la veste giuridica di fondazioni nel cui consiglio di amministrazione saranno rappresentati gli interessi originari, nonché quelli espressi da aventi causa (Regione, Università, Ministero della sanità, MURST, soci e sovventori istituzionali).

La presenza dell'Università negli organi gestionali, oggi limitata alla fase della nomina del direttore generale ed alla presenza del Preside della facoltà nell'organo di indirizzo (articolo 4 del decreto legislativo n. 517 del 1999), consentirebbe di superare un limite oggi diffusamente avvertito di scarsa compartecipazione dell'Università all'andamento complessivo delle strutture miste che si traduce in un atteggiamento spesso di «controparte», e non di «socio», nei confronti della direzione generale e della Regione.

È infatti diffusa la lamentela dei direttori generali di complessi convenzionati sul maggior costo, in genere poco riconosciuto dalle Regioni, degli ospedali di insegnamento non solo dovuta a motivi fisiologici conaturati con la funzione didattica, ma spesso determinata dalla scarsa aderenza dei reparti clinicizzati alle regole di controllo della spesa, vissute come fastidiosi obblighi burocratici dalla gran parte del personale docente, sicuramente su questo terreno meno disponibile alle logiche del *management* sanitario rispetto al mondo ospedaliero.

La responsabilizzazione dell'Università, oltre che degli altri soggetti interessati istituzionali o privati presenti nel consiglio di amministrazione, ad una gestione che non comporti oneri di bilancio da dover ripianare con proprie risorse renderebbe più articolato e condiviso da tutte le componenti professionali presenti nel complesso misto il mandato del direttore generale, superando anche l'attuale monocraticità della figura, organo tecnico solo formalmente autonomo nelle scelte, ma nella realtà pesantemente vincolato dall'organo politico regionale.

La nomina del direttore generale da parte del consiglio di amministrazione assicurerebbe una modalità più rispettosa della pluralità degli enti interessati e della specificità del complesso non assimilabile al modello delle attuali aziende, di fatto organi strettamente connessi al livello regionale, con tutte le limitazioni e le possibili storture che la dipendenza da un organo esclusivamente politico comporta.

In siffatta ipotesi l'organizzazione assistenziale non potrà che essere di tipo dipartimentale, a letti indivisi, con i docenti universitari come «professionisti»-dirigenti coordinati nell'ambito del dipartimento assistenziale.

Una scelta di tal tipo consentirebbe di superare un altro dei motivi di contenzioso costantemente rinvenibile nelle attuali aziende miste e prodotto dalla necessità di incardinare i docenti convenzionati su un reparto secondo l'equazione docente convenzionato-primario-unità operativa.

L'automaticità della scelta ha prodotto una crescita incontrollata del numero delle unità operative e dei posti letto inducendo automatici conflitti «territoriali» con la parte ospedaliera e contraddicendo le scelte regionali notoriamente improntate ad una politica di riduzione del numero dei posti letto della rete ospedaliera.

La rottura del binomio docente convenzionato-reparto, forse l'elemento più innovativo del decreto legislativo n. 517 del 1999 (articolo 5, comma 4), verrebbe meglio caratterizzata in una struttura dipartimentale aperta che, rompendo gli schemi divisionali tradizionali con posti letto

predefiniti, veda inserite le figure professionali universitarie ed ospedaliere in un ambito flessibile, ove il ricovero sia determinato dalla funzione richiesta dal momento e non da uno spazio prefissato, caratteristica che una moderna struttura di ricovero ad alta flessibilità e breve durata di degenza dovrebbe garantire.

Sono ovviamente ben presenti i problemi indotti da una tale progetto che rompe i tradizionali modelli divisionali e le resistenze prevedibili sia in termini di difesa da parte del personale medico delle consolidate «territorialità», sia per le rigidità della quasi totalità delle strutture ospedaliere, concepite per settori a bassa flessibilità spaziale, sia per la conseguente ridefinizione dei ruoli e gerarchie del personale.

Diviene pertanto centrale il ruolo rappresentato dal responsabile del dipartimento, cui spetterebbe il compito di attribuire gli spazi assistenziali in funzione dei bisogni assistenziale e didattici ai responsabili delle strutture complesse e semplici integrate nel comune spazio dipartimentale.

Compito indubbiamente complesso specie nelle situazioni miste ove si intersecano non solo aspetti assistenziale ma anche didattici e di ricerca e che richiede una caratterizzazione forte in termini di poteri gestionali, con stretto collegamento con gli organi dirigenziali ospedalieri e della Facoltà, una sorta di sub-direttore generale che abbia il potere di render esecutive scelte non semplici, superando l'attuale figura che lo qualifica più come passivo mediatore di conflitti tra i responsabili delle unità operative solo formalmente sottoposte e cuscinetto interposto tra la direzione generale e i primari.

La carenza forse più macroscopica del decreto legislativo n. 517 del 1999 è nel non aver previsto una ridefinizione dei ruoli del personale ospedaliero medico nei complessi misti, carenza ben grave ove si consideri che la stragrande maggioranza del personale che opera in tali complessi afferisce al Servizio sanitario nazionale, che la perdurante differenziazione dei ruoli operativi e degli stati giuridici è la maggior causa delle conflittualità riscontrate e che l'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma UE e dei diplomi universitari sanitari (oggi corsi di laurea) per la gran parte ricade su tale personale, come da tempo normato dall'articolo 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 integrato dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

Infatti mentre le norme in materia di personale (articoli 5 e 6) estesamente riguardano quello universitario, il riferimento al personale ospedaliero è limitato ad una breve nota all'interno delle definizioni delle funzioni dipartimentali (si veda il comma 5 dell'articolo 3: «Il direttore di dipartimento ad attività integrata assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca»), confermando sia una sottovalutazione del ruolo svolto dalla componente ospedaliera sia il disegno, già espresso in precedenza, che tende ad omologare al modello ospedaliero il personale universitario convenzionato, perdendo l'occasione di individuare una nuova forma per i due comparti che cogliesse il meglio, non il peggio, di entrambi.

Diviene improrogabilmente necessaria, se vi vuole garantire una reale e duratura efficacia ai complessi misti, una ridefinizione del ruolo e dello stato giuridico del personale medico ospedaliero ivi operante con l'obiettivo di integrare anche da un punto di vista normativo i ruoli ospedalieri con quelli universitari.

In analogia con quanto attualmente previsto negli IRCCS dovrebbe essere affiancato al compito assistenziale, prevalente, una funzione formalmente riconosciuta nell'ambito didattico e della ricerca, destinando parte del monte orario a tali competenze con una quota retributiva dedicata, in analogia con quanto ora previsto per il personale universitario (una sorta di legge De Maria didattica), meglio articolando quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 517 del 1999.

Un innesto di professionalità ospedaliere, riconosciuto formalmente anche tramite l'individuazione di nuovi titoli di insegnamento e di responsabilizzazione gestionale-organizzativa, nell'ambito dei settori di nuova istituzione dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie consentirebbe di garantire un adeguato supporto quanti e qualitativo oltre che orientato al «saper fare» senza il quale è facile prevedere uno stentato decollo ed un gracile sviluppo della formazione nelle nuove professioni.

TABELLA 16 - IPOTESI DI MODELLO OPERATIVO NEI COMPLESSI OSPEDALIERI MISTI D'INSEGNAMENTO

Per realizzare una tale organizzazione (tabella 16) sono necessarie alcune modificazioni istituzionali ed organizzative, in larga misura ricomprese nella «delega aperta» che ha dato luogo al decreto legislativo n. 517 del 1999 (articolo 2 sintesi tra i due modelli organizzativi aziendali) e nelle possibilità di organizzare le attività assistenziali per progetti anziché per strutture divisionali, tramite linee guida che siano fondate sulle attività e non solo su *standard* di posti letto.

Da questa riorganizzazione deriverebbero rapporti Università-Servizio sanitario nazionale certamente più chiari, meno conflittuali, più rispettosi dei rispettivi fini istituzionali, rivolti anche ad assicurare una maggiore aderenza alle attese che la società civile giustamente «pretende» dal sistema integrato formazione-ricerca-assistenza medico-sanitaria.