

# In attesa della riforma Moratti è necessario che le regole esistenti siano applicate e rispettate

## L'Università deve attivamente concorrere alla programmazione sanitaria regionale

*Perché il medico universitario sia responsabile dei risultati assistenziali conseguiti è necessario che gli vengano messi a disposizione adeguate strutture assistenziali e relativi personale. Il tradimento dei rettori è la causa dei guai di Medicina*

di Daniele Scévola

In attesa della riforma Moratti l'Università e la Facoltà di Medicina e Chirurgia in modo particolare hanno estremo bisogno che le regole esistenti siano applicate e rispettate (PRINCIPIO DI LEGALITÀ). Si sente la necessità che l'ordinamento non sia stravolto da inadempimenti e interpretazioni burocratiche e personalistiche dannose per il sistema Universitario anche alla luce dei processi di cambiamento innescati prima con la riforma Ruberti, poi con quella Berlinguer-Zecchino in attuazione degli accordi europei della Sorbona (1998), di Bologna (1999) e di Praga (2001). Secondo alcuni studiosi l'Università si sta avviando verso una ristrutturazione di tipo post-fordista a

cui non può sfuggire anche il vetusto modello organizzativo della Medicina Accademica. Le Università degne di questo nome devono trasformarsi da Istituzioni culturali a Agenzie o Imprese della Conoscenza, adeguando i profili culturali e professionali richiesti dalle trasformazioni economiche e del mercato del lavoro nelle moderne Società al fine di contribuire al benessere e alla competitività del Sistema-Nazione.

Senza entrare nei dettagli di questo processo di trasformazione post-fordista che produrrà un modello nuovo rispetto a quello medievale-burocratico oggi in vigore, basterà dire che stanno calando sulla testa del sistema universitario italiano, senza che i più se ne rendano conto, una nuova struttura di governo e organizzazione (GOVERNANCE), innovativa curricolari dei discenti, modificazioni del lavoro accademico dei docenti di natura epocale. La Facoltà di Medicina e Chirurgia dovranno guidare i primi passi di questi cambiamenti che interesseranno Facoltà biforni volte, cioè, all'istruzione accademica e alla ricerca (il SAPERE), come tutte le altre, ma anche alla assistenza dei malati (il SAPER FARE). Poiché l'insegnamento supe-

riore universitario è materia non toccata da riforme costituzionali di stampo regionalistico occorrerà privilegiare la gerarchia della norma statale che uniforma quella delle singole regioni. Perciò appare essenziale ricordare che le Facoltà di Medicina si aspettano sulla base delle più recenti disposizioni di Legge, in particolare la

*Le linee guida prescrivono che non solo l'Università partecipi alla rielaborazione del piano sanitario regionale, ma che pure concorra alla formazione degli strumenti attuativi regionali e locali*

517 del 1999: 1) la promozione della integrazione tra attività assistenziali e quelle di didattica-ricerca; 2) la connotazione dei rapporti fra Enti secondo il principio della leale colla-

borazione; 3) la partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale; 4) la individuazione dei parametri strutturali, la definizione dei volumi ottimali delle attività mediche e dei posti letto ed i criteri generali per l'atto di organizzazione aziendale (POA); 5) le maggiorazioni remunerative delle prestazioni (art.7, comma 2 del d.lgs.n.517, 1999).

L'Università deve veramente concorrere all'elaborazione dei piani sanitari regionali per ciò che concerne le esigenze didattiche e di ricerca biomedica, con inclusioni della formazione specialistica, infermieristica, tecnica, riabilitativa e prevenzionale (art.7), partecipando al processo formativo di quegli strumenti (art 1, comma 1).

Il comma 2 dell'art. 7 infatti recita espressamente che le bozze di piano devono tener conto delle progressive intese raggiunte tra le parti per le attività didattiche e di ricerca, programmate dalla Facoltà che interessino il territorio di riferimento e il comma 4 prevede che i protocolli d'intesa debbono contemplare forme di collaborazione degli Atenei nell'elaborazione e stesura delle proposte per la predisposizione del piano.

Le linee guida prescrivono che non solo l'Università partecipi alla elaborazione del piano sanitario regionale, ma che pure concorra alla formazione degli strumenti attuativi regionali e locali e che in tale contesto abbiano particolare rilievo le linee di sviluppo universitario trasmesse regolarmente alla regione e alle aziende integrate di cui alle lettere a) e b) del comma 2 dell'art. 2 del d.lgs.n.517, 1999.

I protocolli d'intesa devono contenere le forme di collaborazione dell'Università ai progetti relativi agli strumenti attuativi, sia regionali che locali, della pianificazione regionale, che tengano conto dei programmi di sviluppo della Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, approvati e trasmessi dagli organi accademici, anche in relazione ai mutamenti dell'ordinamento universitario richiesto a livello europeo. Alcuni aspetti sono di particolare rilievo per gli universitari che svolgono attività clinica e debbono essere richiamati per la loro importanza.

Ad esempio le indicazioni delle linee guida concernenti il dato che il personale docente e ricercatore dell'Università sia responsabile, ai sensi del comma 2 dell'art.5 del d.lgs n. 517 del 1999, dei risultati assistenziali conseguiti, devono avere come presupposto la messa a disposizione di adeguate strutture assistenziali e relativo personale, il che va preteso come inderogabile necessità da parte dell'Università onde non cadere in situazioni di concorrenza disequilibrata con strutture analoghe ospedaliere e di conseguente conflittualità. Il dimensionamento delle Unità complesse e di quelle semplici e dei Programmi infra e interdipartimentali deve essere proporzionato alle esigenze didattico-scientifiche delle varie discipline e finalizzato al conseguimento dei risultati sia assistenziali che della didattica e della ricerca di tutti i docenti e ricercatori.

Da una razionale programmazione discende poi la regolamentazione dell'orario di servizio e del trattamento economico integrativo del personale universitario. L'integrazione stipendiale per il lavoro assistenziale è oggi regolata dal d.lgs.n.517, 1999, che prevede, per docenti e ricercatori, due trattamenti aggiuntivi, il primo (INDENNITA' DI RISULTATO) correlato ai risultati assistenziali conseguiti e calcolato in maniera proporzionale rispetto ai criteri dettati dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza sanitaria( articolo 3 ,comma 2, lettera d); l'altro (INDENNITA' DI POSIZIONE) rapportato alle responsabilità di direzione di Dipartimento, Unità Complessa e Semplice, nonché di Programmi infra o interdipartimentali ( art.5, comma 4). Il protocollo d'intesa deve anche contemplare l'utilizzo del personale universitario tecnico-amministrativo (art.3, comma 5).

Il punto cruciale del problema che affliggono la Medicina universitaria in realtà è rappresentato dal potere/dovere del Rettore di fornire il placet alla nomina del Direttore Generale dell'Azienda di riferimento per la didattica e la ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il quale può essere disdetto se non si comporta nel segno di una leale collaborazione. Il cerchio voluto dal legislatore di bilanciamento dei poteri universitari-ospedalieri, mediante l'introduzione di pesi e contropesi, deve potersi chiudere od aprire sino al raggiungimento di una intesa. Dato che il Rettore non è sottoposto, in questo equilibrio di poteri, ad alcuna contromisura da parte ospedaliera (nessun placet) la sua figura appare sicuramente predominante su quella del Manager. Ma deve anche essere non solo apparire Magnifico. I Rettori per ignoranza o ignavia non fanno uso di questo loro potere che è sublimato dall'art. 33 della Costituzione che garantisce la libertà di ricerca e insegnamento all'Università, che per Medicina passa necessariamente attraverso la libertà di assistenza, che si concretizza

Da una razionale programmazione deve discendere la regolamentazione dell'orario di servizio e del trattamento economico integrativo del personale universitario

la sua volta nel poter disporre delle strutture e delle risorse umane e finanziarie necessarie all'adempimento di un diritto dovere. Nel momento in cui l'Ospedale di riferimento non ottempererà agli obblighi di leale collaborazione tutto il peso dell'Università, non solo della Facoltà di Medicina, deve calare su chi ostacola il buon andamento delle attività accademiche con la conseguente richiesta di sostituzione con persona gradita e lealmente collaborante. Il "tradimento" dei Rettori è la causa dei guai di Medicina. Un non secondario aspetto da considerare è che l'organizzazione aziendale quale delineata dal POA prevede un passaggio essenziale che è quello della acquisizione obbligatoria del parere preventivo dell'Università (cda, Senato accademico, Facoltà di Medicina, Rettore) sui piani attuativi del piano regionale, sui PIANI E PROGRAMMI DI INVESTIMENTO e sul BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO e su quello di ESERCIZIO. Si è mai fatto questo nelle nostre sedi? Un terzo essenziale punto è che i protocolli di intesa devono indicare i criteri e le modalità per la costituzione e l'organizzazione delle strutture funzionali (DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI). Unità semplici e complesse, i Programmi infra e interdipartimentali e i Dipartimenti devono essere individuati nel protocollo d'intesa in relazione alle esigenze formative dell'Università, dei volumi e delle tipologie prestazionali e della presenza di docenti, ricercatori e personale TA (art.4, comma 3 d.lgs 517, 1999). Per quanto riguarda le strutture di degenza la dotazione in posti letto è stabilita in tre posti letto per ogni studente iscritto al primo anno di corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma il dimensionamento complessivo va adeguato ulteriormente alle altre funzioni formative (lauree brevi, specialità, ecc.) e alle necessità di supporto alla ricerca biomedica (art 3

comma 1). Il volume medio complessivo delle prestazioni deve necessariamente tener conto della complessità sanitaria e delle esigenze della didattica e della ricerca. L'autonomia aziendale, nel caso delle aziende individuali come poli didattici universitari, viene compressa dal legislatore, che ha voluto privilegiare il ruolo delle regioni e delle università nella stipulazione delle convenzioni assegnando alle intese raggiunte con i rettori delle università il cardine del rapporto pattizio.

Da una razionale programmazione deve discendere la regolamentazione dell'orario di servizio e del trattamento economico integrativo del personale universitario

Un terzo essenziale punto è che i protocolli di intesa devono indicare i criteri e le modalità per la costituzione e l'organizzazione delle strutture funzionali (DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI). Unità semplici e complesse, i Programmi infra e interdipartimentali e i Dipartimenti devono essere individuati nel protocollo d'intesa in relazione alle esigenze formative dell'Università, dei volumi e delle tipologie prestazionali e della presenza di docenti, ricercatori e personale TA (art.4, comma 3 d.lgs 517, 1999).

Per quanto riguarda le strutture di degenza la dotazione in posti letto è stabilita in tre posti letto per ogni studente iscritto al primo anno di corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma il dimensionamento complessivo va adeguato ulteriormente alle altre funzioni formative (lauree brevi, specialità, ecc.) e alle necessità di supporto alla ricerca biomedica (art 3



# I sei problemi della medicina universitaria

di Clemente Crisci

La medicina universitaria italiana, 7.000 docenti di area clinica, presenta ormai da tempo le solite problematiche che sono collegate a:

1) piu' dell'80% dei docenti universitari di medicina devono in pratica sottostare a due istituzioni che presentano finalita' diverse: quella universitaria-statale per la didattica e la ricerca, quella ospedaliero-regionale per l'assistenza, in un contesto normativo-istituzionale che prevede in modo inequivocabile che l'assistenza e' inscindibile dalla didattica e dalla ricerca;

2) L'obbligo di una presenza lavorativa documentata che oscilla intorno alle 38 ore settimanali che spostano a circa 1.500 ore annue, ben diverse dalle 350 obbligatorie per i docenti delle altre Facolta'. Il debito orario assistenziale dei docenti universitari di medicina non e' normato quantitativamente da alcuna legge. Esso viene rimandato ai protocolli d'intesa ed e' sar  oggetto di trattativa nell'ambito dell'atto aziendale. Questo e' un

aspetto di grande importanza e sar  compito del Cipur-medica riferire alcuni criteri che dovrebbero servire da guida.

*L'assistenza    
inscindibile dalla  
didattica e dalla  
ricerca*

Allo stato attuale si ritiene che esso dovrebbe oscillare dalle 18 alle 25 ore, ma si dovrebbe tendere a stabilire una quota minima e rimandare alla trattativa individuale eventuali variazioni;

3) la disistima dei docenti delle altre Facolta' nei nostri riguardi basata sull'attribuzione di (il piu' delle volte soltanto) elevati introiti derivanti dall'attivita' professionale e sull'attribuire ai policlinici universitari gran parte dei deficit dei bilanci delle universita';

4) il costante pericolo di uno scorporo della Facolta' di Medicina dall'Universita' sulla base di quanto sopra riportato;

5) la duplice e diversa struttura e strutturazione della sede e della modalita' assistenziale: azienda ospedaliero-universitaria A) ex azienda mista collegata con la Regione B) ex policlinico universitario collegato con l'amministrazione universitaria.

Questo punto e' la causa principale di una diversa, ma non certamente contrastante, visione della medicina universitaria anche nell'ambito del Cipur: gli ex-policlinici sono stati

*Il debito orario  
assistenziale dei  
docenti universitari di  
medicina non    
normato  
quantitativamente da  
alcuna legge... viene  
rimandato ai  
protocolli d'intesa ed  
  e sar  oggetto di  
trattativa nell'ambito  
dell'atto aziendale*

caratterizzati da un elevato (talvolta eccessivo) numero di professori associati con funzioni superiori "primarie", da un atteggiamento di autonomia e indipendenza dalle istituzioni preposte su base costituzionale alla tutela della salute. Tutto questo ha portato tali docenti ed i loro rappresentanti, pur involontariamente, ad andare contro il

principio che da sempre e' stato il baluardo del Cipur, cioe' quello del docente unico insieme a quello della

*Il debito orario  
dovrebbe oscillare  
dalle 18 alle 25 ore*

autonomia e della liberta' assistenziale per tutti i docenti a qualsiasi fascia essi appartengano. Infatti tali colleghi fanno di tutto perche' si mantenga, anche nella Facolta' di Medicina (ex-policlinici), viva e vitale la sperequazione tra i diversi

*In un regime  
assistenziale-sanitario  
di completa  
devoluton   sempre  
piu' difficile definire  
percorsi di carattere  
generale che  
prevedano  
accettazione da parte  
di tutti*

ruoli dirigenziali esistente nell'ambito ospedaliero e la ben nota equiparazione prevista dal DPR 382/80 (ordinario a primario, associato ad aiuto e ricercatore ad assistente) ai soli fini di una piu' vantaggiosa retribuzione "equiparativa". Lasciando perdere l'ideologia del nostro sindacato [ma e' doveroso sottolineare che cosı' facendo si ac-

cetta automaticamente e si accentua la sostanziale e concreta diversita' tra le fasce della docenza] e non rilevando un dato di fatto innegabile cioe' che il D.L.517/99 ha cancellato l'articolo 102 del DPR 382/80 e

quindi la conseguente retribuzione equiparativa ai tre livelli ospedalieri che tra l'altro attualmente ne sono due, si ritiene del tutto ingiustificato il contrasto che viene da tempo alimentato e ripro-

posto, talvolta con animosita', sulla posizione del Cipur per quanto riguarda la retribuzione (delle indennita') equiparativa od aggiuntiva. Una volta per tutte la posizione del Cipurmedica e' molto chiara e semplice: in un regime assistenziale-sanitario di completa devolution, non solo regionale ma talvolta comunale e aziendale, e' sempre piu' dif-

ficile definire percorsi di carattere generale che prevedano l'accettazione da parte di tutti. Il Cipurmedica pertanto non ritiene che una retribuzione sia migliore e piu' confacente alle norme dell'altra ma le appoggia tutte e due, ovviamente dando mandato ai delegati di sede di svolgere il proprio ruolo sindacale nell'interesse dei propri iscritti.

*Ogni sede   libera di  
operare come meglio  
crede*

Ogni sede e' libera di operare come meglio crede, il Cipurmedica puo' e deve svolgere un compito informativo ed eventualmente consultivo. Pertanto, in sintesi estrema, per i Colleghi degli ex-policlinici ben venga la retribuzione equiparativa, se le loro amministrazioni la concedono e per i Colleghi delle ex aziende-miste ben venga una consistente retribuzione aggiuntiva dal 2000 (come quella di Novara!!!).

6) il fatto che la regione e' il principale azionista per cio' che attiene alla parte assistenziale: all'Universita' rimangono soltanto "briccole" di potere gestionale e decisionale, rappresentate dalla partecipazione di diritto del Preside all'Organo d'Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.