

OSSERVAZIONI SUL PROTOCOLLO D'INTESA FRA REGIONE VENETO E UNIVERSITA' DI PADOVA E VERONA

PREMESSE

In Italia l'Università (Facoltà di Medicina), laddove convive con strutture e assetti organizzativi propri del Servizio Sanitario Regionale (ospedali), porta avanti strategie potenzialmente difformi e talora del tutto conflittuali con gli interessi e gli obiettivi che la collettività ripone nel sistema assistenziale pubblico.

Tale fatto avviene soprattutto per logiche motivate da esigenze di mantenimento di equilibri accademici che vedono nella distribuzione di posti direttivi una facile strada per la composizione dei propri conflitti.

E' certamente da condividere il principio che formazione del medico e ricerca clinica non possano essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale, ma deve essere chiaramente e prioritariamente definito quante risorse proprie dell'attività assistenziale siano da destinare a supporto di una ottimale erogazione dell'attività formativa.

Queste risorse devono essere quelle necessarie alla formazione degli studenti del triennio clinico del Corso di Laurea in Medicina.

Solo in questo ambito l'Università ha titolarità esclusiva, poiché la formazione specialistica e quella degli operatori sanitari, così come la ricerca clinica collegata, implicano necessariamente il pieno coinvolgimento dei Dirigenti Medici ospedalieri.

Non a caso la normativa vigente dimensiona le risorse organizzative da destinare a tale scopo in base al numero di studenti iscritti al primo anno e le ancora a definiti indicatori di attività, allo scopo di rimediare allo spreco di risorse umane ed economiche che la attuale situazione implica.

1) DIMENSIONAMENTO DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE

a) CRITERI E PARAMETRI DI ATTIVITA'

Un'intesa Regione Università deve avere l'ambizione di definire un nuovo modello organizzativo, espressione originale dell'integrazione tra due diversi ordinamenti nella quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

Essa deve, innanzitutto, essere capace di delimitare gli spazi assistenziali necessari alla formazione medica, la vaghezza dei quali rappresenta la causa prima della crescita incontrollata del numero delle unità operative e dei posti letto a direzione universitaria e dei conseguenti conflitti territoriali.

In sintesi, deve essere chiarito quanta e quale sia l'assistenza necessaria allo svolgimento ottimale dell'attività formativa nel percorso di laurea.

La collaborazione disciplinata dal D.L. 517/99 attiene, infatti, prevalentemente alle attività formative relative al corso di laurea e non a caso è sul numero di studenti iscritti al primo anno che la stessa legge parametrizza le risorse assistenziali da utilizzare.

Non può essere consentito, quindi, il proliferare di microstrutture con un indice operativo al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità, prive di una congrua quantità di personale

universitario assegnato, che prescindano dalle economie di scala perché troppo piccole e povere di attività.

I parametri di attività e la definizione delle soglie operative per il dimensionamento delle strutture complesse a direzione universitaria, di cui all'art. 1, comma 2 del D.L. 517/99, rappresentano lo strumento per identificare tipologia e volume delle attività assistenziali necessarie e non vicariabili per le funzioni istituzionali della Facoltà di Medicina, insieme con il numero di docenti e studenti impegnati nella stessa (soglia didattica ovvero il numero minimo di docenti in rapporto alla dotazione organica complessiva).

Spetta poi all'Atto aziendale dell'Azienda di riferimento definire il numero e la tipologia delle Unità Operative a direzione universitaria, tenendo conto insieme dei dati storici (ad esempio, del triennio precedente) e delle soglie operative la cui individuazione la normativa vigente assegna al protocollo d'intesa, per ovvi motivi di programmazione di competenza della Regione.

Non è accettabile che il protocollo non specifichi le soglie operative e sorvoli sulle soglie didattiche.

Un'omissione del genere elude in maniera sostanziale l'aspetto più innovativo del D.Lgs 517/99, pur richiamato tra i testi di riferimento, vale a dire l'obbligo di stabilire parametri, in termini di attività e di risorse, capaci di definire la tipologia e la quantità dell'assistenza, in grado di essere funzionale alla didattica del corso di laurea.

Il che lascia aperta la strada a tentativi di mantenere l'esistente forzando l'Atto aziendale verso la mera ricognizione del dato storico o la ratifica di assetti di potere interno, prescindendo da finalità e contenuti di un qualche interesse aziendale.

b) POSTI LETTO

I posti letto rappresentano una risorsa che deve essere dimensionata nella sua utilità ai fini didattici e di ricerca secondo i parametri di cui al comma 1.

Il Servizio Sanitario della Regione Veneto non può affidare gran parte di una risorsa assistenziale alle necessità di un'altra Istituzione, qual'è l'Università, alla quale è affidata una diversa missione.

Il tutto senza adeguate motivazioni e chiarezza di obiettivi.

Il numero di posti letto necessario alla didattica universitaria deve essere definito in senso complessivo per ogni Facoltà di Medicina, essendo in rapporto al numero di studenti iscritti al primo anno e di specializzandi, per i quali ultimi sono da considerare solo le scuole ad indirizzo clinico.

Anche sul rientro progressivo, se fosse il caso, dai numeri attuali nei parametri definiti, occorre avere certezza di scadenze e di tempi (art.1, comma 2, D.L. 517/99).

In ogni caso non è ammissibile la previsione dell'art.8 di escludere dal computo le strutture clinicizzate, a meno di non riconoscere che tale procedura non ha alcun valore didattico e rappresenta semplicemente il grimaldello per accedere alle apicalità ospedaliere.

2) SEDI PERIFERICHE DI ATTIVITÀ FORMATIVA

La disponibilità dell'Università a decentrare (o duplicare?) attività formative non giustifica alcun tentativo di superare le mura dell'Azienda di riferimento.

Tra l'altro tale decentramento dell'attività universitaria, piuttosto che attuarsi sulla base di esigenze contingenti, deve essere condotto attraverso un piano organico assolutamente coerente con la reale consistenza della domanda di frequenza degli studenti nelle sedi periferiche.

In ogni caso non è giustificabile alcun tentativo di clinicizzazione di strutture ospedaliere.

Non esiste alcun motivo di ordine organizzativo, professionale, economico o giuridico per la sottrazione a favore di personale universitario di posti apicali che la normativa e la situazione attuale assegnano a personale del ruolo ospedaliero.

I Dirigenti Medici non possono accettare un ampliamento del numero di Unità Operative Ospedaliere a direzione Universitaria attualmente esistenti, le quali andrebbero anzi ricondotte alla direzione ospedaliera, nel rispetto delle sentenze della magistratura.

L'art.8 del Protocollo rappresenta un inaccettabile aggiramento della normativa relativa alle modalità di attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa che l'ANAAO ASSOMED, dubitando possa rientrare nella potestà regionale, non mancherà di segnalare agli organi competenti.

La stessa individuazione di sedi di attività assistenziale, oltre quelle dell'Azienda di riferimento, "necessarie" allo svolgimento delle attività didattiche, deve avvenire in risposta a bisogni reali e non mascherare la necessità di trovare posti apicali al personale universitario.

Essa è comunque disciplinata dal comma 4 dell'art.2 del DL.517/99 per cui solo dopo la stipula dell'Atto aziendale delle Aziende di riferimento è possibile valutarne la possibilità.

3) PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE

L'intero documento dilata in maniera ingiustificata, fino a forzarne la missione, il ruolo riservato all'Università nella programmazione dell'attività assistenziale, in modo particolare nella dislocazione delle attività ritenute di "eccellenza" e nell'acquisizione delle attrezzature ad elevata tecnologia (art. 2 e 3).

Il Direttore Generale dell'Azienda integrata, pur essendo nominato dal Presidente della Giunta d'intesa con il Rettore dell'Università, prima di effettuare scelte gestionali (per es. l'Atto aziendale) deve acquisire nuovamente l'intesa ed il preventivo parere del Rettore.

Inoltre, il Protocollo attribuisce al Rettore un potere di iniziativa nella revoca del Direttore Generale e tutto ciò somiglia molto ad un commissariamento.

Gli stessi principi ispiratori dell'organizzazione dipartimentale appaiono discutibili.

Non viene data una chiara motivazione della scelta del modello organizzativo dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) come strumento di gestione ordinaria.

La permanenza dei Dipartimenti universitari, inoltre, crea una infinita duplicazione di articolazioni organizzative che mal si concilia con la logica di integrazione.

Il modello preferito del DAI crea un **pregiudiziale monopolio universitario nella direzione di tali strutture e nella gestione delle risorse**, che sono principalmente assistenziali, sostanziato unicamente dal principio che è sufficiente che l'Università in modo unilaterale definisca "essenziale" alla didattica ed alla ricerca **una** struttura dipartimentale perché la direzione dell'intero Dipartimento debba essere affidata ad un Professore Universitario, senza alcuna diversa valutazione di merito e di capacità individuali.

4) ORGANO DI INDIRIZZO

La presenza nell'organo di indirizzo dell'Assessore Regionale alla Sanità, titolare di una funzione politica soggetta a momenti di verifica democratica, potrebbe esercitare un ruolo di garanzia nei confronti sia della collettività che dei Dirigenti Medici del Servizio Sanitario della Regione Veneto, rendendo esplicita l'esistenza di una credibile e visibile controparte dell'Università.

Occorre porre estrema attenzione alla posizione in cui potrebbe trovarsi il Preside della Facoltà se fosse nello stesso tempo componente di diritto di un organo che ha funzioni di controllo ed investito delle funzioni di Direttore di Dipartimento, ovvero controllore-controllato nella sua triplice veste di titolare dell'assistenza, della didattica e della ricerca.

Il numero e l'importanza degli atti sui quali tale organismo deve esprimere parere preventivo rischia di creare una sovraordinazione nei confronti del Direttore Generale o una diarchia di governo pericolosa.

5) DIDATTICA OSPEDALIERA

E' ormai diventato ineludibile l'obbligo di valorizzare la funzione didattica svolta dai medici ospedalieri, sia come didattica formale che come attività di tutor clinico, e la loro ricca attività di ricerca clinica.

In questa prospettiva tale attività deve essere normata ed incentivata dal lato economico, trattandosi comunque di prestazione aggiuntiva alla missione assistenziale (indennità di docenza ospedaliera).

Il fondo da cui attingere non può essere che il finanziamento regionale dei maggiori oneri indotti sulle attività assistenziali dall'attività di didattica e ricerca (svolta da entrambe le componenti).

Nel Protocollo, invece, brilla l'assenza di ogni riferimento ad una efficace utilizzazione del personale medico ospedaliero nelle funzioni di didattica e di ricerca prevista dalla legislazione fin dal 1992.

6) ASPETTI RETRIBUTIVI

Le norme sul personale stabilite dal D.L. 517/99 superano il meccanismo della equiparazione come criterio per determinare il trattamento economico del personale universitario introdotto dalla L. De Maria.

La nuova normativa attribuisce al personale docente universitario un trattamento economico aggiuntivo a quello erogato dal MURST, quale riconoscimento, non più di una necessaria equiparazione con la retribuzione della Dirigenza Medica, ma dell'attività da essi svolta e di cui il Servizio Sanitario della Regione Veneto usufruisce.

La scelta del legislatore di una retribuzione espressione di un corrispettivo economico di due prestazioni, ritenute inscindibili tranne che per questo aspetto, rischia di produrre un differenziale negativo a svantaggio dei medici ospedalieri i quali certamente rivendicheranno provvedimenti amministrativi finalizzati ad una nuova equiparazione (una specie di L. De Maria per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale).

Occorre inoltre ricordare che il trattamento economico aggiuntivo del personale universitario, secondo il D.L. 517/99, andrebbe rapportato alla presenza in servizio ai fini assistenziali ovvero definito secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quello previsto per gli ospedalieri.

Ogni modifica di tale prescrizione, a prescindere dalla legittimità, configurerebbe nei fatti quantomeno un (nuovo) livello di contrattazione regionale.

7) ORARIO DI LAVORO E VALUTAZIONE

La regolamentazione dell'orario di lavoro assistenziale del personale universitario deve precisare che esso rientra nel debito orario previsto dai CCNLL per il personale ospedaliero, viene misurato con gli stessi metodi adottati per i medici ospedalieri, si articola in tutte le tipologie di attività assistenziale non essendo ammessa una selezione al loro interno.

Occorre non sottovalutare le ricadute di tali scelte sulle condizioni di lavoro per i medici ospedalieri e chiarire che i ricercatori universitari non sono docenti, ai sensi del proprio stato giuridico.

Non esiste cenno all'obbligo di valutazione per il personale universitario di cui all'art.5 del D.L. 517/99.

Non aver previsto nel Protocollo nulla riguardo ai suddetti argomenti costituisce grave omissione.

8) PENSIONAMENTO

Il disposto dell'art.10 viola l'art.15 nonies del D.L. 229/99 e dilata, fino a limiti difficilmente compatibili con la fisiologia, il diritto (?) alla direzione delle strutture sanitarie.

9) FINANZIAMENTO

Dal punto di vista economico-finanziario, permane un'ambiguità di fondo sulla partecipazione dell'Università a eventuali risultati economici negativi.

La creazione di un nuovo modello organizzativo dovrebbe imporre una particolare attenzione nell'assumere la direzione delle strutture semplici e complesse, poiché da essa dipende l'entità del rischio gestionale che ciascuno assume.

In sostanza: chi più gestisce, più rischia; chi più comanda, più dovrebbe farsi carico della copertura di un eventuale deficit.

Nel Protocollo la responsabilità dell'Università in tal senso risulta limitata al 50%, pur concorrendo essa ampiamente a determinare strategie, obiettivi e modi di perseguirli ed accampando pretese di spazi maggioritari nella gestione delle risorse, mentre eventuali risultati positivi di gestione saranno utilizzati "a pioggia".

Per contro i risultati negativi della gestione attuale rimangono interamente a carico dei contribuenti veneti, come se fino ad oggi l'Università non avesse diretto Dipartimenti ed Unità Operative proprie ed ospedaliere, e non partecipasse ampiamente alla gestione ed alla programmazione aziendale.

Non appare più ammissibile una dissociazione tra potere e responsabilità, derivante dalla omissione di una paritaria previsione di concorso nel ripiano delle perdite di esercizio, nella logica di privatizzare gli utili e socializzare le perdite.

A fronte di disavanzi che quasi inevitabilmente caratterizzeranno le nuove realtà delle Aziende ospedaliere - universitarie è prevista una modifica dei meccanismi di finanziamento a carico del solo Servizio Sanitario della Regione Veneto.

Questo incremento di costo a carico del Servizio Sanitario della Regione Veneto andrebbe quantificato ed andrebbero definiti gli obiettivi da raggiungere per valutarne efficienza ed efficacia.

Allo stato attuale non è chiara nemmeno l'individuazione delle risorse per curare la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili messi a disposizione dall'Università.

L'art.4 non precisa l'entità dell'ulteriore trasferimento previsto per il finanziamento necessario alla copertura dei costi del personale universitario, definiti all'art.11, come se essi non rientrassero nei costi aggiuntivi indotti dall'attività didattica, a fronte dei quali la Regione interviene con l'incremento dell'8% della produzione economica.

In sintesi, qual'è il costo totale di tale intesa sul bilancio regionale?

CONCLUSIONI

I diversi punti del Protocollo d'intesa, sopra richiamati, fanno sorgere l'impressione di trovarsi di fronte ad una strategia che, nel medio periodo, potrebbe portare alla completa subordinazione delle necessità assistenziali a quelle della didattica universitaria.

Il tutto fino alla clinicizzazione (passaggio all'Università) di gran parte della rete ospedaliera della regione, o quantomeno dei suoi punti nevralgici, configurando quindi la fine della potestà del Servizio Sanitario Regionale, fermi restando per quest'ultimo tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

Da variabile indipendente del sistema, l'Università diventa variabile dominante.

I Dirigenti Medici dell'ANAAO ASSOMED ritengono che una nuova organizzazione della relazione Università Ospedale, all'interno di un'Azienda integrata, debba avere la forza di rendere perseguibile la missione aziendale (assistenza, didattica, ricerca) reclutando le intelligenze e le professionalità di tutti i livelli e di ambedue le appartenenze, ospedaliera ed universitaria.

Solo così si potrà costituire il senso di appartenenza all'Azienda, necessario a superare non solo le storiche divisioni esistenti, ma anche l'attuale vissuto di "separati in casa", nonché dubbi e sospetti reciproci, attraverso la trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, della capacità di darsi le regole e di farle rispettare.

Il testo del Protocollo in discussione appare, pertanto, incapace di aprire una fase nuova nella quale la razionale organizzazione dei servizi e la individuazione meritocratica delle responsabilità, e non la provenienza istituzionale e l'autoreferenzialità, orientino il processo di riorganizzazione. Rischia invece di costruire una realtà dove il controllo e le norme valgono solo per una parte del personale, nella quale la condizione di ineguaglianza tra le componenti sarà la regola.

Un sistema così congegnato non potrebbe assolutamente rispettare gli obiettivi di appropriatezza, di efficienza, di efficacia e di qualità delle prestazioni che la Regione Veneto richiede in ogni atto legislativo.

L'inevitabile fallimento avrebbe come responsabili sia coloro che stanno ai vertici dei due enti azionisti (Regione ed Università), sia coloro che pensano di governare l'Ospedale, incapaci di avviare una necessaria sinergia tra le componenti universitarie ed ospedaliere.

Il tutto certo non risponderebbe all'interesse del malato, al contenimento dei costi per i cittadini ed alla valorizzazione delle professionalità (tutte) che operano all'interno del Servizio Sanitario Regionale del Veneto.

Senza un serio confronto che coinvolga tutti gli attori interessati ed un serio ripensamento del modello proposto, si porrebbero solo le condizioni per una prevaricazione arrogante ed autoreferenziale e per un'innovazione inefficace e dispendiosa.

* * *

Padova, 18 settembre 2004