

Resoconto stenografico dell'Assemblea

Seduta n. 485 di venerdì 18 settembre 2015

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ROBERTO GIACHETTI

(Iniziativa per la predisposizione dello schema-tipo delle convenzioni tra università e regioni finalizzate alla regolamentazione delle attività svolte dal personale medico universitario per conto del Servizio sanitario nazionale – n. 2-01048)

PRESIDENTE. Passiamo all'interpellanza urgente Gigli e Dellai n. 2-01048 (*Vedi All. A*), concernente iniziative per la predisposizione dello schema-tipo delle convenzioni tra università e regioni finalizzate alla regolamentazione delle attività svolte dal personale medico universitario per conto del Servizio sanitario nazionale.

Chiedo all'onorevole Gigli se intenda illustrare la sua interpellanza o se si riserva di intervenire in sede di replica.

GIAN LUIGI GIGLI. Grazie, Presidente. Signor sottosegretario, l'attività clinica di quelle che furono un tempo le facoltà di medicina e che oggi sono i dipartimenti, che si fanno carico dei corsi di laurea in medicina e nelle varie professioni sanitarie, costituisce da sempre, per così dire, croce e delizia dei rettori. La delizia perché all'attività, appunto, in ambito clinico si accompagnano per le strutture universitarie prestigio, forza indubbiamente, legame con i territori e capacità di attrarre fondi per quanto riguarda la ricerca clinica. Ma anche croce, per le ristrettezze economiche in cui il più delle volte – anzi, direi generalmente – questa attività si trova ad essere esercitata e per le tensioni che derivano al sistema universitario a causa dei non adeguatamente definiti rapporti con il Servizio sanitario nazionale. **Tanto più questo avviene oggi, da quando nella maggior parte degli atenei non esistono più i policlinici universitari, ma l'attività delle cliniche universitarie si svolge all'interno, appunto, di aziende ospedaliere universitarie.**

Questo si accompagna ad un ridimensionamento *de facto* dell'autonomia universitaria, pure prevista dalla nostra Costituzione, a causa della forte dipendenza economica delle università dalle regioni e ai conseguenti condizionamenti che le regioni stesse sono in grado di esercitare sugli atenei. Basti pensare che la stessa scelta dei direttori generali delle aziende ospedaliere universitarie, pur essendo competenza in capo, da un lato, al rettore e, dall'altro, al presidente della giunta regionale, di fatto è esercitata, pressoché totalmente, dalla giunta stessa, con semplicemente un benessere che il rettore il più delle volte non può non dare.

Poi, tutto questo si accompagna all'invecchiamento dei docenti e dei ricercatori, a causa delle difficoltà di avanzamento di carriera e delle limitazioni imposte alla loro sostituzione, a causa di esigenze di tipo budgetario del sistema universitario e non a caso osserviamo, in parallelo accanto a questo, il tentativo di sostituirsi, da parte delle regioni stesse, come enti finanziatori di nuovi posti di docente universitario.

E poi, soprattutto, le tensioni si determinano anche per la *mission* oggettivamente diversa dei dipartimenti universitari, che come sappiamo accanto all'assistenza devono farsi carico anche della didattica e della ricerca, rispetto a quella della sanità regionale che

è, ovviamente, maggiormente sensibile ad altri temi che non sono la didattica e la ricerca, ma sono piuttosto gli orari, il numero delle prestazioni, gli esami inutili e quant'altro. Ciò sta portando a tensioni e anche ad un autentico braccio di ferro nelle varie sedi che esitano abitualmente, per quello che è stata la mia possibilità di ricognizione, in una sorta di progressivo arretramento – come dicevo prima – delle specificità della componente universitaria e in un arretramento della stessa autonomia degli atenei. Io ritengo che buona parte della responsabilità di quello che sta accadendo sia legata anche all'incertezza del quadro di riferimento normativo che abbiamo di fronte a livello nazionale. In teoria tutto sarebbe chiaro, in realtà così non è. Sappiamo che già l'articolo 39 della legge n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale si faceva carico immediatamente, aveva di fronte agli occhi, la necessità di specifiche convenzioni da stipularsi tra le università e le unità sanitarie locali; si faceva carico della preoccupazione che le convenzioni, previste in quell'articolo 39, fossero stipulate sulla base di schemi-tipo da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge ed approvati dal Ministero della pubblica istruzione e da quello della sanità, sentite le regioni, e così via. Il decreto legislativo n. 517 del 1999, nel disciplinare i rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università, si preoccupava di chiarire che era necessaria avere davanti un periodo sperimentale, così veniva definito, della durata di quattro anni. Quindi, evidentemente, era una materia sulla quale c'era bisogno ancora di dare delle certezze. Bene, queste certezze, evidentemente, non sono arrivate perché nel decreto della Presidente della Repubblica n. 382, della 1980, con cui si è disposto il riordino della docenza universitaria, all'articolo 102, si richiama che per quanto riguarda il personale docente universitario e i ricercatori, essi assumono gli oneri dell'assistenza e i diritti e i doveri previsti, secondo le modalità stabilite negli schemi-tipo di convenzione, che abbiamo già richiamato, citati dall'articolo 39 della legge n. 833. Ebbene, nonostante questo, noi arriviamo al 2010, con la legge n. 240, all'articolo 6, dove ancora si richiama che entro centoventi giorni dalla entrata in vigore della legge dovrebbe essere predisposto lo schema-tipo delle convenzioni alle quali debbono attenersi le università e le regioni nel regolare i rapporti in materia di attività sanitaria svolte per conto il Servizio sanitario nazionale. Siamo partiti dal 1978 arriviamo al 2010 e tutto questo non è stato ancora realizzato. La fase sperimentale dei rapporti prevista dal decreto legislativo n. 517 è anch'essa largamente superata e nessun provvedimento è stato evidentemente preso e quello che si è venuto a determinare ha creato disparità evidenti tra regione e regione sulla modalità di stipula delle convenzioni tra università, facoltà di medicina e Servizio sanitario nazionale per quanto attiene all'attribuzione delle attività assistenziali per il personale universitario medico operante nelle aziende ospedaliere universitarie, determinando evidenti disparità nell'attribuzione degli incarichi assistenziali, nella retribuzione economica, nel monte orario dell'attività di servizio, nella possibilità stessa di espletamento delle funzioni previste dallo stato giuridico universitario. Mi riferisco particolarmente alle limitazioni imposte all'attività didattica

e di ricerca che dovrebbero andare addirittura prima della stessa attività assistenziale, sulle quali, come lei sa, il Ministero dell'università, attraverso l'ANVUR, valuta sistematicamente la qualità dell'attività del docente universitario.

Pag. 13

Ecco, le chiedo quindi, sottosegretario, se il Ministero non ritenga opportuno procedere finalmente e in modo rapido, d'intesa con le regioni ovviamente, alla predisposizione di uno schema-tipo di convenzione al quale le università e le regioni, così come previsto dall'articolo 6, comma 13, della legge n. 240 del 2010, debbano, non possano, ma debbano attenersi.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per l'istruzione, l'università e la ricerca, Gabriele Toccafondi, ha facoltà di rispondere.

GABRIELE TOCCAFONDI, *Sottosegretario di Stato per l'istruzione, l'università e la ricerca*. Grazie Presidente, l'onorevole interpellante interroga il Ministero circa quanto previsto dall'articolo 6, comma 13, della legge n. 240 del 2010 in merito alla mancata attuazione, d'intesa con le regioni, della predisposizione dello schema-tipo delle convenzioni cui devono attenersi università e regioni. In particolare, **la norma stabilisce che il MIUR, di concerto con il Ministero della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni e sentita la conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia riguardo alle strutture cliniche e di ricerca transnazionale necessarie per la formazione nei corsi di laurea di area sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005, predisponga lo schema-tipo delle convenzioni al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario nazionale.**

Le finalità sottese alla normativa relativa ai rapporti università-regioni in ambito sanitario sono quelle di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali delle suddette istituzioni, al fine di assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda ospedaliera con la programmazione didattica e scientifica delle università, disciplinando, tanto l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà mediche alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, quanto l'utilizzazione da parte delle facoltà mediche, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture ospedaliere, ivi compreso l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca specifici delle università. Il tutto nel rispetto del presupposto, sancito dall'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, secondo il quale l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.

Si ricorda, infatti, che la collaborazione ed il coordinamento tra Servizio sanitario nazionale ed università, iniziata attraverso i policlinici universitari ed i complessi convenzionati misti, ha trovato una compiuta attuazione con l'adozione del citato decreto legislativo n. 517 del 1999. Tale decreto, in particolare, riunifica in un unico modello l'azienda ospedaliero-universitaria con funzioni di assistenza, di ricerca e di didattica.

L'integrazione di tali funzioni costituisce una linea di azione centrale, non solo per l'organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie, ma anche per l'efficacia e la sostenibilità dell'intero Servizio sanitario nazionale. Il richiamato decreto legislativo n. 517 del 1999 individua nei protocolli d'intesa tra regioni e università lo strumento principe, come ha ricordato anche l'onorevole interpellante, che deve definire i criteri per l'integrazione della triplice missione aziendale, ribadendo l'opzione per un modulo organizzativo a carattere convenzionale, deputato al coordinamento delle complesse funzioni inerenti le aziende sanitarie sede di insegnamento universitario. Le linee guida concernenti i protocolli d'intesa, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 maggio 2001, delineano le modalità da seguire per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro, appunto, della programmazione nazionale e regionale. Il compito dei suddetti protocolli è quello di individuare strumenti idonei e modalità efficaci per contribuire in modo effettivo all'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, posto che per una qualificata formazione delle figure professionali sanitarie è indispensabile che all'attività didattico-scientifica si affianchi la pratica clinica sui degenti.

Le aziende ospedaliero-universitarie avrebbero dovuto superare il dualismo storico esistente tra policlinici universitari e aziende miste, risolvendo atavici problemi che in passato hanno fortemente condizionato l'organizzazione e la gestione dei nosocomi di formazione sanitaria, specie quelli concernenti l'utilizzazione del personale universitario docente, ricercatore e tecnico-amministrativo, convenzionato con il Servizio sanitario regionale.

Ciò posto, dunque, si può evidenziare come l'apporto di tali istituzioni diventa reciproco e bidirezionale, vedendo, da un lato, la docenza universitaria di materie cliniche impegnata nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale – sotto il coordinamento, per ciò che concerne lo svolgimento dell'attività assistenziale degli organi di governo dell'azienda ospedaliera – e dall'altro la regione impegnata a strutturare piani organizzativi aziendali che tengano conto dell'inscindibilità esistente, per i professori universitari di materie cliniche, tra le funzioni assistenziali e quelle di didattica e di ricerca.

La stipula di tali convenzioni tra aziende ospedaliere regionali ed atenei mira, dunque, anche a disciplinare tali rapporti oltre che ad individuare, in quanto rispondenti a precisi requisiti di idoneità, le strutture assistenziali dell'azienda sanitaria da potere utilizzare ai fini didattici e di ricerca, dovendo le stesse risultare dotate di risorse assistenziali e socio-assistenziali idonee a garantire tanto l'esplicarsi del triennio clinico del percorso di laurea magistrale in medicina e chirurgia quanto lo svolgimento delle attività professionalizzanti dei medici in formazione specialistica; a cui si aggiungono, ovviamente, anche le attività formative pratiche svolte nell'ambito dei corsi di laurea e laurea magistrale delle professioni sanitarie.

Fatta questa doverosa premessa anche normativa, occorre ricordare che nel 2011 il MIUR ha sottoposto al Ministero della salute uno schema-tipo, che è stato inoltrato, a cura della competente direzione generale, al coordinamento tecnico della commissione salute per preliminari valutazioni. Ad oggi, non risulta pervenuto il parere del citato organo.

È peraltro recente il riordino degli ordinamenti didattici di tutte le tipologie di scuola di specializzazione di area sanitaria, che il Ministero ha effettuato con l'emanazione del decreto interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68.

In continuità con il processo di riordino in atto, occorre ricordare che sarà imminente

anche l'emanazione del decreto con il quale verranno identificati i requisiti e gli *standard* per l'accREDITamento delle scuole stesse ai fini dell'attivazione del relativo corso di studio, accREDITamento nell'ambito del quale dovranno essere anche identificati gli indicatori di attività formativa ed assistenziale necessari alle singole strutture sanitarie affinché possano fare parte della rete formativa dell'ateneo che è e rimane, nell'impianto normativo appena emanato con il richiamato decreto interministeriale n. 68 del 2015 il *dominus* della formazione sanitaria sia pre laurea sia post laurea.

A seguito delle precitate innovazioni normative, dunque, è parso opportuno riprendere lo schema-tipo che la Conferenza dei rettori delle università Italiane (CRUI) aveva inviato all'attenzione sia del Ministero della salute sia del MIUR alla fine dello scorso anno e farne oggetto di una nuova riflessione.

Riflessione che, peraltro, ha subito un ulteriore rallentamento alla luce del cosiddetto Patto per la salute – avviatosi nell'autunno dello scorso anno ma ancora non conclusosi – in quanto la materia degli schemi-tipo interferisce obiettivamente con la disciplina dei contorni dei rapporti convenzionali che devono necessariamente intercorrere tra aziende ospedaliere regionali, facenti parte della rete formativa universitaria, ed atenei.

Stante quanto sopra, si può assicurare che il MIUR intende comunque addivenire alla formazione di un nuovo schema-tipo in adempimento di quanto previsto dall'articolo 6, comma 13, della legge n. 240 del 2010.

Con riferimento alla proposta avanzata dall'onorevole interpellante circa eventuali iniziative, anche di rango normativo finalizzate a ribadire la centralità delle università nella formazione pre laurea e post laurea dei laureati in medicina e nelle professioni sanitarie, si osserva che già nell'ordinamento vigente è previsto che i titoli di laurea in medicina e chirurgia, i titoli di laurea abilitanti alle professioni sanitarie ed i titoli di specializzazione di area sanitaria siano rilasciati dalle università.

Peraltro, al fine di garantire la prescritta capacità formativa, gli atenei si avvalgono della rete formativa delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Ciò, infatti, garantisce l'adeguatezza delle strutture e delle attrezzature ritenute necessarie per la didattica, servizi generali e diagnostici adeguati, sia in termini qualitativi che quantitativi, qualità delle prestazioni erogate.

Pag. 18

Con particolare riguardo alla formazione specialistica, si rappresenta che, nell'ambito dei lavori del tavolo politico, istituito ai sensi dell'articolo 22 del Patto per la salute 2014/2016 con il compito di individuare, anche alla luce delle esperienze degli altri Paesi dell'Unione europea, specifiche soluzioni normative finalizzate a una valorizzazione delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale, è emersa l'esigenza di valorizzare il ruolo della rete formativa regionale per lo svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, fermo restando il ruolo delle università nella formazione pre e post laurea.

Va, infatti, considerato che, secondo le disposizioni del

decreto legislativo n. 368 del 1999, come modificato, in particolare, dal decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, la formazione dello specializzando implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal consiglio della scuola e la graduale assunzione di compiti assistenziali nonché l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata dalle direttive ricevute dal *tutor* della struttura sanitaria stessa.

Si ritiene, pertanto, che già l'ordinamento vigente riconosca all'università la propria funzione formativa, salvaguardando allo stesso tempo, in considerazione della specificità della formazione di cui trattasi, il ruolo della rete formativa regionale.

PRESIDENTE. L'onorevole Gigli ha facoltà di dichiarare se sia soddisfatto per la risposta alla sua interpellanza.

GIAN LUIGI GIGLI. Signor Presidente, signor sottosegretario, io la ringrazio per la lunga ed esaustiva ricognizione che ha operato sul tema, sulla quale non ho nulla da eccepire. Mi consenta, però, di dirle, innanzitutto, che la risposta è in qualche modo disarmante, nel senso che noi arriviamo per sua ammissione alla conclusione che lo schema tipo previsto *ab initio*, proprio, di tutta questa annosa vicenda è stato inoltrato nel 2011, siamo arrivati alla fine del 2015 e sono certo che nemmeno per il 2015 questo schema tipo vedrà l'alba. Tuttavia, a parte questo aspetto disarmante, io credo che la prosecuzione nel tempo di questa sorta di braccio di ferro – così l'ho definito – che – mi consenta di dirlo – è in atto anche per quanto riguarda il tavolo che sta lavorando intorno al Patto per la salute, abbia bisogno di un chiarimento su quello che è il ruolo, lo specifico ruolo del docente universitario di medicina. Come lei stesso ha ammesso, per la natura della materia, il docente di medicina non può essere un professore di liceo, non può essere un professore di liceo che fa le sue lezioni in una cattedra e poi, dopo, appalta, per così dire, il resto alle strutture sanitarie, perdendo peraltro il controllo completamente, anche, molte volte, di quello che viene detto, fatto e insegnato in queste strutture, non avendo in realtà possibilità di intervenire in materia.

Allora, mi chiedo e le chiedo se è interesse di questo Paese, da un lato, dequalificare l'insegnamento stesso poiché, innanzitutto, non si vede perché uno debba assumersi oneri, responsabilità e valutazioni anche da parte del Ministero, come ho detto, se questa sua specificità non è ampiamente riconosciuta nei fatti; non si vede perché debba assumersene queste responsabilità, è molto più semplice fare il docente di una struttura ospedaliera alla quale, appunto, questa funzione eventualmente viene appaltata, non ci sono responsabilità, non ci sono valutazioni su questo tipo di cose. Ma aggiungo, anche, che cosa succede all'attività scientifica delle facoltà di medicina della quale pure il nostro Paese si avvale e che è un fiore all'occhiello del nostro sistema ?

Credo che un docente, sempre più espropriato del suo ruolo, da un lato, e sempre più vessato da una situazione dettata dal sistema aziendalistico ed economicismo del servizio sanitario nazionale, da un altro, che lo porta ad essere uno che ha di mira soprattutto il

numero delle prestazioni, il cartellino da timbrare e quant'altro, tutto questo sta finendo per dequalificare, piano piano – non sono effetti che si vedono nell'immediato –, la stessa attività scientifica di quelle che furono le facoltà di medicina.

Noi ci stiamo orientando, senza dirlo, verso un sistema del cosiddetto dell'ospedale di insegnamento, dove tutti quanti (si dice sul modello americano) fanno attività di tipo didattico. Tuttavia, abbiamo a che fare con un sistema diverso negli Stati Uniti, nel quale gli ospedali fanno a gara per attrarre le persone più qualificate anche dal punto di vista scientifico, per offrire la migliore didattica perché c'è una competizione. Il nostro è un sistema totalmente diverso che ha a che fare con un sistema sanitario nazionale e con una università che è regolamentata in gran parte dallo Stato che fornisce poi adeguati titoli agli studenti formati. Questo ospedale di insegnamento non può essere un ospedale nel quale vi sono alcuni che sono sottoposti a concorsi ed hanno determinati tipi di responsabilità aggiuntive ed altri che lavorano alla pari, nello stesso modo – verso questo si sta andando –, i quali non sono sottoposti agli stessi concorsi e alle stesse valutazioni.

Chiedo almeno che questa vicenda venga chiarita nel più breve tempo possibile e che non ci siano ulteriori dilazioni nella definizione di questo schema tipo, perché quello che accade, altrimenti, le ripeto, di volta in volta, nelle singole situazioni, in mancanza di un quadro di riferimento nazionale, il grido di allarme che si leva è che soccombe chi poi non ha i mezzi e le università non hanno i mezzi, cominciare da quelli finanziari, il servizio sanitario regionale ce li ha, anche se spesso li spende male e li utilizza per una politica di condizionamento sempre più oppressiva e sempre più pesante. La ringrazio e spero che vorrà farsi portatore anche su questi tavoli delle esigenze che ho cercato di rappresentarle.