

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, AGNELLI Arduino, SPITELLA, DE ROSA, MANZINI, BOGGIO, MEZZAPESA, GIAGU DEMARTINI, VENTURI, ZECCHINO, PINTO, PATRIARCA, ROBOL, MURMURA e SALERNO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 DICEMBRE 1991

Riordinamento delle strutture assistenziali delle facoltà di medicina

ONOREVOLI SENATORI. – Durante il lungo e faticoso lavoro di redazione del disegno di legge «Riordinamento del servizio sanitario nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria» (atto Senato n. 2375), all'articolo 8 – concernente l'ordinamento degli istituti a carattere scientifico, policlinici, enti di ricerca, Istituti zooprofilattici sperimentali e ospedali militari – la 12^a Commissione (Igiene e sanità) aveva ritenuto utile, a maggioranza, introdurre la seguente norma:

«Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dall'articolo 7, comma 1, ove non direttamente perseguibili ai sensi di tale articolo, le regioni e le province autonome, con riferimento alla convenzione di cui al

comma 13 del presente articolo, provvedono con il primo piano sanitario regionale alla costituzione di aziende ospedaliere e di policlinici universitari mediante scorporo o trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie e di strutture ospedaliere, riaccorpandole rispettivamente in stabilimenti omogenei universitari od ospedalieri secondo esigenze di programmazione e redistribuzione sul territorio. In tal caso si applicano le disposizioni dei commi 12 e 13 del presente articolo».

In tal modo, la Commissione accoglieva una sollecitazione espressa nel «parere» della 7^a Commissione (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport) in base alla quale non poteva

considerarsi logico, nè funzionale ai compiti cui è chiamata ad operare la facoltà di Medicina in sintonia con il Servizio sanitario nazionale, lasciar sussistere un triplo regime di funzionamento delle facoltà stesse e cioè:

1) quello dei policlinici in complessi autogestiti, i quali - in ogni caso - nel predetto disegno di legge n. 2375, venivano *ex lege* organizzati in aziende ospedaliere autonome in analogia a quanto previsto per le aziende ospedaliere (vedi comma 7, articolo 8);

2) quello delle sedi le quali, per la presenza di almeno il 50 per cento delle strutture «clinicizzate» a direzione universitaria (e di cui almeno tre siano strutture ospedaliere affidate alla temporanea direzione universitaria), conseguivano il riconoscimento di «azienda ospedaliera»; anch'esse *ex lege* e in prima applicazione;

3) quello delle sedi ove la presenza delle strutture universitarie fosse molto limitata e comunque inferiore al 50 per cento, ovvero i «singoli» istituti universitari fossero ubicati in ospedali di piccole dimensioni o privi di reparti di alta specializzazione, e che mai avrebbero quindi potuto conseguire la classificazione di «azienda ospedaliera».

Era sembrato logico alla 7^a Commissione riportare ad uno «schema» più uniforme i criteri di organizzazione delle strutture assistenziali ove opera la facoltà di medicina, non solamente per motivi di principio (assicurare a tutti i docenti parità di opportunità di ricerca e di assistenza e conseguentemente di didattica, indipendentemente dalle sedi in cui operano) ma anche per organizzare con criteri più uniformi, fra le varie sedi, i dipartimenti, le sezioni, i servizi e i laboratori «con riferimento alle esigenze universitarie».

Rinunciando a sostenere la trasformazione «integrale» di tutte le sedi in policlinici universitari autogestiti - unico modello che per molti aspetti potrebbe assicurare i sovraccennati requisiti e che rappresenta per molti il traguardo da conseguire nel tempo - ci si era orientati, nel dibattito in

12^a Commissione, quanto meno a proporre nell'immediato la «ristrutturazione» della facoltà di medicina su due soli modelli:

1) quello dei policlinici autogestiti, organizzati sostanzialmente con personale dei ruoli universitari;

2) quello degli «ospedali di insegnamento», ad alta specializzazione, in cui operassero personale ospedaliero e personale universitario nelle proporzioni almeno del 50 per cento (distribuito nei diversi ruoli e mansioni) ove - ferma rimanendo l'appartenenza al diverso stato giuridico - si sviluppasse fra le due categorie rapporti di assoluta collaborazione costituendo un modello integrato simile, per molti aspetti, ai «Centri universitari ospedalieri» (CUO) costituiti in Francia e a lungo anche dibattuti nella dottrina sanitaria italiana.

Si sarebbero così gradualmente eliminate - per indicazione di legge - le situazioni precarie in cui versano numerosi istituti clinici che, soprattutto nelle sedi universitarie di più recente istituzione, o in quelle in più rapida espansione, hanno trovato isolata accoglienza in piccoli ospedali territoriali o in «case di cura» convenzionate, usufruendo della sola direzione universitaria, ma essendo privi di qualsiasi altra «figura» prevista dagli organici universitari (ad esempio professori associati, ricercatori, tecnici laureati, eccetera).

Per vicende non direttamente inerenti ad un giudizio di merito, durante il dibattito in Aula si è rinunciato a sostenere il comma 16 dell'articolo 8, che - peraltro - avrebbe dovuto subire parziali modifiche in funzione dei criteri di «programmazione» e di formazione del Piano sanitario nazionale introdotti dall'Aula.

Vi furono dichiarazioni favorevoli a riconsiderare la materia, troppo importante per essere accantonata, in occasione della redazione del Piano sanitario nazionale.

Tuttavia è evidente che ben altra forza avrebbe assunto un'indicazione votata dal Senato nel contesto stesso della proposta di riordinamento del Servizio sanitario nazionale - la quale, appena licenziata, è passata ora all'esame della Camera. I presentatori

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di questo disegno di legge, adeguandosi allo schema generale del disegno di legge n. 2375 approvato dal Senato, ripropongo i contenuti del comma 16 all'attenzione dei senatori nella variante di seguito indicata, come autonoma proposta.

Intendono offrire l'occasione per approfondire - sia al Senato che alla Camera - un argomento che sempre più appare cruciale per il buon assetto operativo, il reciproco rispetto e la corretta operosità delle due componenti facenti parte della medicina italiana.

I proponenti intendono, con la loro iniziativa, sottolineare una volontà «politica» e venire incontro non solamente ad esigenze condivise da gran parte delle

facoltà mediche, ma sottolineate anche nel «parere» che fu espresso dalla 7^a Commissione del Senato.

In definitiva, con il presente disegno di legge, si intende disciplinare, con ampia flessibilità e comunque nel rispetto delle reciproche autonomie, le procedure per consentire - in prospettiva - la costituzione di complessi omogenei, o totalmente «universitari» o «misti» in posizioni paritarie, eliminando pertanto le situazioni più disparate e dall'incerto funzionamento, presenti attualmente sul territorio nazionale.

I presentatori auspicano pertanto l'appropriata comprensione della loro iniziativa e l'accoglimento di essa da parte dei senatori.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Le regioni e le università possono individuare, d'intesa, strutture universitarie ed ospedaliere, esistenti in complessi misti, da accorpate in complessi omogenei universitari o regionali, al fine di costituire policlinici universitari gestiti direttamente dall'università.

2. Il trasferimento delle strutture di cui al comma 1 è attuato mediante specifica convenzione che disciplina le modalità per il passaggio in proprietà o in uso delle strutture, dei beni e delle attrezzature tecniche e scientifiche.

3. Il nuovo complesso, costituito ai sensi del comma 1, subentra in tutti i rapporti giuridici in atto alla data di stipula della convenzione relativi alle strutture trasferite.

4. La convenzione può altresì disciplinare l'utilizzazione nel complesso policlinico, previo assenso dell'interessato, del personale sanitario medico e non medico appartenente ai ruoli regionali, con oneri a carico del finanziamento erogato dalla regione all'università per lo svolgimento dell'attività assistenziale.

5. Le regioni e le università possono costituire complessi misti, purchè siano assicurate una presenza paritaria nel medesimo complesso di strutture a direzione universitaria e a direzione ospedaliera, una congrua componente degli organici universitari ed una gestione autonoma di modello dipartimentale coerente con i fini didattici, di ricerca e assistenziali.