

UNA BREVE PREMESSA

In tutto l'Occidente i sistemi di welfare e protezione sociale sono al centro di una ormai lunga discussione che contrappone modelli di liberalizzazione e privatizzazione estesa a modelli di protezione con un ruolo prevalente del pubblico.

Noi sosteniamo la necessità di un ruolo centrale dello Stato nella gestione dei servizi fondamentali per il cittadino. Sosteniamo l'idea di non sostituibilità del pubblico con il privato per quanto riguarda l'erogazione di livelli minimi di assistenza. Non riteniamo neppure necessario motivare questa affermazione: essa è sostenuta dai fatti, qualunque indicatore di qualità venga preso in esame, da parte di chiunque ritenga di interessarsi a questa problematica.

Il settore sanitario rappresenta il paradigma di questa affermazione, e il punto più evidente di una dialettica che contrappone pubblico a privato.

I POLICLINICI

La missione dell'Università non si limita all'assistenza ai degenti: è quella della ricerca e della formazione delle professionalità che sono necessarie per attuare tale assistenza, non solo nelle strutture universitarie, ma in qualunque struttura voglia garantire cure e prevenzione.

In questi giorni assistiamo invece ad una campagna di stampa, che interessa la sanità pubblica, ma ha una forte focalizzazione sulla sanità universitaria, sui Policlinici universitari, tesa ad affermare la tesi di una sostanziale inefficacia, di una corruzione di fondo, di danni quotidianamente arrecati alla società civile da un sistema degradato e imputabile al malgoverno interessato dell'Università.

Le Organizzazioni Sindacali dell'Università hanno da tanto tempo sollevato con gli interlocutori di turno, a cominciare dai Governi in carica, la questione di un riesame complessivo delle condizioni gestionali e normative relative ai Policlinici. Gli elementi di sofferenza denunciati, se si esaminano gli indicatori di qualità, sono in egual modo riscontrabili in tutto il sistema sanitario del Paese. Non esiste, da questo punto di vista, una differenza attribuibile all'appartenenza di un ospedale alla Sanità piuttosto che all'Università. Va piuttosto evidenziato il fatto che una parte estremamente significativa della ricerca medica nel nostro Paese si svolge nei Policlinici, garantendo spesso, inoltre, livelli assistenziali di eccellenza.

Nessuno fino ad oggi, e negli ultimi anni, ha ritenuto di rispondere a tale sollecitazione.

Basti dire che il D.Lgs. 517 del 1999, che prevedeva un modello stabile di rapporto tra SSN e Università-Policlinici, attraverso una fase sperimentale di quattro anni, non ha mai visto l'emanazione dei decreti attuativi, che pure la legge stessa prevedeva. Si è preferito un prudente silenzio alla soluzione dei difficili nodi del pianeta Sanità Pubblica. Eppure il D. Lgs. 517 (c.d. Legge Bindi), conteneva gli elementi fondamentali per la messa a regime di un rapporto chiaro e trasparente tra Sistema Sanitario Nazionale (gli Ospedali e le ASL) e l'Università (i Policlinici Universitari) e necessitava di pochi interventi di modifica e puntualizzazione.

CHE COSA E' ACCADUTO IN QUESTI ANNI

In questi anni si è svolto un sotterraneo, quotidiano, braccio di ferro tra le Regioni (titolari delle politiche sanitarie e della gestione del sistema sanitario), e le Università. Nell'incertezza normativa data dall'assenza delle regole della Legge 517, le Regioni hanno teso a considerare ciò che sfuggiva al loro controllo diretto, come i Policlinici, come un elemento di interferenza nelle politiche regionali.

La legge prevede le modalità di finanziamento dei Policlinici da parte delle Regioni in quanto "presidi a più elevata complessità aziendale" riconoscendo, quindi, il valore qualificante ed aggiunto della didattica e della ricerca esercitato dal "governo" dell'Università sui Policlinici negli aspetti decisionali fondamentali riducendo, di conseguenza, il potere decisionale all'autorità regionale.

Ciò ha spinto alcune Regioni, ad esempio la Sicilia, ad attuare nei confronti dei Policlinici veri e

propri ricatti: poichè la Regione finanzia le prestazioni in convenzione, la Regione pretende di decidere sul reclutamento del personale che dipende dall'Università. Si determina così un paradosso istituzionale ed amministrativo, per il quale un'Amministrazione decide sul personale reclutato da un'altra, violando ad un tempo autonomia, buon senso, e buone pratiche (per non parlare delle relazioni sindacali e dei contratti).

Ma in generale il nodo non sciolto sulla Sanità universitaria è proprio il nodo del controllo e dell'armonizzazione delle politiche tra Amministrazioni diverse: chi decide e su quali obiettivi. E, in termini più concreti, chi gestisce in esclusiva l'enorme potere che deriva dal controllo della sanità pubblica. Appalti, esternalizzazioni, edilizia, commesse, reclutamento: sono questi i nodi "politici" del contenzioso sui Policlinici.

OGGI

Oggi i nodi non sciolti nel passato arrivano lentamente al "redde rationem".

Per l'Università il costo di enormi strutture, come i Policlinici di Roma e Napoli, rappresenta ormai un onere insopportabile perché sostenuto da un finanziamento ordinario dello Stato all'Università inadeguato e sempre decrescente.

Per le Regioni, a loro volta alle prese con un taglio della spesa sanitaria, le ragioni di una razionalizzazione e "valorizzazione" della struttura dei Policlinici diventano sempre più stringenti. In questa tenaglia di fatti oggettivi chi rischia di lasciarci la coda sono la qualità e quantità del servizio pubblico e i dipendenti dei Policlinici. Riduzione dei posti-letto e riduzione degli organici non risolvono il problema dei costi, ma determinano una riduzione delle prestazioni ai cittadini.

LE POLEMICHE

In questi giorni si è scritto molto, probabilmente troppo, ed in modo scarsamente documentato. E' difficile razionalmente costruire un nesso tra le cacche di topo e il malgoverno delle baronie universitarie. Chiunque giri per Roma può tristemente considerare lo stato di incuria e trascuratezza in cui versa la città in tutti i suoi aspetti di organizzazione sociale, cui certamente il Policlinico non fa eccezione, come peraltro tanti ospedali della Capitale.

Non perché gli episodi denunciati sui giornali siano, speriamo, non veri, o non possano accadere: la cronaca ci abitua quotidianamente a molto peggio. Solo perché il degrado, in tutte le sue forme, non può essere in alcun modo collegato in modo strumentale o meccanico al governo dell'istituzione da parte dell'Università. Ci sono catene gerarchiche di responsabilità, che partono dalla politica per scendere ai Direttori, ai dirigenti, a chi opera nelle unità; ci sono spazi di discrezionalità non sorvegliati nei quali si insinua il malcostume, quello individuale e quello collettivo: dall'appalto truccato e mal gestito delle pulizie ad aspetti di corruzione su grande scala. Il collegamento strumentale e materiale del degrado al governo dei Policlinici rende quindi evidente l'intento di colpire l'Università.

L'attuale realtà dei Policlinici universitari è molto variegata per dimensioni, tipo di problemi, qualità delle strutture sanitarie. Convivono a volte nella stessa realtà punti di eccellenza clinica e degrado, sia per l'assistenza sia per la ricerca. Spesso le punte di eccellenza sono raggiunte grazie al sacrificio e alla dedizione degli operatori tutti, nonostante il degrado. Non è possibile né utile semplificare in via strumentale una realtà così complessa.

GLI INTERVENTI POSSIBILI

Il D.Lgs. 517/99 aveva posto le basi per la soluzione a regime del rapporto tra Università e SSN. La legge prevedeva due tipologie organizzative:

Tipo A – Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN;

Tipo B – Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Il rapporto tra SSN (e quindi le Regioni) e le Università doveva essere regolato da protocolli d'intesa bilaterali. Veniva definito un periodo di sperimentazione di 4 anni, al termine del quale sarebbe esistito un unico tipo di Azienda Ospedaliera Universitaria integrata. Appositi decreti attuativi dovevano scandire il percorso di transizione regolando tutti gli aspetti del rapporto.

Questo percorso non è mai decollato: siamo ancora nella transizione, i decreti attuativi non

sono mai stati prodotti. Ciò ha causato un blocco del sistema e, in questo vuoto, la ricerca di aggiustamenti interni tra i poteri istituzionali che hanno cercato di sopravvivere o, più semplicemente, di perpetuarsi lucrando sull'assenza di regole.

Nel 1997, prima del D.Lgs. 517, le OO.SS. Cgil, Cisl e Uil così scrivevano:

"... Le OO.SS. propongono che l'attività assistenziale delle Facoltà Mediche, ineliminabile strumento per l'assolvimento delle funzioni didattiche e di ricerca che sono loro proprie, si muova in raccordo con la programmazione del SSN e, dall'altro, che l'attività pratica necessaria per l'apprendimento e la ricerca sia svolta, tramite intese, anche presso strutture sanitarie del SSN e con l'eventuale ausilio, anche in veste di tutor, del relativo personale...

I Protocolli di intesa tra Università e Regioni appaiono lo strumento idoneo al fine di inserire nella programmazione regionale l'attività assistenziale delle prime, ma occorre, per realizzare una completa armonizzazione ed una maggiore efficacia delle prestazioni, anche rivedere gli attuali assetti istituzionali.

Occorre infatti potenziare lo strumento degli accordi su base paritaria per costruire un modello istituzionale di "azienda integrata", a partecipazione congiunta Università-SSN, la cui peculiare missione istituzionale consenta di assicurare insieme la qualità della formazione e della ricerca e le necessarie coerenze tra prestazioni e programmazione sanitaria. Le regole di reciprocità e di comportamento dovranno essere contenute nel protocollo d'intesa costitutivo dell'Azienda.

Tale azienda dovrà avere personalità giuridica pubblica ed essere quindi dotata, in relazione alla specificità dei fini istituzionali, di completa autonomia statutaria, gestionale, organizzativa, finanziaria, completando in tal modo compiutamente il processo di aziendalizzazione che le normative precedenti (D. Lgs. 502/92 e 517/93) avevano già individuato. Per quanto riguarda le risorse le parti, nell'atto costitutivo, dovranno definirne la natura e l'entità, in termini di patrimonio, finanziamenti e personale, a partire dall'attuale sistema di remunerazione che la Regione assicura in base alle prestazioni sanitarie erogate. Le fasi... attuative devono essere attivamente governate attraverso politiche di incentivazione/disincentivazione, che sollecitino concretamente l'attuazione dei processi di riforma, evitando il ripetersi di riforme che restano sulla carta".

Siamo esattamente a questo punto. Da qui occorre riprendere la strada, senza accelerazioni e senza strappi, proposti sull'onda emotiva di una emergenza reale, ma spesso enfatizzata.

I COSTI DEL SISTEMA

I Policlinici costano molto, specie se sono grandi. Costano, comparativamente, un po' più degli ospedali di pari grandezza. Le ragioni, a parità di buona gestione teorica, sono strutturali:

1) Per fare ricerca, insegnamento e assistenza ci vogliono più soldi che per fare solo assistenza.

2) Per fare ricerca, insegnamento e assistenza ci vuole più personale che per fare solo assistenza.

I differenziali di costo sono riferibili alla missione: per formare i medici, e il personale infermieristico e tecnico-sanitario, e insieme gestire una struttura assistenziale esiste un surplus di costi che va attribuito all'investimento in formazione. Se questo è un compito dell'Università, va considerato come un costo strutturale.

A valle di questa considerazione stanno tutti i ragionamenti sugli sprechi, gli arbitrii, le diseconomie: che tuttavia non sono prerogativa dell'Università ma riguardano in modo purtroppo generalizzato il sistema pubblico compresa la stessa Sanità. Esistono invece misure di medio/lungo periodo che possono ripulire il clima etico del settore pubblico, dell'Università come della Sanità. Tra queste, certamente è necessario ribadire ed estendere il regime delle incompatibilità tra lavoro nel pubblico e forme di prestazione libero-professionale, garantendo strutture idonee per l'esercizio dell'attività intramuraria. Così come è necessaria una valutazione costante di tutte le posizioni dirigenziali e di responsabilità, sia quelle amministrativa e tecniche, sia quelle cliniche. Produrre modelli di valutazione, con conseguenze disciplinari, retributive e di carriera deve diventare norma di relazione contrattuale.

Ma, soprattutto, vanno previste norme di tutela che spezzino la catena dell'appalto, del favore, dell'interesse pubblico piegato all'interesse privato.

La cosa più incredibile delle denunce giornalistiche di questi giorni è che apparentemente tutti

cadono dalle nuvole, non è rintracciabile una responsabilità precisa, e si assiste al vecchio gioco italico dello scaricabarile.

L'aspetto della moralizzazione non è quindi un'ubbia filosofica: mettere mano alle regole di governo e di chiarezza gerarchica e di rendicontazione consentirebbe, secondo noi, di eliminare una parte consistente del problema dei costi impropri e crescenti del sistema sanitario.

GLI INTERVENTI URGENTI

Appalti ed esternalizzazioni.

Il trasferimento a terzi di funzioni istituzionali ha superato ampiamente la soglia critica con le seguenti conseguenze:

- 1) Incontrollabilità della gerarchia di responsabilità, della catena della decisione e di un rapporto credibile costi-benefici; è difficilissimo controllare la filiera degli appalti e il personale coinvolto. Evasione contrattuale e contributiva, mancata esecuzione del lavoro, sospetti di tangenti come regola.
- 2) Costante erosione delle entrate da prestazione verso i Policlinici, entrate che migrano dal pubblico alla sanità privata in convenzione.
- 3) Conseguente esplosione dei costi: se si diminuiscono le entrate e la struttura resta la stessa, è evidente che il deficit è inevitabile.
- 4) Altrettanto inevitabile e progressivo degrado della capacità di investimento e manutenzione. Una revisione generale di appalti e convenzioni, e un'attenta ricalibratura dei servizi che i Policlinici possono offrire intra-moenia è il primo passo per aggredire il cancro dei costi.

Precariato.

Il precariato è ormai condizione ordinaria di vita, a partire dagli specializzandi, che sono ad ogni effetto utilizzati come organico di ruolo. A Roma c'è un Pronto Soccorso che funziona con 25 medici precari e 3 di ruolo. Questa non può essere normalità efficiente.

Occorrono percorsi di stabilizzazione selettiva, programmazione concordata degli accessi, fine del dumping professionale.

Il personale di ruolo.

Ribadendo la specificità della Facoltà di Medicina, ne discende immediatamente un corollario: l'unitarietà di luoghi in cui convivono insegnamento, ricerca e assistenza, qualunque sia la tipologia delle Aziende. Questo presuppone una tipologia di personale a ciò dedicato, poichè le esigenze dell'insegnamento e della ricerca non coincidono con quelle della pura assistenza.

Noi sosteniamo che il personale delle Facoltà di Medicina non può che rimanere incardinato nell'Università, che ha logiche ed esigenze diverse da quelle di un normale ospedale. Ed è bene che il contratto di lavoro resti quello dell'Università, così come le titolarità decisionali (naturalmente in un chiaro rapporto di programmazione condivisa con il SSN).

Altrimenti, si dica in chiaro che la funzione di insegnamento della Medicina costituzionalmente tutelata si può delegare agli ospedali, che la ricerca si può delegare agli ospedali, agli IRCCS e agli Enti di ricerca, che la ricerca non è più quella libera, ma solamente quella finalizzata e quella finanziata dall'industria farmaceutica, con la contestuale soppressione della Facoltà.

In conclusione, è a partire dal D.Lgs. 517/99, dalla sua coerente e piena applicazione che possono nascere le condizioni per un intervento mirato e condiviso sui Policlinici, anche in correlazione ai lavori di Commissioni già in essere: un intervento che ne salvi le peculiarità, che li metta in fase ed in rapporto positivo con la programmazione sanitaria regionale.

Su queste ipotesi di lavoro, rifiutando semplificazioni e interventi traumatici per l'utenza e per il personale, CGIL, CISL e UIL del comparto Università chiederanno ai lavoratori e all'opinione pubblica di sostenere, anche con le mobilitazioni necessarie, la piattaforma per la valorizzazione dei Policlinici universitari.