

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, SPITELLA, MANZINI, CONDORELLI, FIORET, MELOTTO, BOGGIO, MEZZAPESA, ZECCHINO, GIACOMETTI, AGNELLI Arduino, GIAGU DEMARTINI, SARTORI, PARISI, SALERNO, BUSSETI, DI LEMBO, PINTO, COVELLO, DONATO, EMO CAPODILISTA, COCO, BEORCHIA, GIACOVAZZO, ORLANDO, PERUGINI, ZANGARA, TAGLIAMONTE, AZZARÀ e LOMBARDI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 AGOSTO 1988

Disposizioni urgenti per assicurare le funzioni assistenziali dei policlinici, degli istituti e delle cliniche gestiti direttamente dalle Università

ONOREVOLI SENATORI. — Con il disegno di legge che presentiamo alla vostra attenzione, desideriamo affrontare una delle questioni più delicate che si sono venute a creare nel settore universitario delle facoltà di medicina, cui vanno riconosciute peculiarità rispetto ad altre facoltà, ad esempio le umanistiche e le giuridiche, in rapporto all'assistenza sanitaria svolta quale compito istituzionale indissolubilmente connesso alla ricerca e alla didattica.

Motivi dell'iniziativa legislativa

Prima di illustrare, brevemente, la nostra proposta, riteniamo utile svolgere alcune considerazioni che ne illuminano i motivi.

1. La prima considerazione è di natura prettamente universitaria.

La serie di leggi riguardanti l'Università si è mossa, in questi anni, con un'ottica generale che ha tenuto ben poco conto della «peculiarità» delle facoltà mediche. L'abolizione della figura dell'assistente universitario (legge 30 novembre 1973, n. 766), molto diffusa numericamente nelle facoltà mediche, dotato di compiti «assistenziali» anche nel significato «ospedaliero» del termine, è stata solo parzialmente rimpiazzata dalla istituzione della figura del ricercatore, operante presso la facoltà di medicina. A tale figura, comunque, il legislatore ha giustamente riconosciuto — con il decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 — compiti

assistenziali equivalenti a quelli dell'assistente ospedaliero (vedi articolo 102).

Si è verificata, in questi ultimi anni, una riduzione notevolissima del numero degli assistenti ordinari in servizio, sia per il loro transito nella categoria degli associati (ove acquistano la qualifica e le funzioni di aiuto), sia per la graduale cessazione dal servizio con il compimento del sessantacinquesimo anno di età.

Se tutti i posti organici di «assistente», vuoi già esistenti che prevedibili per la progressiva complessità e dinamica espansione dei servizi, che rendono necessario l'adeguamento dell'organico, fossero vicariabili con altrettanti posti di «ricercatore», la cui permanenza in servizio fino a 65 anni è assicurata dalla legge, molte difficoltà sarebbero appianate. Tuttavia il decreto-legge 2 marzo 1987, n. 57, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 1987, n. 158, nell'ottica del disegno generale riformatore della docenza universitaria, all'articolo 3 ha previsto un rapporto numerico fra il ruolo dei professori universitari articolato nelle due fasce (ordinari e associati) e il ruolo dei ricercatori parametrato alla consistenza numerica globale, per ogni facoltà, dei professori ordinari.

Questo disposto, che è stato accolto dal Parlamento nonostante le riserve avanzate in proposito da alcuni componenti le Commissioni pubblica istruzione sia della Camera che del Senato, consapevoli delle difficoltà cui sarebbero andate incontro le strutture assistenziali mediche, conferisce una «rigidità» al ruolo dei ricercatori che (nonostante il numero certamente abbastanza elevato dei docenti di prima e seconda fascia operanti presso gli istituti e dipartimenti medici) penalizza in parte le funzioni di ricerca, ma soprattutto quelle didattiche integrative dei corsi di insegnamento ufficiali e le funzioni assistenziali della facoltà di medicina.

In questa facoltà, infatti - dovendosi realizzare anche un «apprendimento guidato» largamente di natura pratica - i peculiari compiti assistenziali richiedono un rapporto fra docenti ordinari e ricercatori-assistenti ben diverso rispetto alla generalità delle altre facoltà.

Questo rapporto dovrebbe quanto meno fissarsi attorno a 1 ordinario, 1 associato, 2 «assistenti» ricercatori.

2. Una seconda considerazione, a maggiore sottolineatura delle affermazioni appena enunciate, è di natura organizzativa sanitaria.

La complessità della gestione di ospedali ad alto potenziale tecnologico e specialistico, come quelli universitari (che vanno sotto la denominazione generale di «policlinici», siano essi giuridicamente classificabili «ospedali clinicizzati», ovvero policlinici universitari o cliniche a conduzione diretta), è sicuramente aumentata negli ultimi dieci anni, sia per l'entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833) e della successiva legge 23 ottobre 1985, n. 595: «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88», che per i progressi continui della medicina «tecnologica» e specialistica nosocomiale. Le «tecniche» diagnostico-terapeutiche più sofisticate, infatti, trovano alte espressioni nei policlinici stessi. Si deve considerare, poi, che al medesimo personale addetto all'assistenza «tecnologica» sono da attribuire anche compiti che riguardano la didattica e la ricerca, per la promozione e l'affinamento della stessa capacità di corretta utilizzazione del potenziale tecnologico. Queste incombenze importano impegni addizionali (rispetto alla cura del paziente) difficilmente quantificabili in misure temporali.

Tuttavia, per ammissione generale, una approssimativa quantificazione è possibile attraverso il riconoscimento legislativo e la conseguente attribuzione alle strutture assistenziali universitarie - così come a quelle ospedaliere equivalenti per complessità e svolgenti attività di didattica e ricerca - di un quoziente di organico lievemente superiore all'organico-tipo di strutture che svolgano solamente compiti assistenziali (ad esempio 30 per cento in più).

3. A questo punto, conviene richiamare la diversa situazione in cui versano i vari «complessi assistenziali» che hanno tuttavia assunto la comune denominazione di policlinici universitari, sotto il profilo giuridico-amministrativo.

Come è noto, il rapporto giuridico, già individuato nel testo unico dell'istruzione superiore del 1933, può essere di duplice

natura: quello dell'ospedale clinicizzato e quello degli istituti clinici direttamente gestiti dalle Università.

Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129: «Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura», ha dettato una prima organica normativa, trattando della prima fattispecie negli articoli 1-4, e della seconda negli articoli 5-7.

Si riconosce nel primo caso, all'articolo 1, un criterio generale, e cioè che «l'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura deve essere adeguato all'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e deve prevedere una organizzazione analoga a quella dei corrispondenti servizi ospedalieri».

Nel caso degli istituti clinici gestiti direttamente dalle Università, si fissano norme che è utile richiamare e cioè:

Articolo 5. Gli istituti clinici gestiti direttamente dall'Università costituiscono nel loro insieme un ospedale policlinico universitario equiparato ad ospedale regionale e devono essere in possesso dei requisiti di cui agli articoli 19 e 23 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Articolo 6. Nell'ospedale policlinico universitario le unità di ricovero e cura per il servizio assistenziale si articolano in divisioni, sezioni e servizi speciali.

Le divisioni di ricovero e cura e le sezioni devono avere caratteristiche strutturali e funzionali analoghe a quelle ospedaliere.

I servizi speciali hanno caratteristiche strutturali e funzionali analoghe a quelle dei servizi ospedalieri.

Articolo 7. Agli ospedali policlinici universitari si applicano le norme stabilite per l'ordinamento dei servizi di diagnosi e cura nell'ambito degli ospedali generali.

Per l'ammissione e la dimissione del malato si applicano le norme previste per gli ospedali dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché le norme concernenti l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri.

In definitiva il citato decreto del Presidente della Repubblica n. 129 del 1969 riconosce istituti clinici e policlinici universitari a gestio-

ne diretta (universitaria) e istituti e cliniche universitarie la cui gestione amministrativa - per la parte assistenziale di ricovero e cura - è affidata all'Ente ospedaliero, ma tende a rendere per quanto è possibile uniformi (cioè comparabili) le rispettive tipologie.

Con la legge 22 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, non viene proposta alcuna sostanziale modificazione - sotto questo particolare profilo - subentrando tuttavia Regione e unità sanitaria locale all'Ente ospedaliero.

Sembra opportuno, proseguendo in questa succinta analisi, analizzare più da vicino gli ostacoli che sono emersi in questi anni trascorsi nell'attività delle strutture assistenziali utilizzate dalle facoltà mediche a fini di didattica-ricerca:

a) nel modello di gestione indiretta (affidato alla Regione - unità sanitaria locale), con riferimento all'articolo 39 della legge n. 833 del 1978, le facoltà mediche utilizzano spazi appartenenti alle unità sanitarie locali e personale assistenziale del servizio sanitario nazionale. I rapporti sono regolati da convenzioni, rispondenti allo «schema tipo» emanato con il decreto interministeriale 9 novembre 1982.

In questo «modello» uno degli inconvenienti - riguardante il personale - è dato dal fatto che il personale assistenziale ospedaliero assegnato alle cattedre convenzionate non sempre è «motivato» verso la didattica e la ricerca e si limita per lo più a svolgere la mera attività assistenziale secondo il proprio regime giuridico. Non si svolgono, dunque, le attività didattiche «integrative» e tutoriali.

Inoltre è carente (o addirittura mancante) nelle stesse strutture il coefficiente di ricercatori assegnati alle unità stesse, che potrebbero svolgere tali attività.

In dette strutture si verifica il fatto che la modificazione delle piante organiche dei ricercatori universitari determinata dall'articolo 3 del decreto-legge 2 marzo 1987, n. 57, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 1987, n. 158, che ha stabilito, come si è detto, che il numero dei ricercatori in dotazione di una facoltà non può eccedere il numero dei posti organici di professore ordinario della medesima, fa sì che ove, ad esempio, in una divisione siano previsti 2 posti di assistente

ospedaliero e 2 di ricercatore universitario, allorchè uno di questi ultimi venga a cessare (per conseguita docenza o per cessazione dal servizio) non possa essere sostituito, squilibrando ulteriormente le attività didattiche «integrative», oltre a quelle assistenziali.

Si viene a costituire, in definitiva, una unità prevalentemente assistenziale «ospedaliera», sia pure a direzione universitaria;

b) ancora più grave - sotto il profilo assistenziale - appare la situazione in cui versano le cliniche e policlinici «autogestiti», e dotati di personale interamente appartenente ai ruoli universitari.

A maggior ragione infatti le difficoltà sopra accennate emergono nel funzionamento dei policlinici e delle cliniche a gestione diretta (Roma I e II, Policlinici di Napoli I e II, di Messina, di Palermo, di Cagliari, di Udine e di Catania), dove i rapporti convenzionali assistenziali con le Regioni e le USL sono regolati dal decreto interministeriale 12 maggio 1986, che ha approvato il relativo schema-tipo, poichè le assegnazioni di ricercatori (che debbono coprire anche le mansioni assistenziali assicurate nell'altro regime di gestione almeno in parte da personale ospedaliero) sono del tutto insufficienti.

4. Una ulteriore considerazione riguarda i tentativi già fatti per superare questo difficile stato di cose.

I mali che abbiamo esposto, già ora fonte di notevole disservizio, porteranno in breve tempo alla paralisi dell'attività assistenziale e ad un ulteriore inceppamento anche di quella didattica di appoggio riservata ai ricercatori (esercitazioni, attività di tutoraggio, eccetera), oltre allo scadimento della qualità della ricerca, per la quale occorre disponibilità di tempo, se non si provvederà tempestivamente con misure legislative adeguate.

Non sono mancati, peraltro, anche in passato tentativi di porre riparo a tale carenza di personale.

Il problema del personale necessario all'attivazione delle nuove strutture assistenziali universitarie venne considerato, nella VI legislatura, nel disegno di legge recante «Provvedimenti urgenti per l'Università» presentato al Senato dal Ministro della pubblica istruzione, onorevole Scalfaro.

L'articolo inerente recitava quanto segue:

«Articolo 9. (*Norme speciali per i policlinici e le cliniche universitarie*). - Allo scopo di far fronte alle esigenze assistenziali, nonchè di organizzazione tecnica ed amministrativa dei Policlinici universitari e delle cliniche gestite direttamente dalle Università o da consorzi universitari, e in applicazione della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei decreti del Presidente della Repubblica nn. 128, 129 e 130 del 27 marzo 1969, i rispettivi consigli di amministrazione possono assumere mediante concorso, con incarico a tempo indeterminato, personale medico per compiti esclusivamente assistenziali, e personale non medico, entro contingenti che verranno determinati con decreto del Presidente del Consiglio di concerto con il Ministro del tesoro e con il Ministro della pubblica istruzione.

La spesa per il personale di cui al precedente comma graverà sui fondi dei policlinici e delle cliniche.

Tali incarichi, per quanto attiene al personale medico e al personale non medico, saranno contenuti nei limiti previsti dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, modificato dal decreto-legge 26 ottobre 1970, n. 745, convertito, con modificazioni, con la legge 18 dicembre 1970, n. 1034.

Al personale medico in tal modo assunto viene riconosciuto un trattamento economico equivalente a quello attribuito agli assistenti universitari di ruolo dalle vigenti disposizioni.

Al restante personale viene riconosciuto un trattamento economico equivalente a quello del personale statale di ruolo delle corrispondenti categorie. Per tutto il personale e per i familiari a carico che non beneficino di altre forme di previdenza sarà provveduto al trattamento previdenziale ed assicurativo mediante iscrizione all'INPS e all'ENPDEDP, a cura e carico dei policlinici e delle cliniche.

La gestione economica dei policlinici e delle cliniche di cui ai commi precedenti sarà tenuta distinta nell'ambito dell'amministrazione universitaria come gestione speciale, ai sensi degli articoli 58 e 59 del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore approvato con regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, e successive modificazioni».

Sin qui la proposta di Scalfaro, che fu «stralciata» nella previsione di una sollecita e più ampia definizione di tutti i rapporti che l'Università avrebbe dovuto assumere con l'istituendo Servizio sanitario nazionale.

Ciò non impedi che, proprio per le esigenze funzionali non rinviabili, fosse necessario procedere nel senso suggerito dalla proposta di legge: nacque così la «categoria» dei «gettonati», o MIUCA (Medici interni universitari con compiti assistenziali), che costituiscono (come molti ricordano) un problema spinoso di «preariato» riassorbito in parte dalla normativa sui «ricercatori» (vedi legge 21 febbraio 1980, n. 28: «Delega al Governo per il riordinamento della docenza universitaria e relativa fascia di formazione, e per la sperimentazione organizzativa e didattica», articolo 7, comma 8, lettera h, e decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980, articolo 58, comma 1, lettera h).

Ma anche dopo questi provvedimenti, il problema della carenza assistenziale persiste e va affrontato.

Non mancarono - dopo l'emanazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 - ulteriori tentativi, condotti in sede parlamentare.

Nella discussione sul disegno di legge «Stato giuridico dei ricercatori universitari» (n. 1352 Senato, IX legislatura) presentato dal Governo, il quale istituiva il ruolo «stabile» dei ricercatori ma prevedeva la utilizzazione di esso quale «palestra temporanea» dei giovani nella ricerca (non più di sette anni di permanenza nel ruolo), erano emerse le ulteriori difficoltà cui sarebbero andati incontro i policlinici universitari (particolarmente gli «autogestiti») ove a coloro che, allo scadere del settennato, non avessero potuto conseguire l'associazione, non fosse stato offerto altro sbocco occupazionale. A tale evenienza si era cercato di ovviare mediante un emendamento (accolto in VII Commissione) che consentiva ai ricercatori che non avessero conseguito dopo il settimo anno di permanenza in servizio il titolo di professore ordinario o associato, di operare sino al sessantacinquesimo anno di età quali «medici con funzioni assistenziali».

Le vicende che hanno portato sullo scorcio della IX legislatura ad approvare con urgenza

un decreto-legge (divenuto la citata legge n. 158 del 1987) nel quale tale disposizione non è stata inserita, perchè superata dalla diversa visione del ruolo del ricercatore, sono ben note.

5. Abbiamo trattato la materia per quanto si riferisce al personale medico laureato; tuttavia va ricordato che le stesse considerazioni valgono per il personale non laureato.

La situazione non è certamente brillante anche nel caso delle strutture didattico-assistenziali a gestione «indiretta», ove comunque le USL possono coprire le esigenze anche mediante trasferimenti interni di personale, pur con le difficoltà che la «mobilità» comporta. Nel caso delle strutture a gestione diretta (cliniche universitarie autogestite o policlinici) tuttavia le difficoltà sono ancora più gravi. Infatti tale personale, raccolto sotto la denominazione di «Assistente socio-sanitario» nella VI qualifica funzionale del personale non docente delle Università, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 settembre 1981 (e che ricomprende l'infermiere professionale ed altre categorie), scarseggia nei predetti policlinici a causa della carenza dei relativi posti di organico. Tale fenomeno ha origine analoga a quella già ricordata per il personale laureato, in quanto la tabella organica del personale non docente delle Università è «complessiva» per ciascuna qualifica funzionale, mentre non è oggettivamente rapportata nel caso di specie agli *standards* ospedalieri previsti per il servizio sanitario (posti letto, orario di servizio, mansionario, eccetera).

Si ripresentano, pertanto, le stesse esigenze perequative fra le varie facoltà: non è possibile assegnare posti di personale della VI qualifica alle facoltà mediche, per le esigenze dei policlinici autogestiti, senza perdere di vista una visione generale delle esigenze complessive per ciascun ateneo.

La proposta legislativa

Riteniamo di avere a sufficienza documentato i motivi che portano a questa iniziativa legislativa che - lo si vuol ripetere - riguarda solamente le cliniche universitarie autogestite

e i policlinici gestiti direttamente dalle Università, e vuol provvedere con immediatezza ad esigenze urgenti.

A nostro parere, si prospettano due ipotesi compatibili con la salvaguardia di due presupposti non rinunciabili e cioè il mantenimento della gestione autonoma e l'attuale assetto delle figure universitarie (legge n. 28 del 1980 e decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980).

Le ipotesi da considerare sono:

a) l'assegnazione di un numero particolarmente elevato di ricercatori alle facoltà mediche, in deroga al disposto del comma 1 dell'articolo 3 del decreto-legge 2 marzo 1987, n. 57, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 1987, n. 158;

b) la più ampia utilizzazione del personale «tecnico laureato».

La prima ipotesi è, sul piano teorico, quella preferibile; ma è da ritenersi che, nella attuale situazione delle Università italiane, costituisca anche l'ipotesi «politicamente» meno percorribile.

Infatti il 30 per cento del potenziale dei ricercatori è già assegnato alle strutture mediche universitarie, e ciò ha prodotto conflitti con le altre facoltà, che non possono essere ulteriormente accentuati in via amministrativa in sede di assegnazione dei posti organici. L'articolo 3 del citato decreto-legge n. 57 del 1987, dispone, all'opposto, il principio del «riequilibrio» (sia pure graduale) delle dotazioni fra le varie facoltà.

In ogni caso, tale disposizione non consentirebbe di operare in modo risolutivo, se non per correzione con modalità legislative di quanto nel 1987 già disposto. L'ipotesi di rivedere a così breve scadenza la normativa dei ricercatori suscita ampie riserve, e viene ritenuta attualmente impraticabile.

C'è consapevolezza del problema anche nelle sedi consultive centrali. Non a caso, nel ripartire i posti di ricercatore universitario fra le varie sedi in base ai nuovi criteri dettati dall'articolo 3 del citato decreto-legge n. 57 del 1987, il CUN con delibera unanime del 20 giugno 1987 si espresse come segue:

«Per quanto attiene la dotazione di sufficiente organico, per i settori della facoltà di

medicina coinvolti nell'assistenza, il Consiglio ritiene che sia necessario un intervento legislativo che assicuri un diverso regime di convenzionamento tra università e sistema sanitario e un consistente reclutamento di medici addetti all'assistenza fornita dalle strutture universitarie convenzionate agli *standards* richiesti».

Per la seconda ipotesi - quella cioè dell'utilizzazione di «tecnici-laureati» - sembra esistere maggiore praticabilità.

Va riconosciuto, anzitutto, che la modalità di rispondere alle urgenti esigenze dei policlinici mediante l'utilizzazione della figura del «tecnico laureato» a fini assistenziali è già in atto; tuttavia in misura molto limitata ed insufficiente alle esigenze. Non ci si nasconde il fatto che, in carenza di organici, l'assegnazione in larga misura di posti di tecnico laureato alle facoltà mediche può penalizzare le altre facoltà, alterando le piante organiche di ateneo, esattamente come si è verificato per i ricercatori. Ma soprattutto vi è una riserva da sciogliere, e cioè se la «figura» stessa del tecnico laureato, almeno come originariamente concepita dal legislatore, sia giuridicamente compatibile con l'attività assistenziale.

Si rende, anche sotto questo profilo, necessario un intervento legislativo chiarificatore.

Orbene, noi pensiamo che vi siano i presupposti per ritenere che - mediante una norma legislativa - possa essere riconosciuto senza possibili dubbi l'inserimento del tecnico laureato fra coloro che operano in forma «strutturata» anche nel campo assistenziale «clinico», ove in possesso della laurea in medicina, con tutti gli effetti giuridici conseguenti.

Desideriamo brevemente soffermarci su questa ipotesi richiamando in via preliminare la normativa oggi disciplinante questa figura professionale universitaria.

Nella dichiaratoria dei profili professionali (articolo 80 della legge 11 luglio 1980, n. 312: «Nuovo assetto retributivo-funzionale del personale civile e militare dello Stato») si recita: «VIII qualifica: personale direttivo e tecnico che, inserito organicamente in programmi di ricerca di base finalizzata, svolge attività di ricercatore, assumendone la produzione e la responsabilità; personale direttivo tecnico inserito in strutture dotate di laboratori specializzati».

lizzati di rilevante interesse scientifico, didattico o di assistenza sanitaria e in centri di calcolo con incarico di controllo dell'efficienza e dell'uso delle apparecchiature, di soprintendere alla corretta effettuazione delle tecniche di analisi e di coordinare l'effettuazione delle letture avendo la responsabilità delle valutazioni finali dei risultati; personale direttivo tecnico amministrativo che ha la responsabilità di uffici, servizi o laboratori complessi di notevole importanza».

Vi è da ricordare, altresì, quanto recita l'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382:

«Articolo 35. - (*Personale tecnico delle Università*) - I posti di tecnico laureato sono assegnati ai laboratori dotati di attrezzature scientifiche di particolare complessità per le esigenze della ricerca, della sperimentazione e delle esercitazioni degli istituti e, ove costituiti, dei dipartimenti.

Sulla base di tali criteri, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, si fa luogo alla revisione dell'attuale distribuzione di posti di tecnico laureato.

I tecnici laureati coadiuvano i docenti per il funzionamento del laboratorio, sono direttamente responsabili delle attrezzature scientifiche e didattiche in dotazione e dirigono l'attività del personale tecnico assegnato al laboratorio».

A prima vista, queste norme non sembrerebbero favorevoli alla utilizzazione «clinica» di tecnici laureati. Peraltro è certo il carattere «allargato» che si deve dare al concetto di attività assistenziale. È di comune riscontro che gran parte dell'attività anche «assistenziale» clinica che si svolge nei policlinici universitari ha carattere «strumentale», o chirurgico, ovvero laboratoristico. Come abbiamo già accennato (ed è opinione peraltro comune), l'evoluzione sia della diagnostica che della terapia ha comportato, anche nell'esecuzione di un «atto medico», una forte componente strumentale. Inoltre, la stessa «struttura» delle Divisioni e servizi delle istituzioni universitarie si è articolata in «unità» diagnostiche e/o terapeutiche, che richiedono una forte specializzazione «tecnica» del personale verso l'uso di «strumenti» diagnostico-terapeutici.

Pertanto, sia sul piano «personale», sia nei riflessi «organizzativi», la figura del «tecnico laureato» che sia laureato in medicina deve ritenersi idonea a gestire sia atti tipicamente clinici sul malato, che atti «strumentali» o laboratoristici mediante strumenti e tecnologie, finalizzati comunque alla diagnosi o terapia sulla persona, a differenza di tecnici laureati in altre discipline - come ad esempio laureati in chimica, fisica, eccetera - per i quali è prevista l'utilizzazione «assistenziale» (laboratori, eccetera), ma non quella «clinica».

È questo il complesso di valutazioni che ha consentito - di fatto - di utilizzare anche a scopo clinico i tecnici laureati in possesso della laurea in medicina e cioè con mansioni assistenziali.

Rimane peraltro la necessità di perfezionare il «profilo professionale» del tecnico laureato, chiarendo in maniera inequivoca che oltre ai compiti già previsti svolge anche quelli assistenziali clinici, se in possesso della laurea in medicina.

Va inoltre chiarito che, assumendo tali mansioni, le sue funzioni esclusivamente sotto il profilo assistenziale sono equiparate a quelle svolte dall'assistente medico delle unità sanitarie locali, lasciando peraltro immutato il proprio stato giuridico universitario.

Resta chiaramente impregiudicata, per il personale appartenente alla stessa qualifica in possesso di differenti diplomi di laurea, la possibilità di svolgere compiti assistenziali connessi al tipo di laurea e alla struttura ove esso presta servizio.

A questo mira l'articolo 1 del presente disegno di legge.

Un secondo problema da considerare è inerente alla «misura» del contingente di tecnici laureati in medicina che deve essere assegnato ai policlinici universitari e alle cliniche universitarie autogestite.

Anche la soluzione del secondo problema accennato deve essere affrontata con misure urgenti.

Appare chiara la inderogabile necessità, ormai, di fissare le «piante organiche» di ogni struttura assistenziale in modo proporzionato

alle «caratteristiche» di ciascuna attività svolta. Questo principio - che ha carattere generale per tutte le strutture del servizio sanitario nazionale - vale, ovviamente, anche per le strutture assistenziali utilizzate dalla facoltà di medicina, pur nell'ossequio delle particolari esigenze degli organici già innanzi indicate.

Sul versante delle strutture del servizio sanitario nazionale, in tempi molto recenti ed in rapporto al progressivo emergere di questa esigenza, è intervenuto il decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109, che, sulla base di precedenti direttive emanate con la già citata legge di programmazione sanitaria nazionale (legge n. 595 del 1985), ha stabilito che le unità sanitarie locali, entro il termine tassativo di sessanta giorni, debbono fornire alle Regioni competenti i dati necessari all'adeguamento delle piante organiche.

Tale adeguamento dovrà avvenire secondo parametri stabiliti - a livello nazionale - dal Ministro della sanità previo parere del Consiglio sanitario nazionale.

Nel testo della legge citata non si fa riferimento alle particolari esigenze delle strutture assistenziali delle facoltà mediche; a questo proposito peraltro rimane implicito quanto già stabilito dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595: «Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88», che, all'articolo 5 (presidi e servizi di alta specialità) recita al comma 6:

«Sedi preferenziali di collocazione delle strutture, preposte all'esercizio delle alte specialità o predisposte per l'installazione di apparecchiature ad avanzata tecnologia sono i presidi ospedalieri multizonali e i policlinici universitari».

Con riferimento a tale disposto, in conclusione, si rende necessario che anche per le strutture universitarie assistenziali tale identificazione di pianta organica-tipo abbia luogo, ma che nel verificarsi tenga conto anche dei compiti istituzionali aggiuntivi di ricerca e di didattica, oltre che dell'alta specializzazione, connessi alle caratteristiche stesse dell'assistenza prestata dalle Università.

Per realizzare questa esigenza, e per determinare in un quadro di certezza l'organico complessivo dei posti di personale non docen-

te dei policlinici, è stato elaborato l'articolo 3 del presente disegno di legge, che prevede anche la procedura per la determinazione dei contingenti per ciascun profilo professionale.

Il terzo problema da affrontare è quello della «copertura finanziaria».

Anzitutto, si deve fare riferimento alle recenti disposizioni introdotte nella «legge finanziaria 1988» (legge 11 marzo 1988, n. 67).

Il legislatore, infatti, ben consapevole delle accennate difficoltà, ha stabilito all'articolo 24, comma 24, quanto segue:

«Fermo restando le assegnazioni disposte annualmente a carico del Fondo sanitario nazionale in favore dei policlinici e cliniche a gestione diretta, annessi alle facoltà di medicina delle università statali, il Ministero della pubblica istruzione è autorizzato a concedere contributi per complessive lire 40 miliardi per l'anno 1988 e lire 50 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990 per consentire agli stessi policlinici di far fronte alle esigenze di funzionamento connesse con le attività didattico-scientifiche, comunque funzionali alle prestazioni sanitarie. A decorrere dall'anno 1991, alla quantificazione dell'onere si provvede con le modalità di cui all'articolo 19, quattordicesimo comma, della legge 22 dicembre 1984, n. 887. La ripartizione annuale dei contributi è effettuata dal Ministro della pubblica istruzione sulla base di parametri oggettivi che tengano anche conto del numero delle cattedre e dei relativi iscritti».

Ne deriva, comunque, la necessità di disciplinare al più presto l'erogazione dei contributi stessi, da un lato raccordando le disposizioni della «finanziaria 1988» con quelle delle predette leggi 23 ottobre 1985, n. 595, e 8 aprile 1988, n. 109, dall'altro chiudendo definitivamente il capitolo del servizio assistenziale assicurato da personale precario (ad esempio i cosiddetti «medici gettonati») evitando altresì il ricorrente ricorso a sanatorie.

Per ottenere questi obiettivi, è stato elaborato l'articolo 5 del nostro disegno di legge.

* * *

Onorevoli colleghi, presentando alla vostra

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

attenzione il disegno di legge, vogliamo ribadire la nostra consapevolezza che i problemi del riassetto giuridico delle strutture ove operano le facoltà mediche sono molto complessi, e travalicano la portata limitata della nostra proposta la quale, tuttavia, si giustifica per la

singolare situazione che si è venuta a creare nel funzionamento delle cliniche universitarie a gestione diretta, e che richiede provvedimenti urgenti di soluzione.

Si confida, pertanto, nella benevola considerazione della proposta.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Profilo di funzionamento tecnico)

1. Il profilo professionale di funzionario tecnico della VIII qualifica funzionale dell'area socio-sanitaria, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 settembre 1981 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 11 dicembre 1981, parte prima), assegnato alla facoltà di medicina, comprende, in relazione al tipo di laurea, anche lo svolgimento dei compiti assistenziali di livello corrispondente a quello del personale delle unità sanitarie locali di pari funzioni e mansioni.

2. Per il personale in possesso della laurea in medicina e chirurgia e della laurea in odontoiatria la corrispondenza di cui al comma 1 deve intendersi riferita rispettivamente al profilo dell'assistente medico e dell'odontoiatra delle unità sanitarie locali. La corrispondenza comporta anche l'assunzione degli stessi diritti e doveri.

3. Per il personale in possesso di laurea in scienze biologiche, chimica, fisica, la corrispondenza deve intendersi riferita alla posizione iniziale di collaboratore.

Art. 2.

(Norme di accesso)

1. Per quanto concerne le modalità di svolgimento dei concorsi di accesso alle qualifiche funzionali e ai relativi profili professionali, nonché la composizione delle commissioni d'esame, si applicano le disposizioni attualmente previste dal decreto ministeriale 20 maggio 1983, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 203 del 26 luglio 1983, e successive modificazioni e integrazioni. Nella determinazione delle prove da svolgere si deve tener conto delle mansioni anche di natura assistenziale che il posto messo a concorso comporta.

2. Per l'accesso al profilo di funzionario tecnico dell'VIII qualifica dell'area socio-sanitaria, per il quale è richiesta la laurea in medicina ovvero in odontoiatria, si richiede altresì il possesso della corrispondente abilitazione all'esercizio dell'attività professionale.

3. Le prove concorsuali debbono prevedere anche - in relazione allo svolgimento dei compiti assistenziali - una conoscenza delle discipline cliniche inerenti alle mansioni relative al posto.

Art. 3.

(Organico dei policlinici gestiti direttamente dalle Università)

1. Il Ministro della pubblica istruzione, con proprio decreto - adottato entro sei mesi dall'approvazione della presente legge di concerto con i Ministri della sanità e per la funzione pubblica - determina, per ciascuna delle qualifiche funzionali e dei profili professionali, il contingente da assegnare alle Università ove operano policlinici, istituti clinici e cliniche gestiti direttamente, nell'ambito della dotazione organica complessiva dei ruoli del personale tecnico e amministrativo delle Università di cui alla tabella B della legge 29 gennaio 1986, n. 23.

2. Il contingente di ciascuna qualifica e profilo professionale è determinato sulla base di parametri oggettivi, che tengano conto delle tipologie *standard* per divisioni e servizi stabiliti da una commissione consultiva nominata dal Ministro della pubblica istruzione di cui fanno parte:

- a) un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione;
- b) un rappresentante del Ministero della sanità;
- c) un rappresentante per ciascuna delle Università che gestiscono direttamente policlinici o istituti o cliniche universitarie e uno per ciascuna delle Regioni sedi di Università con le predette strutture assistenziali;
- d) due membri designati dal Consiglio universitario nazionale;
- e) due membri designati dal Consiglio sanitario nazionale;

f) due membri designati dal Consiglio superiore di sanità.

3. Il contingente fissato con il decreto di cui al comma 1 può essere modificato ogni tre anni, in rapporto con l'evoluzione della programmazione universitaria e sanitaria nazionale e per motivate esigenze locali.

Art. 4.

(Norme transitorie e finali)

1. In prima applicazione della presente legge, il contingente dei posti di ciascuna qualifica e relativi profili professionali, di cui all'articolo 3, è costituito dai corrispondenti posti già utilizzati per le esigenze dei policlinici. I predetti posti restano definitivamente assegnati al policlinico, o all'istituto clinico, o alla clinica universitaria gestita direttamente dall'Università.

2. Per le finalità di cui alla presente legge, in sede di prima applicazione, la dotazione organica del personale non docente delle Università, di cui alla tabella B allegata alla legge 29 gennaio 1986, n. 23, è incrementata di numero 1.000 unità di personale di VI qualifica, e numero 900 unità di personale appartenente all'VIII qualifica dell'area socio-sanitaria per ciascuno degli anni 1989, 1990 e 1991. Un contingente non superiore al 10 per cento dei posti di VIII qualifica può essere destinato a laureati in scienze biologiche, chimica, fisica.

3. I predetti posti sono ripartiti tra le Università e assegnati direttamente ai policlinici, agli istituti e alle cliniche gestiti direttamente dalle Università con decreto del Ministro della pubblica istruzione, sulla base delle motivate esigenze indicate dalle singole sedi.

4. Tali posti una volta ripartiti sono coperti con pubblici concorsi anche in deroga ad eventuali divieti vigenti. Nel concorso, in sede di valutazione dei titoli, si dovrà tener conto anche delle attività assistenziali svolte in qualità di titolare di borse di studio, o di medico interno, assunti con delibera formale per le esigenze assistenziali.

5. Si applicano anche in prima applicazione le norme di cui all'articolo 2.

Art. 5.

(Onere finanziario)

1. All'onere derivante dall'incremento dei posti organici di cui all'articolo 4 della presente legge, valutato in lire 196 miliardi e 600 milioni, si provvede:

a) quanto a lire 65 miliardi e 533 milioni, per l'anno 1989, a carico del Fondo sanitario nazionale quale specifica voce da includere nel piano finanziario di cui all'articolo 12, comma 1, lettera a), dello schema tipo di convenzione Università-Regione approvato con decreto interministeriale 12 maggio 1986, per le unità relative ai posti portati in aumento ai sensi dell'articolo 4 per ciascuna sede universitaria. Tali unità di personale vanno incluse in apposite voci dall'allegato relativo al personale non docente dell'Università;

b) per i successivi anni, mediante versamento in conto entrata del Tesoro, da parte delle Università, della predetta quota rimborsata dalle Regioni per l'attività assistenziale.