

L'inquadramento delle problematiche di Medicina tra Sanità Nazionale e Sistema Universitario.

La attuazione dell'art. 32 della Costituzione che sancisce la tutela della salute come *"diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività"*, in realtà non è stato integralmente applicato fino alla seconda metà degli anni '60. Fino ad allora le attività di cura erano affidate tanto agli istituti ospedalieri quanto ad enti privati, a organizzazioni religiose e, naturalmente, alle attività cliniche universitarie, in strutture cui conseguentemente veniva attribuita la denominazione di "policlinici". Questi in qualche caso erano addirittura appartenenti all'Università stessa, ma in ogni caso realizzavano in maniera certamente molto apprezzata il ruolo formativo e scientifico della medicina, riconosciuto ufficialmente fin dal 1824 da Leone XII il quale con la bolla *"Quod divina sapientia omnes docet"*, stabiliva che gli ospedali romani dovessero mettere a disposizione i malati per le necessità dell'insegnamento, stabilendo anche le regole per il corso di laurea in medicina.

Questo era il modello europeo, nel quale gli ospedali dedicati alla formazione nacquero prevalentemente nelle sedi universitarie. L'opposto avveniva negli Stati Uniti, che in quegli anni rappresentavano *"la palude della medicina"* con pessimi livelli di formazione, per cui *"quei pochi studenti"*, scrive S.B. Nuland, *"che si potevano permettere una preparazione più avanzata partivano per l'Europa. La maggior parte degli aspiranti dottori, cui mancava l'esperienza europea, non aveva familiarità neanche con i rudimenti della medicina scientifica."*

Il moderno prestigioso modello statunitense nacque nel 1874 per una illuminata intuizione di un mecenate di Baltimora, John Hopkins, che offrì un lascito di sette milioni di dollari da utilizzare per l'istituzione di una università e di un ospedale. Il suo obiettivo era quello di ottenere che la scuola di medicina fosse parte dell'università, ma strettamente collegata a un ottimo ospedale in maniera da concorrere con questi a un unico, triplice fine: la cura, l'insegnamento e la ricerca. È molto significativo il fatto che l'incarico di dar vita a questo progetto fu affidato ai rettori di tre università, Michigan, Harvard e Cornell, perchè mettessero a disposizione le loro conoscenze e la loro esperienza. Essi, richiesti di indicare una persona capace di assumere il ruolo di direttore di quella scuola che stava muovendo i primi passi, senza consultarsi reciprocamente fecero all'unanimità il nome di Daniel Coit Gilman, rettore quarantenne dell'Università di California ed ex segretario del consiglio di amministrazione della Sheffield Scientific School di Yale. Non è di secondaria importanza il riconoscimento di questo straordinario viraggio

che ebbe la formazione medica negli USA grazie al suo programmato affidamento all'Università.

In modo veramente paradossale, in Europa, ma con particolare evidenza in Italia, laddove la medicina accademica è nata, si è seguito un percorso opposto.

Come sopra ricordato, la istituzionalizzazione della medicina pubblica quale atto di realizzazione del già citato art. 32 della Costituzione, avvenne con una serie di provvedimenti legislativi fortemente ispirati alla cultura statalista dell'epoca. Il primo atto fu la legge 12 febbraio 1968 n. 132, che pose le premesse per un livellamento delle strutture di ricovero, in ciò includendo anche le prestigiose strutture universitarie, certamente élitarie, ma di indiscussa qualità. Questo passo fu formalizzato con il DPR 27 marzo 1969 n. 129 che impose l'adeguamento dell'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli IRCCS a quello dei servizi ospedalieri, equiparando l'ospedale policlinico universitario all'ospedale regionale purché in possesso dei requisiti previsti dalla legge 132/68. Il modello di eccellenza non veniva utilizzato come punto di riferimento, ma veniva uniformato ad un modello generale elaborato sulla base esclusiva di istanze assistenziali, alle quali scienza e formazione dovevano omologarsi.

Poi, nel 1978, la legge n. 833 del 23 dicembre, con la creazione del Servizio Sanitario Nazionale, specificando i criteri di idoneità delle istituzioni di natura pubblica a svolgere attività ospedaliera finalizzata agli obiettivi del SSN, completò l'opera, estendendo questo mandato anche al sistema universitario, la cui attività venne regolamentata dall' Art. 39 che prevedeva che ciò avvenisse attraverso strumenti convenzionali che dovevano comunque prevedere *l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero e la inclusione anche di queste strutture per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali.*

In sostanza, le Università dotate di facoltà di Medicina che, fino alla fine degli anni '60, avevano rappresentato i vertici della medicina, in parte per i privilegi di cui godevano, ma sicuramente per la scienza e per l'eccellenza medica che da secoli avevano coltivato, si ritrovarono brutalmente accorpate agli enti ospedalieri cui dovevano afferire anche *“gli istituti universitari di ricovero e cura, per i quali, si applicano, limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale, le stesse disposizioni”*. Si aprì una stagione estremamente complessa, in particolare in quanto le due istituzioni erano (e sono tuttora) individuate da finalità, priorità e parametri di misura di efficienza sostanzialmente diversi.

Il distacco si acuì ancor più quando i medici dipendenti dal SSN furono avviati alla contrattualizzazione collettiva, inesorabilmente incanalata verso la “sindacalizzazione”, allontanandosi in questo modo dalla natura totalmente liberale che dal XVI secolo in poi era stata attribuita all’esercizio dell’arte medica, dall’immodificabile modo di operare del clinico universitario, espressione inscindibile costituzionalmente riconosciuta, di un ruolo unico in ricerca, didattica ed assistenza.

Si generò artificialmente un dualismo che vide colleghi di un tempo divenire avversari perfino feroci, divenendo causa di duplicazioni insostenibili, di grandi difficoltà di rapporti e soprattutto di rivendicazione conflittuale di attribuzioni di funzioni. Si cominciò a dileguare nelle ombre del passato il prestigio che per secoli l’Università ha prodotto.

E’ possibile una integrazione delle due categorie, la medicina universitaria e la sanità? Il punto essenziale, che prescinde dalla appartenenza all’una o all’altra categoria è duplice:

- 1) La differenza tra gli ospedali generali e gli ospedali universitari non è frutto di privilegi o di rivendicazioni: è una differenza reale e di contenuti, una differenza di obiettivi.
- 2) La diversa qualità spesso chiamata in causa, non può essere invocata come parametro discriminante, perché si tratta di una variabile strettamente individuale. E’ vero, piuttosto, che da una parte e dall’altra criteri di reclutamento e valutazione di qualità lasciano molto a desiderare, da una parte per un forte residuo di nepotismo, dall’altra per il sistematico ricorso a regole sindacali e sostegni politici. Quali sono i veri problemi nel conciliare la storica medicina universitaria con il modello attuale di ospedale attraverso meccanismi convenzionali?

Il primo punto è quello fondamentale, la diversa finalità delle due. Per gli ospedali gli obiettivi dovrebbero essere la qualità e i risultati delle cure ai malati, obiettivi ai quali sono finalizzate le risorse investite, sui quali si sperimentano modelli organizzativi e si ricercano protocolli operativi il più stretti possibile. Nel secondo caso la finalità primaria è quella della formazione superiore e della ricerca scientifica, nei confronti delle quali l’assistenza rappresenta la palestra necessaria alla loro realizzazione essendo per definizione indispensabile che in essa venga offerta la completa esposizione a tutto lo scibile medico, incluso quello di avanguardia, che spinge obbligatoriamente queste istituzioni verso il progresso, le innovazioni, la ricerca traslazionale.

Queste peculiarità influiscono pesantemente sulla richiesta di risorse e definiscono i parametri di valutazione di risultato. Naturalmente, non eccezionali sono le aree di sovrapposizione o, quanto meno, di contatto, dalle quali si può cogliere la possibilità di integrazioni. Purtroppo, come in molte altre realtà internazionali, a diversità di finalità, priorità e misura di efficienza corrispondono legislazione, regolamenti e *standard* altrettanto diversi e potenzialmente conflittuali, soprattutto in ragione del fatto che essi vengono stabiliti da autorità diverse, ciascuna delle quali intende esercitare tutto il proprio potere di controllo, spesso perfino su aspetti operativi, tra i quali di immediata evidenza sono quelli testimoniati dalle differenze di retribuzione, dalle politiche edilizie e dai piani di acquisizioni di attrezzature.

In alcuni paesi, come l'Austria, il rischio connesso con questo dualismo è risolto dalla radicale separazione tra policlinici universitari ed ospedali, essendo i primi di proprietà e gestione interamente universitaria. Questo consente alle facoltà mediche una assoluta autonomia nell'esercizio della medicina, una crescita più libera e rapida e la possibilità di relazionarsi con altre istituzioni operanti nella sanità mediante convenzioni. Si tratta tuttavia di una soluzione fortemente antieconomica e che, all'interno del sistema universitario, comporta il grave rischio di generare una conflittualità con altre discipline in ragione dell'elevato consumo di risorse legato all'esercizio della medicina, mentre all'interno del servizio sanitario pubblico introduce un altro attore indipendente.

In effetti, ai giorni nostri, l'aspetto della sostenibilità appare insuperabile, a fronte di un documentato beneficio evidente su tutti e tre i livelli, quello assistenziale, quello formativo e quello scientifico, che si produce quando le tre attività vengono svolte contestualmente in maniera coordinata (Rosenthal et al., JAMA, 1997). Per queste ragioni, in considerazione di costi sempre più elevati della sanità, l'opportunità di trarre il massimo beneficio dalla integrazione di risorse infrastrutturali ed umane sempre più limitate ha rappresentato sicuramente un obiettivo fondamentale, il cui raggiungimento, tuttavia, non può essere ottenuto soltanto mediante convenzioni, regolamenti o altri strumenti normativi, ma richiede un processo culturale di sensibilizzazione al bene collettivo, attraverso motivazione, disponibilità, impegno nella gestione dei pazienti di cui ci si occupa, nella formazione di

nuove generazioni di professionisti, nel progresso della conoscenza scientifica.

Il che sta a significare che, se da un lato la Medicina accademica deve avere la capacità di modificarsi in ragione della evoluzione dei nuovi indirizzi assistenziali, va altrettanto riconosciuto il suo fondamentale contributo alla validazione perseguita con rigore scientifico, dei nuovi percorsi, che si sono prodotti spesso sulla spinta prevalente della pressione commerciale verso innovazioni quasi mai motivate all'interno del concetto di *evidence based medicine*.

I modelli teoricamente disponibili per ottenere questa necessaria integrazione di funzioni sono essenzialmente tre: 1) contrattuali; 2) integrati; 3) parternariali.

Il modello *contrattuale* è rimasto in vigore fino a una decina di anni orsono e non ha dato buoni frutti. Se ne possono ricercare le motivazioni nell'italico individualismo, ma comunque ne è evidente il fallimento. Si è quindi cercato di dare una risposta più strutturata attraverso la scelta di un modello *parternariale*, in ragione del quale due centri indipendenti delegano alcune loro prerogative ad un **terzo ente**, nel quale debbono essere definite le interdipendenze coordinando le nuove istanze comuni mediante strumenti statutario. In questo caso la nuova struttura deve avere una sua individualità, potendosi coordinare con interlocutori terzi, avendo un proprio bilancio, per quanto approvato da entrambi gli attori, ed una propria programmazione.

In teoria il vantaggio principale, che ne ha reso possibile l'accettazione, sta nel mantenimento da parte di ognuno della propria specificità, di finanziamenti e attività di controllo indipendenti. Questo, tuttavia, si paga con il persistere della differenza degli obiettivi primari, la asimmetria di forze e risorse, dal costo aggiuntivo legato al coordinamento, dalla complessità di individuare finalità comuni e dal permanere di ampi spazi di pressione antitetica.

Il legislatore è apparso ben consapevole dei punti di forza e di debolezza della legge 517/99 e ha toccato tutti i punti fondamentali, corredandola del DPCM del 24 maggio 2001 che offre le linee guida per l'attuazione. Anche queste tuttavia non sono riuscite a toccare le radici della questione, in quanto sono state solo discrezionalmente attuate dalle Regioni, alcune delle quali

hanno impugnato la legittimità del decreto, ottenendo dalla Corte Costituzionale il riconoscimento, ai sensi del nuovo art. 117 terzo comma della Costituzione, della competenza regionale nel regolamentare la materia.

In effetti così è stato, e la legge 517 è stata in larga misura ovunque disattesa nei suoi principi fondamentali. E' mancata la consapevolezza o la determinazione di dare uno strumento legislativo che andasse alle radici della questione: il necessario riconoscimento, all'interno delle programmazioni regionali, di **ospedali di insegnamento** o **ospedali universitari**, cioè ospedali dedicati *unitariamente* alle tre funzioni necessarie per il raggiungimento delle finalità universitarie, ma, per converso, necessarie anche alla sanità che della formazione dei suoi professionisti e del progresso di conoscenza ha assoluto bisogno. Ciò si può ottenere esclusivamente se si supera il concetto compromissorio di *integrazione*, sostituendolo con quello di *unificazione*. In altri termini, il modello dovrebbe essere quello di un ospedale dotato di servizi, di dipartimenti, di personale, tutti orientati all'interezza delle diverse funzioni, all'interno dei quali vengano pienamente rispettati i vincoli di legge stabiliti per l'attività sanitaria e il loro contributo specifico alla programmazione sanitaria, nella piena realizzazione della loro specificità di ospedali universitari.

Sarebbe ingiusto non riconoscere come, nelle more del raggiungimento di un obiettivo così importante, l'impiego di uno strumento integrato qual è l'AOUI, ha rappresentato comunque un progresso rispetto al semplice e inconsistente regime convenzionale e che, laddove è stato attuato con il proposito di farne una concreta innovazione e non un mero atto formale, i vantaggi ci sono stati. Ma parimenti va riconosciuto che, pur essendo gli ostacoli alla collaborazione in larga misura molto spesso di natura individuale, la complessità dei sistemi li aumenta, soprattutto perché rende difficile la comprensione degli obiettivi e obblighi del *partner*, spesso in un quadro di scadente comunicazione e con l'influenza di poteri esterni.

Condizione indispensabile per ottenere lo scopo è, pertanto, la semplificazione del sistema. Vi sono rischi molto pesanti nel perseverare in un tentativo, che ha ormai dimostrato i propri limiti, di mettere insieme con successo categorie che hanno ormai iscritto nel proprio codice genetico mentalità e finalità diverse. Anche a fronte di restrizioni finanziarie necessarie e della convenienza di unificare la pianificazione sanitaria, la Medicina, per mantenere la propria identità non deve mai essere messa nella condizione di accettare o di subire di mettere a rischio:

- L' insegnamento e la ricerca scientifica di alta qualità;

- Il mantenimento di un approccio basato sulla ricerca e sulla evidenza scientifica nel formare e nel praticare la clinica;
- Il facile trasferimento della formazione dal banco di aula al letto del paziente e dal paziente allo studio.
- L'altro elemento fondamentale che viene giustiziato all'interno di un sistema fondato su una integrazione che mantiene la radicale distinzione a monte dei ruoli, è la qualità. Questo è un dato di fatto: utilizzare come discriminante per la scelta di posizioni di responsabilità la appartenenza ad una amministrazione o ad un'altra genera indiscutibilmente il misconoscimento del criterio primario della qualità delle persone, introducendo di conseguenza una grave spinta verso il livellamento al basso nel rapporto tra il sistema sanitario e le facoltà di medicina delle Università italiane, che da sempre rappresentano una componente di eccellenza qualitativa ed irrinunciabile del medesimo.

Oggi, a distanza di oltre un decennio dalla emanazione della 517/99 e in coincidenza con la attuazione della riforma del sistema universitario, si sta affrontando una verifica ed una ridiscussione dei problemi generati da quella legge, sia in termini risolutivi che di conflitto. Non mancano infatti documenti di parte, attenti più alla conservazione, piuttosto che alla rilettura moderna del tema, derivanti per la verità da fonti strettamente e rigidamente "ospedaliere", ai quali partecipano incomprensibilmente anche alcuni rappresentanti dei Direttori Generali, dai quali ci si aspetterebbe una rigorosa imparzialità almeno per quanto riguarda le leggi dalla 502 in poi.

Il punto più critico che si coglie nelle tesi abitualmente sostenute da chi si arrocca corporativamente nella realtà sanitaria è il tentativo di dimostrare che le tre funzioni di ricerca, formazione e assistenza, essendo state, di fatto se non di diritto, adottate in via di progressiva acquisizione da parte delle Aziende Ospedaliere per ciò stesso stanno divenendo competenza delle medesime, che hanno il diritto di esercitarle. Sull'altro versante si rivendica la competenza esclusiva degli universitari a svolgere queste funzioni, a cui sono stati formati e in ragione delle quali sono stati selezionati.

In realtà la lettura della legge 502 (in particolare dell' art 6.) e delle successive 517 e Linee Guida (DPCM maggio 2001), sono correttamente improntate alla progressiva utilizzazione per le funzioni didattico-scientifiche anche di ospedali non destinati all'insegnamento purché in grado di offrire opportunità di addestramento, ma con precise garanzie di competenza garantite da accordi tra istituzioni. L'ultima cosa che si può favorire è la *deregulation*. Le strutture devono rispondere a precisi requisiti che per lo più non sono né presenti né garantiti per la loro qualità nelle strutture primariamente ospedaliere, per quanto esse rivendichino il proprio riconoscimento ad essere sede di insegnamento. Il personale ospedaliero che si candida a funzioni didattiche deve essere preliminarmente valutato nella sua adeguatezza dalle strutture didattiche (Facoltà, Scuole) che ne rispondono davanti agli organi di controllo (MIUR, ANVUR). Quindi, allo stato, sì alla apertura, ma nessun diritto e nessuna imposizione.

Enorme equivoco che emerge abitualmente nei documenti provenienti dal sistema ospedaliero, laddove si avventurano sulla questione "ricerca", è il concetto stesso di ricerca. Troppo spesso vengono interpretate come "ricerca" iniziative che nient'altro rappresentano che tentativi di riorganizzazione di profili assistenziali. Inoltre non si deve cadere nell'equivoco di limitarla ad essere ridotta ad una risposta ai bisogni "attuali" del cittadino: la ricerca è certamente finalizzata anche a questo, ma è prima di tutto ampliamento del sapere, è proiezione nel futuro, ha un valore intrinseco. La ricerca "clinica" può sicuramente essere di buon livello, ma non lo è in modo automatico, deve essere valutata. Comunque essa è una ricerca di natura applicativa e non rappresenta che una componente marginale della ricerca biomedica, cui il ruolo ospedaliero non è programmaticamente preparato né per mezzi né per previsione contrattuale. Per questa ragione, la odierna integrazione del personale ospedaliero non è automatica. Esso non è pregiudizialmente escluso da funzioni di didattica e ricerca, ma deve essere preventivamente valutato e preparato per queste funzioni, alle quali il personale universitario è specificamente formato e giudicato in ragione di procedure di valutazione di merito. La soluzione non può ignorare le diversità di stato giuridico che rappresentano un oggettivo ostacolo alla integrazione di fatto e deve perciò essere affrontata, con strumenti normativi appropriati e tempi adeguati.

Le Regioni dovrebbero avere chiarezza in merito al riconoscimento agli Ospedali Universitari di funzioni proprie, all'interno di una coerente programmazione fatta nel rispetto degli obiettivi specifici e quindi di sostanziale indipendenza dagli obiettivi esclusivi della programmazione ospedaliera complessiva. Ad oggi questo non si verifica; la attuale Azienda Integrata è vincolata in modo rigoroso a precisi mandati politici che non mancano di condizionare anche le funzioni didattiche e scientifiche, in quanto non svincolabili da quelle assistenziali. In particolare, la partecipazione reale non solo alla programmazione sanitaria regionale, ma ancor più alla elaborazione di programmi di ricerca sanitaria di interesse regionale, per i quali il potenziale scientifico messo a disposizione dalle competenze universitarie sarebbe una primaria opportunità, sono abitualmente disattese nel nome di logiche di ripartizione più abituali alla politica che alla ricerca. Per questa ragione, appare di tutta evidenza come nella costituzione di un tavolo del *benchmarking* delle Aziende, quello delle Aziende integrate vada tenuto distinto, in quanto esse non possono essere interpretate dalla rappresentanza ospedaliera nella quale si produce di regola questo confronto.

A livello nazionale, l'analisi critica del grado di attuazione dell'intesa è sempre - per varie ragioni- molto parziale, e comunque fa emergere la varietà sostanziale dei protocolli esaminati e confrontati, che sono singolarmente difformi, malgrado essi dovrebbero rappresentare la logica di una legge (la 517/99) e lo spirito attuativo delle linee guida del DPCM 24/05/ 2001. In ogni modo, emerge con grande evidenza uno stato attuativo minimo e spesso esclusivamente formale, all'interno del quale si coglie la assenza o lo svuotamento di contenuti dell'Organo di Indirizzo, la sovrapposizione di Dipartimenti Universitari ai Dipartimenti Assistenziali Integrati, senza meccanismi di raccordo, l'interferire di interventi governativi indiscriminati sul reclutamento universitario che hanno messo in difficoltà le Università nel reclutare i docenti in ragione anche di esigenze assistenziali.

E' chiaro che la cultura delle amministrazioni regionali è sostanzialmente ignara del tema "Università": in questo senso assume particolare significato la più o meno totale assenza da qualsiasi bilancio aziendale della rilevazione della quota dovuta per legge di *finanziamento aggiuntivo* previsto per i costi

dell'attività didattica, deciso in quantità variabili nei vari protocolli e comunque destinato a disperdersi nelle altre voci di bilancio e utilizzato quasi di regola per coprire qualche passività. Anche il *trattamento economico* del personale universitario è diversificato nelle diverse realtà, ed è comunque sperequato rispetto ai contratti del personale ospedaliero. A quest'ultimo, poi, vengono opposti innumerevoli ostacoli, anche non giustificati, al riconoscimento della partecipazione alle attività didattiche e scientifiche, previsto per legge. Questa è una materia che richiede ulteriori interventi regolativi e che sembra abbastanza ovvio debba trovare soluzione nel riconoscimento di un ruolo specifico per il personale delle AOUI, che garantisca uniformi opportunità di carriera, di valorizzazione e di retribuzione, indipendentemente dalla appartenenza all'una o all'altra amministrazione.

Universalmente carenti sono una evidenza di obiettivi e copertura budgetaria per le attività di didattica e di ricerca, che sono a carico prevalente del bilancio universitario e dei meccanismi di autofinanziamento internazionale proprio della ricerca. Nondimeno, non è pensabile che nel bilancio aziendale, nella misura in cui esso rappresenta la distinta delle voci di finanziamento su obiettivi, non risulti - sia pur evidenziando la provenienza del finanziamento - la citazione di quelle che sono la prevalenza delle finalità istituzionali di una azienda che trova la sua qualificazione non nel fatto di essere un ospedale, ma di avere una missione universitaria.

Questa stessa incongruenza si rileva nella prevalente duplicità delle strutture dipartimentali, i DU e i DAI. E' molto comprensibile che la loro unificazione rappresenti un passo difficile, atteso che le competenze attribuite alle due tipologie di dipartimenti sono estremamente rilevanti: ai DU il reclutamento del personale, ai DAI la programmazione assistenziale e il suo collegamento con didattica e ricerca. La sensazione complessiva è quella di una silenziosa convivenza, nella reciproca indipendenza. Questa è una vera e propria minaccia esplosiva alla integrazione di fatto, che rimane di conseguenza inattuata e limitata alle dichiarazioni di intenti. La integrazione impone che la programmazione del reclutamento venga fatta congiuntamente per entrambe le componenti e che la programmazione della spesa sia in capo alla stessa competenza amministrativa, una volta chiarite la provenienza dei fondi e la titolarità della valutazione. Il percorso verso la unificazione dei dipartimenti

di area clinica è inevitabile e la loro denominazione (DAI) deve essere rispettosa della loro funzione, *che è diretta alla realizzazione delle attività universitarie*, di modo che la direzione altro non può essere che universitaria, riservando la direzione ospedaliera solo ai dipartimenti puramente assistenziali che probabilmente potranno esistere nella misura in cui la composizione di queste aziende è condizionata da realtà preesistenti in cui si sono prodotte unità operative di tale natura.

Non si può infine trascurare di porre in evidenza la assoluta necessità - per un organismo che include in maniera preponderante attività liberali quali sono la didattica e la ricerca e il loro coordinamento con programmazioni assistenziali che esulano pertanto dalla natura di semplici attività di servizio - di un organo dedicato alla valutazione e di parametri di valutazione estesi all'intera attività svolta e che deve quindi includere esperti di valutazione di attività universitarie.

In tale ottica appare indispensabile che i ministeri competenti, le regioni e le università procedano ad articolati processi di verifica dei risultati - perlomeno preliminari - della sia pur incompleta adozione del modello della Azienda integrata, che è stato elaborato in maniera relativamente innovativa e dal quale si possono certamente attendere dei risultati, ma non senza una ponderata procedura di controllo. Non può soprattutto essere dimenticato che in seguito alla emanazione della legge 240/2010, la enucleazione della facoltà di medicina dal contesto della Università di appartenenza appare impossibile. Infatti, per quanto la citata legge assegni (Art. 2 comma 2, lett. C) alla struttura di raccordo uno specifico ruolo di coordinamento tra le attività didattiche e quelle assistenziali, non si può omettere il ruolo fondamentale che mantengono i dipartimenti concorrenti, addirittura esclusiva per quanto concerne la attività di ricerca. Tutto ciò deve essere tracciabile nei nuovi schemi di protocolli di intesa.

Non è sufficiente condurre questa verifica limitatamente all' analisi dello stato di applicazione delle normative e dei protocolli e della efficienza in termini di spesa. Parte essenziale ed indispensabile è lo studio dei risultati dei tre parametri integrati, assistenza, didattica e ricerca. Il risultato atteso - che deve essere dimostrato - è quello del reciproco miglioramento di produttività, di *performance* e di *outcome* in tutti e tre gli ambiti, considerando che ciascuno

di essi è interdipendente e condizionato dagli altri. Inoltre, elemento indispensabile per il successo di questa operazione è il riconoscimento della peculiarità del contributo prevalente ed insostituibile dell'Università. Ciò sta a significare che non si può in alcun modo acconsentire al possibile tentativo di ricorrere, in occasione di forti programmi di contenimento della spesa, alla sostituzioni vicarianti di posizioni universitarie di rilievo con figure dotate di sola esperienza e competenza assistenziale, nel nome di un processo di razionalizzazione che porterebbe a distruzione il patrimonio ed il potenziale della medicina universitaria. Altrettanto evidente è la ricaduta, sul versante della programmazione universitaria, del vincolo al rispetto, da parte del Ministero *in primis*, di queste obbligazioni che non raramente non sono tenute in debita considerazione dai ripetuti provvedimenti di contenimento della spesa assunti in modo indiscriminato.

Naturalmente non vi sono dubbi sulle grandi difficoltà di superamento di questi ostacoli che, in molti casi, potrebbero essere facilmente superabili nella organizzazione locale, ma che sono consistenti in ambito regionale e poderosi in quello nazionale.

In attesa di provvedimenti legislativi in questa direzione, che non saranno disponibili in tempi sufficientemente brevi, si propone una azione sinergica dei due Ministeri nel farsi garanti presso le Regioni di una serie di principi:

- Riconoscimento reale del ruolo di alta specializzazione delle AOUI nei PSSR.
- Dotazione di *budgets* specifici per le AOUI per far fronte agli incompressibili costi della integrazione di assistenza, formazione e ricerca.
- Composizione equilibrata e valorizzazione dell'Organo di Indirizzo.
- Unificazione dei DU con i DAI.
- Aggregazione e dimensionamento di Unità Operative sulla base di tutte e tre le finalità.
- Integrazione reale del personale dipendente dalle diverse amministrazioni in tutte e tre le funzioni.
- Inserire formazione e ricerca negli obiettivi *budgetari* dell'AOUI.

- Prevedere valutazione esterna delle attività dei Dipartimenti su tutte e tre le attività.
- Valorizzare in sede retributiva il lavoro assistenziale degli universitari e quello formativo-scientifico degli ospedalieri, eliminando differenze di base e valutando globalmente il risultato individuale.
- Programmazione del reclutamento di docenti di area clinica di concerto con i fabbisogni aziendali.
- Ottimizzare il ruolo delle AOUI nella preparazione degli specializzandi.

Scuole di Specializzazione.

Strettamente connesso con il riconoscimento della infungibilità della funzione didattico-scientifica che identifica l'Università e coinvolge anche la disciplina medica, forse a maggior titolo di altre, è quello della formazione specialistica.

In relazione alla quale, con il contributo di tutti, si sono generati immensi equivoci. Il tema è veramente spinoso in quanto ad esso si collegano, solo in minima parte in modo corretto, ulteriori elementi di contenzioso che riguardano non solo le competenze, ma anche aspetti economici e di copertura di organico medico delle strutture di ricovero. Il precedente governo è stato testimone e parte attiva di questa conflittualità che è stata affrontata, ancora una volta, senza la dovuta attenzione all'aspetto fondamentale, la garanzia di qualità dei prossimi specialisti.

Non vi è dubbio che non si può generalizzare nell'identificare la situazione in atto, ma è altrettanto indubbio che non si può sostenere in modo generalizzato che le Università italiane formino specialisti incapaci. Vi sono certamente sedi altamente apprezzate. Tuttavia, questo è un settore nel quale il valore del titolo deve cedere inequivocabilmente il posto alla documentazione della capacità, cosa che in Italia è semplicemente inesistente. La ipotesi di lavoro secondo la quale la preparazione degli specialisti all'interno dell'Università è eccessivamente teorica è assai spesso vera, ma non è in alcun modo sostenibile che questa anomalia sarebbe corretta semplicemente trasferendone la formazione pratica agli ospedali, dove la grande lacuna che si vorrebbe correggere è la presunta carenza di organico,

alla quale gli specializzandi porterebbero esclusivamente lo svolgimento della *routine* per alleggerire i medici in ruolo dirigente, a tutto scapito della loro formazione.

Quali sono gli aspetti che condizionano negativamente il sistema della formazione specialistica medica nel nostro Paese?

1. Per ragioni assai complesse, nelle quali si colgono rivendicazioni pseudogarantistiche provenienti dai movimenti di cosiddetta difesa dei consumatori, è essenziale ottenere che essi cessino di essere considerati *studenti*, con le conseguenti diffidenze e restrizioni, purtroppo avallate non raramente anche dalla giustizia amministrativa (non però da quella ordinaria) e siano invece riconosciuti, come professionisti (laureati ed abilitati e iscritti all'albo) totalmente idonei a svolgere le attività del reparto, responsabilizzando il Direttore ed i *tutor* nel loro livello di autonomia e nel grado di sorveglianza che deve essere garantito, così come avviene in tutti Paesi Occidentali. E' comunque assurdo che essi non vengano utilizzati nei turni di guardia, che sono per definizione (si pensi alle guardie interdisciplinari) limitati ad interventi di natura generalistica.
2. Esiste sul territorio nazionale un numero eccessivo di scuole specializzazione, non tanto per numero di sedi, che dovrebbe essere liberalizzato anche con il contributo programmatico e finanziario delle Regioni, ma per numero di tipologie. In Italia vi sono 59 tipologie di Scuole, mentre in Inghilterra sono 30 e in Francia 11 (se si include la medicina generale). La ragione è chiara e si identifica nella logica dell'ultimo quarantennio che ha visto il piegarsi delle programmazioni alle richieste di coloro che dovrebbero essere oggetto della programmazione stessa. Vi sono attualmente numerose tipologie di scuole che potrebbero essere molto facilmente accorpate, riservando alla ulteriore specializzazione ulteriori strumenti formativi disponibili, quali i Master e i Corsi di Perfezionamento. Questo intervento diminuirebbe la polverizzazione delle scuole e faciliterebbe il miglioramento di ognuna e la corrispondenza ai criteri di accreditamento che si richiedono.
3. Vi è un equivoco di fondo, legato al fatto che rilevamento dei bisogni di salute da parte delle Regioni non avviene secondo criteri rigorosi e condivisi, per cui i dati attuali di cui si dispone sono poco attendibili. Se è ovviamente noto quali saranno le cessazioni di specialisti nel futuro, non si tiene in alcun conto quanto esplicitato al punto

precedente, e cioè la reale necessità di certe “tipologie” di specialisti. Per tanto, il numero totale di contratti di specializzazione e la loro distribuzione alle varie Università viene determinata su discutibili basi storiche.

E' assolutamente necessario prevedere *nuovi e fondati criteri omogenei* per tutte le Regioni

4. E' verissimo che la formazione degli specializzandi è ingiustificatamente e inutilmente di tipo teorico, ancora una volta in virtù di una autoreferenziale presenza della docenza universitaria là dove non è richiesta. L'insegnamento specialistico deve essere di natura pratica-professionalizzante e deve condurre lo specializzando alla conclusione del suo corso ad essere in concreto uno specialista in grado di erogare prestazioni di quella natura in quanto capace di farlo, non in quanto titolare di un diploma. Ad uno specialista in chirurgia si deve richiedere di essere in grado di fare delle operazioni, di averle già eseguite, non di avere studiato sui libri come si fanno. E' necessario chiarire che la didattica nelle scuole di specializzazione non è una didattica frontale, ma esclusivamente pratico-professionalizzante e come tale deve essere garantita da esperti, non necessariamente di estrazione accademica. Non si può cancellare la opportunità che agli specializzandi vengano offerte occasioni di approfondimento culturale in alcune discipline concorrenti alla loro cultura specialistica, ma questo da sempre è utilizzato nella forma di seminari, conferenze, *meetings*, etc.
5. Nell' attuale situazione il superamento dell'esame finale e quindi il riconoscimento del diploma, avente valore legale, è affidato a chi è stato il responsabile della formazione. E' una contraddizione clamorosa che consente di comprendere come possa avvenire la inaccettabile anomalia che consente che venga riconosciuto il titolo anche a giovani cui non è stata consentito di svolgere i passaggi di natura tecnico-formativa in teoria richiesti obbligatoriamente dai regolamenti delle scuole. Negli Stati Uniti è stata costituita una Autorità indipendente che ha il compito di giudicare la maturità e la competenza degli specializzandi per ottenere la “certificazione”. In Italia non esiste, ma sarebbe molto semplice creare dei collegi indipendenti *ad hoc*. Esiste già questo istituto nella valutazione della maturità degli avvocati.

Come penso si possa cogliere da queste riflessioni, il problema non sta nell'affidare alle Università o agli ospedali la formazione degli specializzandi.

Si tratta invece di individuare i percorsi che consentano di giungere ad un obiettivo che sia preliminarmente chiarito.

I problemi della polverizzazione dei contratti su di un numero eccessivo di Scuole deve essere risolto attraverso una loro razionalizzazione, perseguibile con alcuni interventi:

- Riduzione del numero delle tipologie, limitandole alle discipline per le quali è effettivamente richiesto un percorso formativo professionale caratterizzato da esperienza clinica.
- Accorpamento di tutte le Scuole che hanno una sostanziale affinità.
- Utilizzo dello strumento del Master universitario per tutte le altre tipologie che, pur avendo un reale valore di perfezionamento, non hanno la natura di "specializzazione". Va sottolineato che questi corsi non comporterebbero alcun costo per il Ministero. Deve essere conseguentemente modificata la disposizione che richiede il diploma di specializzazione per ogni assunzione in ospedale.
- Rispetto delle regole europee.
- Liberalizzazione della istituzione delle Scuole riconosciute nel sistema UMS, vincolato all'accREDITAMENTO di ciascuna.
- Distribuzione dei contratti alle diverse Scuole nel rispetto dei requisiti minimi dell'offerta, di una distribuzione geografica compatibile con il potenziale delle sedi universitarie accreditate e con il fabbisogno calcolato non in base allo storico ma alla proiezione futura.
- Utilizzo di tutte le strutture cliniche dell'Ospedale Universitario, che ne rappresenta la sede. Laddove necessario o almeno utile, la formazione professionale pratica può avvenire attraverso rotazioni di adeguata durata presso sedi ospedaliere esterne che siano state accreditate sulla base di parametri oggettivi stabiliti all'interno del protocollo d'intesa Regione-Università. In ogni caso deve essere garantita agli specializzandi la massima esposizione agli aspetti qualificanti della specializzazione, evitando di cadere nell'equivoco di considerarli mano d'opera subordinata a basso costo.

- Deve essere riconosciuta al di là di ogni dubbio il pieno possesso della professionalità medica agli specializzandi, medici abilitati ad operare liberamente sul territorio nazionale e quindi totalmente idonei a svolgere qualsiasi attività medica di natura generale, in ciò inclusi i servizi di guardia, con la garanzia di copertura, nelle modalità disposte dai direttori delle strutture ospedaliere, solo per le situazioni che richiedono una competenza di livello superiore, responsabilizzando in ciò il Direttore ed i *tutor* nel valorizzare il loro livello di autonomia, così come avviene in tutti Paesi Occidentali. Si noti che in Gran Bretagna il training specialistico impegna da 4 a 6 anni, ma è preceduto da un percorso di quattro anni dedicato al Foundation e al Core Medical Training.

I medici specialisti sono un grande investimento, economico e di impegno intellettuale. La loro preparazione dovrebbe essere maggiormente pianificata, selezionata e valorizzata. Questo impegna evidentemente in un profondo ripensamento delle funzioni del medico, che sono state molto impropriamente livellate ed appiattite e di conseguenza hanno richiesto una impropria moltiplicazione. E' arrivato il tempo di pensare a figure alternative, anziché ipotizzare una ulteriore contrazione della durata dei corsi, dopo la infelice esperienza avviata nel 2005 con l'introduzione del cosiddetto tronco unico, che è in realtà una frazione del corso ritenuta all'interno della programmazione del medesimo.