

RAPPORTI TRA SCUOLE DI MEDICINA E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE*: Necessità di una nuova Legge per le AOUI.

Criticità e proposte

Prof. Roberto Corrocher, Past- Presidente del COLMED 09

Premessa e riferimenti normativi

Innanzitutto desidero ringraziare il prof. Barbarisi e l'on. Gigli per aver organizzato il presente convegno su un tema che, a mio giudizio, è essenziale per il mantenimento della Scuola di Medicina nel sistema universitario e non venga invece assorbito nel sistema ospedaliero nel silenzio pressoché assoluto delle autorità accademiche, in primis del MIUR e della CRUI.

Il tempo trascorso dalla pubblicazione delle Linee Guida (gennaio, 2000) per la stesura dei protocolli d'intesa tra Regione e Università e l'avvio delle Aziende Ospedaliero-Universitarie Integrate (AOUI) e dopo oltre 20 anni dall' istituzione delle Aziende miste (1992) ,.è sufficiente per fare un bilancio sull' andamento delle AOUI, sulle eventuali criticità e per formulare, alla luce di queste, delle proposte di modifica migliorative. Inoltre la Legge n. 240/2010, con il riassetto dell'organizzazione delle Facoltà di Medicina che essa ha comportato, richiedeva espressamente (dopo quattro mesi) il riesame dei rapporti tra SSN e Facoltà Mediche e la stesura di un nuovo testo convenzionale.

Devo dire che non tutte le sedi sono attualmente organizzate secondo la legge n.240, essendoci ora Aziende integrate, Aziende miste, Istituti IRCS, Scuole di Medicina e Facoltà di Medicina: questa frammentazione non è certo utile per proporre obiettivi comuni al mondo accademico.

Nell' affrontare comunque questo importante tema, è *opportuno richiamare* i principi e i valori che sono alla base dell' istituzione dell'Università.

Gli art. n. 9, 33 della nostra Costituzione Italiana impegnano lo Stato allo sviluppo dell' attività scientifico-tecnologica perché sia il volano dello sviluppo e dell'innovazione del Paese. A questo scopo istituisce il sistema universitario che deve *sviluppare il sapere* (ricerca) e trasmetterlo, attraverso *l'attività formativa* (formazione), alle nuove generazioni. La Legge n. 250 del 2005 ricorda, inoltre, in modo più incisivo e diretto, che questa azione di propulsione culturale dell'Università si debba esercitare anche attuando *i necessari rapporti con il territorio in cui opera*. Numerose sentenze della Corte Costituzionale hanno sancito che, per poter raggiungere gli obiettivi costituzionalmente definiti di ricerca e formazione, le Facoltà di Medicina e in particolare il suo settore clinico, debbano svolgere attività assistenziale. In questo senso l'attività assistenziale diventa un'attività essenziale e caratterizzante del triennio clinico universitario.

D'altro canto, la Legge di Riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del 1992 (Legge n. 502), nelle sue premesse, indica in modo esplicito tra i compiti delle Aziende Miste che si andavano costituendo, lo sviluppo della ricerca bio-medica "di base ed applicata", oltre che indicare le esplicite modalità di collaborazione tra SSN e Università, laddove la Facoltà di Medicina sia presente *nell'Azienda Mista*.. Si è ritenuto che i due Enti avessero, seppur nelle rispettive autonomie, sufficienti elementi di "convergenza" operativa. La Legge sollecitò quindi la stesura dei protocolli di collaborazione tra Azienda Sanitaria ed Università che, lasciando inalterate le rispettive autonomie, stabilissero delle modalità pratiche di gestione dei due Enti.

L' espansione dell'offerta formativa universitaria (Lauree sanitarie, Masters ecc) che si è andata aggiungendo alla tradizionale formazione delle lauree magistrali e delle Scuole di Specializzazione, ha posto con urgenza alla Facoltà di Medicina , il problema dell'insufficienza numerica del personale docente a cui l'Università da sola non è in grado di far fronte.

Un decisivo ulteriore passo avanti ed un sostanziale cambiamento nella ratio che ha ispirato i rapporti tra SSN e Facoltà di Medicina si è avuto con la Legge n. 517. Le Linee Guida, in essa previste e pubblicate nel gennaio del 2000, prevedono infatti in modo ambizioso, ma ritenuto necessario ai fini di razionalizzare la spesa sia sanitaria che universitaria, che i due Enti si "integrino" cioè condividano un'unica e nuova "mission" caratterizzata, paritariamente, da attività di *ricerca, formazione ed assistenza*: questa triplice funzione riguarda sia il personale universitario che ospedaliero.

Sulla base delle Linee Guida, nasce così la nuova *Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata (AOUI)*. Progetto certamente ambizioso in quanto si devono integrare medici e docenti tradizionalmente formati con modalità e fini differenti e con stato giuridico differente, personale amministrativo, strutture, patrimoni appartenenti ai due Enti.

Secondo le linee guida, le AOUI sono nuove entità, non sono strumenti della Regione, e sono dotate di una loro "autonomia giuridica, patrimoniale, programmatica e gestionale"; esse sono caratterizzate *dalla triplice funzione*: sviluppare la ricerca, la formazione superiore in campo sanitario, e l'assistenza di eccellenza. Certo, devono operare in "leale collaborazione" con il Sistema Sanitario Nazionale (Regionale). Per quanto attiene gli ultimi due aspetti, essi appaiono sufficientemente intuitivi e condivisi. E'opportuno invece spendere qualche parola per quanto riguarda l' attività di ricerca.

Una recente indagine effettuata da un'agenzia internazionale indipendente (Scimago World Report, 2014), ha dimostrato che la ricerca scientifica italiana si colloca nel suo complesso al 8° posto tra tutte le nazioni: la ricerca bio-medica si colloca al 6° posto e, in qualche suo settore al 3° posto, ed è qualitativamente assai competitiva. Si tenga inoltre conto del fatto che il 65 % della produzione bio-medica è prodotta dall' area 06 della Facoltà di Medicina ! proprio quell'area che si deve integrare nell'AOUI . Non solo pubblicazioni scientifiche , ma anche brevetti, spin-off , nuovi percorsi diagnostico-terapeutici ecc. L' area della bio-

medicina rappresenta inoltre uno dei principali hub per l' interazione con altri settori scientifici quali : l' ingegneria, la fisica, le biotecnologie, l' economia, le scienze biologiche-naturali, la chimica, la bio-etica, e la giurisprudenza.

Un patrimonio scientifico enorme che non deve essere compresso e compromesso, e che rappresenta per ogni Ateneo una parte rilevante della documentazione da presentare al MIUR in funzione di ottenere la necessaria quota di FFO. Una contrazione in senso prettamente "ospedaliero" del triennio clinico della Facoltà di Medicina, non avrebbe solo una ripercussione generale nella produzione scientifica italiana, ma si tradurrebbe anche in un declassamento progressivo, finanziario e culturale, dell'intero Ateneo in cui la Scuola di Medicina insiste, nonché una cospicua riduzione di tutto l'indotto che si sviluppa in loco attorno alla Facoltà medica.

I Protocolli d'Intesa Università-Regioni, sottoscritti dalle varie sedi universitarie, recepiscono tutti la triplice funzione della AOUI anche se nella loro stesura si notano, su punti qualificanti, alcune importanti differenze già discusse e pubblicate sul bollettino del COLMED/09 (Corrocher R., Bollettino MED09, n.4/2006).

Quali sono stati gli strumenti nuovi delineati dai protocolli d'intesa Università-Regione ai fini di garantire alla AOUI la realizzazione armonica e paritaria dei tre aspetti di ricerca-formazione e assistenza e la loro necessaria integrazione?

1. La partecipazione dell'Università all'elaborazione dei piani sanitari Regionali (per la parte di sua competenza).
2. La partecipazione all'elaborazione dei programmi di ricerca finalizzata della Regione.
3. La scelta del Direttore Generale dell' AOUI d'intesa tra il Presidente della Regione (che lo nomina) e il Rettore dell'Università (è possibile pensare ad una lista di candidati, resa pubblica, da cui scegliere d'intesa il D.G.?).
4. L'istituzione del Comitato d' Indirizzo, in cui d'ufficio siede il Preside della Facoltà, ed è composto da persone esperte di programmazione sanitaria e che deve elaborare le linee di sviluppo dell' AOUI. In questo consesso siede, senza diritto di voto, anche il direttore generale dell' AOUI.
5. La strutturazione dell'AOUI in Dipartimenti integrati(DAI)
6. La nomina del direttore del DAI d'intesa tra Rettore e D.G.
7. La determinazione del tempo di assistenza del personale universitario delle U.O: tale tempo deve essere pari al 50% di quello ospedaliero, per permettere che il personale universitario con funzione di Dirigente di I° o di II° livello nel SSN, possa svolgere la necessaria attività di ricerca e formazione. Da questo ne deriva il calcolo dell'equipe di personale totale necessario per le strutture a conduzione universitaria.
8. Perequazione salariale tra personale ospedaliero e universitario.

Criticità del sistema AOUI

Quali sono le **criticità** più rilevanti che si sono manifestate laddove le AOUI sono state costituite e che creano malcontento tra il personale? A questo proposito segnalo che un'indagine condotta dal COLMED/09 (2010) - gli appartenenti al settore sono circa mille - ha chiaramente dimostrato che circa il 70% dei Soci iscritti al Collegio avevano denunciato *la progressiva mancanza di tempo per l'attività di ricerca* e ,un' aliquota analoga di loro, riteneva che *il tempo per l'insegnamento* non sia tutelato nei piani assistenziali dei reparti in cui operano. Oltretutto, il 55% denunciava un' evidente *sperequazione nella retribuzione salariale* rispetto al Collega ospedaliero di pari anzianità e responsabilità (Tabelle allegate: Attivazione delle AOUI). A questa sperequazione contribuisce il fatto che, sulla base del contratto di lavoro, gli incentivi economici sono previsti e distribuiti esclusivamente al personale sanitario escludendo quello universitario. A simili considerazioni è arrivata una recente indagine della CRUI.

In qualche settore (medicina interna e geriatria) alcuni aspetti dell'assistenza, legati alla ristrutturazione sanitaria e ai nuovi bisogni di sanità, gravano in modo particolare; basti pensare a questo proposito, che l'occupazione media dei posti letto in questi reparti supera abbondantemente il 100% con evidenti conseguenze organizzative, il che comporta anche un incremento di morbilità e mortalità come dimostrato dalla autorevole letteratura al riguardo. La polipatologia, il trattamento terapeutico multiplo, l'urgenza dei ricoveri ecc, rendono spesso impraticabili le linee guida, pensate per sistemi semplici, e non per sistemi complessi come sono i malati con patologie multiple. Si deve elaborare quindi una nuova organizzazione dei reparti in funzione dei nuovi bisogni (per intensità di cure ?) e un nuovo percorso di laurea che formi i nuovi medici alle nuove necessità del SSN coinvolgendo, in modo organico, sia i medici ospedalieri sia i medici del territorio per far fronte al problema della continuità di cure, dei ricoveri ripetuti ecc. Il Collegio, COLMED/09, che temporaneamente presiedo, ha segnalato da tempo tutte queste criticità e ha elaborato e presentato alle varie Autorità, sia accademiche che sanitarie, inclusi i Ministeri della Salute e dell' Università, un nuovo percorso di Laurea in Medicina e Chirurgia coerente con i nuovi bisogni del SSN (Le Criticità in Medicina Interna e L'Innovazione in Medicina Interna, ColMed 09., 2011). Certo, per quanto detto, il tempo assistenziale in questi reparti di fatto condiziona pesantemente l'attività di ricerca e di formazione.

Ma torniamo ad esaminare quali sono le criticità più manifeste verificatesi nell' organizzazione delle AOUI.

1. Saltuaria partecipazione della Facoltà di Medicina e dell'Ateneo all'elaborazione dei piani sanitari regionali.
2. Mancata partecipazione dell' Ateneo all'elaborazione dei programmi di ricerca finalizzati della Regione.

3. Mancato esame da parte del Rettore dei curricula degli aspiranti alla dirigenza aziendale. Il Rettore non propone suoi candidati per la posizione di Direttore Generale, ma si limita, generalmente, ad esprimere un parere su persone proposte dal Presidente della Regione.
4. Il Direttore Generale (D.G.) non ha generalmente una formazione scientifica e un'esperienza formativa adeguata *a garantire, in modo paritario la nuova triplice mission* dell' AOUI. Il peso "politico" della nomina del D.G. appare inoltre evidente e invadente.
5. Il Comitato d'Indirizzo (C d'I.), cioè l'organo deputato ad elaborare le linee di sviluppo coerenti con la triplice funzione dell'AOUI e a cui il D.G. dovrebbe attenersi nel elaborare il piano sanitario, di fatto non elabora alcuna linea di indirizzo per l' AOUI. Il Comitato d'indirizzo non ha, al suo interno, nella formulazione normativa corrente, una specifica competenza di ricerca. Solo i protocolli del Friuli-Venezia Giulia e del Veneto prevedono una specifica competenza per la ricerca . Il ruolo del C. d' Indirizzo. è in molte sedi del tutto trascurabile ed è stato previsto all'interno dell'Atto Aziendale quasi fosse un organo del D.G e la sua composizione è assai eterogenea (vedi Tabelle COLMED/09 e CRUI): In altre sedi non esiste affatto.
6. I DAI non sono stati avviati sulla base di attività di ricerca e di formazione coordinate e condivise (Legge n. 282, 1980), ma solo sull'organizzazione assistenziale. Sono, per lo più, un assemblaggio di U.O. indipendenti e che tali rimangono . La coesistenza di DAI, D. U. e di Dipartimenti esclusivamente assistenziali (D.A.) nella stessa AOUI, rende difficile, quando non conflittuale, l'armonizzazione dei sistemi. Praticamente i DAI sono strutture in cui tutte le unità operative afferenti svolgono la loro specifica attività senza "disturbare le altre". Non c' è una governance efficace dei DAI.: il Collega universitario è "servitore di due padroni", di cui uno "tiene la borsa".
7. Nelle AOUI manca un effettivo peso della governance clinica ed un possibilità di reale dibattito costruttivo.
8. Non vi sono nelle AOUI gli essenziali strumenti per "misurare" e incentivare la produzione scientifica (manca spesso l'anagrafe della ricerca e gli strumenti per "pesare" la ricerca scientifica). Non vi sono criteri per quantificare l'impegno didattico accanto agli indici di efficienza ed efficacia assistenziale questi ultimi invece ben presenti e sperimentati. I risultati della ricerca scientifica e l' impegno formativo non sono tenuti presenti nel formulare gli obiettivi delle singole unità operative dell' AOUI.
9. Di conseguenza, gli incentivi economici dei DAI , delle singole U.O. e dei singoli operatori si basano esclusivamente su criteri assistenziali! La performance scientifica e la bontà didattica non hanno adeguata considerazione.
10. Vi è una sperequazione salariale fra Colleghi ospedalieri e Universitari a parità di mansioni: frequentemente il personale universitario non partecipa

alla suddivisione dei fondi per il raggiungimento degli obiettivi delle rispettive unità operative.

Queste criticità persistono in un quadro generale nazionale drammatico:

Non vi sono sufficienti ruoli accademici : le Facoltà di Medicina, e in particolare il Triennio Clinico, hanno perduto il 30-35 % dei loro ruoli a fronte di un incremento del numero degli iscritti alla Facoltà. Non si vede un futuro neppure a seguito delle nuovi procedimenti di abilitazione scientifica: gli idonei non avranno, per la maggior parte, sbocchi accademici . D'altro canto, l'abolizione del ruolo di ricercatore a tempo indeterminato ha reso difficile il reclutamento di nuovo personale universitario.

Dall'altra parte, anche il SSN si trova di fronte ad un esodo di vaste proporzioni: nei prossimi 7-8 anni circa 30.000 Colleghi lasceranno il servizio per raggiunti limiti d'età: A questi si devono aggiungere un altro 50% circa di medici che lasciano il sistema per altri motivi, per un totale di circa 45.000 medici!. Questi medici non potranno essere adeguatamente rimpiazzati con nuove assunzioni: L'incremento degli iscritti nelle Facoltà di Medicina non saranno sufficienti a coprire le necessità del SSN.

Proposte per le nuove AOUI.

La difficile e per certi versi drammatica situazione sia universitaria sia sanitaria, esige, da parte di tutti, una precisa assunzione di responsabilità che preveda una radicale trasformazione dell'organizzazione del sistema sia per quanto attiene le AOUI sia per il SSN in generale. Proprio per questo, il lungo silenzio e la disattenzione dei rispettivi Ministeri, su un tema che aspetta ormai da oltre cinque anni di essere riorganizzato, è irresponsabile

C'è l'urgenza di una NUOVA LEGGE PER LE AOUI

In questa Legge si dovrebbe prevedere:

1. Effettiva *partecipazione* dell'Università alla preparazione dei piani sanitari regionali e dei programmi di ricerca finalizzata.
2. L'istituzione di un *nuovo ruolo per il personale ospedaliero* delle AOUI il cui reclutamento avvenga, oltre che sulla base della competenza assistenziale, anche sulla attività di ricerca e di didattica. Nelle relative commissioni di concorso devono poter sedere anche Colleghi Universitari accanto ai Colleghi Ospedalieri , appartenenti ad AOUI. Solo parlando la stessa lingua è pensabile di poter realizzare una vera integrazione.
3. Il *D. Generale*. deve essere nominato dal Presidente della Regione d' intesa con il Rettore, e scelto sulla base di curricula (da porre sul sito web regionale e dell'Università) coerenti con la nuova triplice mission dell'AOUI .

4. Nomina di un *Direttore Scientifico* da parte del Rettore, d'intesa con il Presidente della Regione, che affianchi, a parità di posizione, il D.G. Il suo compito, oltre che quello di raccordo tra le varie unità operative dei DAI e dei DU per quanto attiene l'aspetto e la programmazione della ricerca, dovrebbe essere anche quello di manager scientifico (ricerca di fondi, progetti di ricerca ecc.). Una funzione analoga è presente negli IRCSS.
5. Profonda modifica del Comitato d'Indirizzo, che dovrebbe avere al suo interno non più solo per la programmazione sanitaria ma anche esperti di ricerca bio-medica e di formazione. Questo Comitato dovrebbe inoltre includere, oltre che il rappresentante del Organo di Raccordo dei DU, il Direttore Scientifico accanto al D.G.
Le sue funzioni dovrebbe essere non solo quelle di elaborare le linee di sviluppo dell'AOUI, ma anche quella di controllo della loro realizzazione: diventerebbe cioè un *Comitato d'Indirizzo e di Controllo*.
6. Messa a punto di *sistemi e criteri di valutazione della ricerca scientifica* e istituire un'anagrafe scientifica dell'AOUI (integrare le banche dati dell' ateneo con quelle dell' ospedale) ; introdurre valutazioni del *peso didattico* a seconda dell'impegno in termini di CFU dei singoli insegnamenti e tenendo presente il numero dei docenti del settore.
7. Prevedere meccanismi di *sostanziale incentivazione economica* differenziata del personale medico dell'AOUI in ragione della sua complessiva performance e in ragione dell' esclusività del suo lavoro all'interno della AOUI stessa.
8. Garantire un numero di *addetti per equipe assistenziale* tale che tenga conto del tempo per ricerca e didattica (50%) che il personale medico, sia universitario che ospedaliero qualora il suo impegno sia documentato
9. Il medico ospedaliero dell' AOUI, una volta superato l'esame di abilitazione scientifica , dovrebbe poter assumere compiti di ricerca e didattica alla pari il Collega universitario.
10. Prevedere *criteri specifici di finanziamento regionali delle AOUI* che tengano conto dell' attività di ricerca e dell'indotto allo sviluppo del territorio e della formazione dei professionisti per il SSN. L'AOUI è frequentemente, per addetti e per fatturato e per l'indotto che genera , la più grande industria del territorio in cui si trova.
11. Partecipare, come per gli IRCS, ai fondi della ricerca sanitaria statale.

Conclusioni

A conclusione di questo mio intervento, aggiungo che la proposta di AOUI di cui ci ha parlato il Rettore De Ferrari, in sé apprezzabile, non sarà efficace se non si terrà in conto e si correggeranno le criticità che in questi anni sono emerse e che hanno reso così sfiduciato il personale universitario.

- Illustrato in occasione del Convegno sullo specifico argomento tenutosi alla Camera dei Deputati, nella Sala della Regina, Palazzo Montecitorio (Roma), il 9 dicembre 2015,