

## **I rapporti tra Università e Servizi Regionali Sanitari. Il ruolo fondamentale dei protocolli d'intesa**

### **LA STORIA DI UN DISAGIO CRONICIZZATO**

Porgo un vivo ringraziamento ed un caro abbraccio al Collega Onorevole Gigli che ha voluto fortemente organizzare questo incontro, insieme a me: grazie di cuore Gigi.

Ringrazio, poi, a nome mio personale e di tutta la Conferenza Permanente dei Presidenti di Area Medica gli onorevoli Deputati e Senatori qui intervenuti numerosi e tutti voi Colleghi, accorsi così entusiasti e folti a testimoniare, ancora una volta, con la vostra qualificata presenza, come sia un elemento cruciale, vitale ed urgente per l'Accademia Medica, ma anche per la Politica stessa, trovare una soluzione definitiva nei Rapporti tra Università e Regioni sugli Ospedali Universitari, fucina e palestra delle generazioni, che hanno scelto di vivere la nobile ed ineguagliabile Arte Medica.

Porre all'attenzione di tutti, ma particolarmente della Politica nazionale e regionale, la necessità di fare presto chiarezza su questa annosa questione non più è procrastinabile. Sappiamo bene che non è facile, ma è doveroso e necessario affrontare la problematica specie da parte di chi rappresenta i Clinici Universitari, che, ogni giorno, lavorano in situazioni assistenziali e normative precarie, con retribuzioni squilibrate e che, comunque, hanno sempre una gran voglia di ricercare, formare ed assistere al meglio delle loro possibilità.

La Conferenza Permanente dei Collegi di Area Medica, alias INTERCOLLEGIO MEDICO, rappresenta queste straordinarie persone "dal basso, dalla base", non dai vertici ed è fiera di affrontare tale complessità con spirito aperto, costruttivo e collegiale nei confronti di tutti Colleghi medici, in primis dei Colleghi ospedalieri.

La ricerca di un nuovo equilibrio della Medicina Clinica Accademica parte da lontano, quando nel decennio 1968-78 si applicò a pieno l'art.32 della Costituzione, partendo dalla legge 132 del 68 e dal Decreto 129 del '69, si arrivò all'istituzione del SSN con la legge 883 del 78 e i Policlinici Universitari vennero equiparati agli, allora chiamati, Ospedali Generali Regionali.

In quel contesto temporale, il modello dei Policlinici non veniva utilizzato come punto di riferimento di eccellenza, quale era, ma veniva uniformato ad un modello generalista elaborato sulla base delle istanze assistenziali alle quali, di fatto, le altre pregnanti finalità della Medicina Universitaria: la ricerca e la didattica, dovevano confrontarsi e in qualche modo adattarsi.

Per altro l'art. 39 della citata legge 833 già prevedeva lo strumento convenzionale per definire i rapporti tra SS ed Università strumento di perequazione tra la triplice missione della Medicina Accademica e le politiche del SSN e Regionale.

Da allora 23 dicembre 1978 ad oggi 9 dicembre 2015 sono trascorsi 37 anni e si è consolidato un cronico disagio, che non ha giovato a nessuna delle parti coinvolte e che è ora di sanare con grande equilibrio e lungimiranza.

In verità da parte dei Legislatori e delle Istituzioni vi è sempre stata una costante ricerca di trovare un equilibrio virtuoso attraverso numerosi provvedimenti legislativi e regolamentari, tuttavia quell'equilibrio non è ancora stato raggiunto.

Nel mentre, però, ci sono state ben altre due Riforme sanitarie e con esse la sostanziale trasformazione dell'Ammalato in cliente, del Medico in dipendente ed una continua ricerca del pareggio del bilancio delle Aziende.

Tutti questi provvedimenti hanno contribuito non poco a questo disagio, creando un dualismo, artificioso e periglioso, tra noi Universitari ed i Colleghi del SSN, che si è accentuato quando si è avviata la componente ospedaliera alla contrattazione collettiva, mentre la parte universitaria manteneva il suo stato giuridico.

Si è avuta, poi, la legge 517 del 99 e con essa le linee guida e ... così si è arrivati al 3° millennio!

Nello stesso tempo, al di là dell'assistenza, le attività universitarie si sono dilatate non poco sia nell'offerta formativa con le Lauree sanitarie, i Masters, che si aggiungevano alla tradizionale formazione delle Lauree magistrali e delle Scuole di Specializzazioni, sia per la sempre più pressante, ma anche giusta, richiesta di espandere la già ampia attività di ricerca.

Le linee guida della legge 517 prevedevano, che la funzione assistenziale della struttura aziendale, di tipo, diremo, ospedaliero, si integrasse con la più ampia missione universitaria di ricerca, docenza ed assistenza. Questi due aspetti della Medicina italiana dovevano integrarsi in una unica e nuova missione ritenendo, che ciò fosse necessario per la razionalizzazione delle spese sia sanitaria che universitaria.

Nasceva così il concetto dell'Azienda Ospedaliera–Universitaria Integrata (AOUI) e parlo di concetto, non di una reale nascita considerando le molteplicità di applicazioni direi "originali" e specifiche nelle varie Regioni italiane e le numerose mancate applicazioni, totali o parziali, che si sono avute in rapporto a questa norma.

Concetto e Progetto ambizioso quello della 517 in quanto si richiedeva di integrare Medici che avevano fatto scelte personali di vita diverse, anche se, tutte volte alla cura dell'Uomo sofferente: Medici, però, formati e formatisi con mentalità e finalità differenti con stato giuridico differente e con ciò è opportuno considerare che anche il personale amministrativo, le strutture, i patrimoni erano volti ai fini differenti.

A 15 anni dalle linee guida della 517 oggi si aggiunge, per altro, un altro aspetto ineludibile "la sostenibilità economica": c'è, o c'è stata, la crisi economica, ma ancor più c'è tra di noi responsabilmente la consapevolezza che le risorse economiche sono definite e non espansibili all'infinito e che vanno salvaguardate e razionalizzate per un migliore rendimento sociale di esse e questo anche in quei servizi ineludibili e, tendenzialmente, incompressibili per una Società civile, come appunto l'espansione delle Conoscenze, la Formazione, la Sanità.

Quindi non solo per una ragione contingente di crisi economica o di indicazione legislativa, ma direi per una economia virtuosa e solidale, rispettosa delle esigenze sociali, l'opportunità di trarre il massimo beneficio dalla integrazione di risorse umane ed infrastrutturali negli Ospedali Universitari rappresenta un obiettivo fondamentale, che noi, da Cittadini consapevoli e da Uomini di Intelletto siamo motivati a condividere.

Noi della Medicina Accademica riteniamo che questo processo è iniziato e si è, almeno in parte, consolidato tra noi e che lo strumento dei protocolli di intesa deve essere perseguito, perfezionato, contestualizzato ed in fine definito evitando tutte le riserve mentali, che ciascuna delle parte possa avere.

Il che sta a significare che se la Medicina accademica deve avere la capacità di modificarsi in ragione della evoluzione dei nuovi indirizzi, va altrettanto riconosciuto, che una conversione in senso prettamente assistenziale del triennio clinico del Corso di Laurea di Medicina, non avrebbe solo una ripercussione in senso generale sulla produzione scientifica biomedica italiana, ma indurrebbe un declassamento progressivo culturale dell'intero Sistema universitario. Si avrebbe la perdita di un patrimonio scientifico enorme ed estremamente importante per gli Atenei non solo di pubblicazioni scientifiche, ma anche di brevetti, spin-off, nuovi percorsi diagnostici-terapeutici e così via, tanto necessari per la quota premiale del FFO. Purtroppo dobbiamo constatare che i piani aziendali attuali ancora non tutelano il tempo per la ricerca e l'insegnamento dei Medici universitari.

Si diceva che bisogna superare questo dualismo storico e raggiungere un equilibrio stabile e noi siamo qui per approfondire questa complessità, non solo per evidenziare le differenze, ma soprattutto per valorizzare le convergenze, i punti di contatto, a volte di sovrapposizioni, le sintonie ed individuare soluzioni praticabili.

Gli uomini di intelletto sono volti a costruire non a dividere, a creare nel concreto, non ad analizzare all'infinito.

La sintesi caratterizza l'intellettuale.

Non si può negare che il punto critico della questione è la diversità delle scelte personali ed istituzionali, ma queste perché non possono essere lette come una complementarità virtuosa?

Se per i Collegi ospedalieri gli obiettivi possono essere considerati la qualità, l'entità e i risultati delle cure agli ammalati, obiettivi che finalizzano l'investimento delle risorse e promuovono sperimentazioni di modelli organizzativi e linee assistenziali, per i Medici universitari la finalità principale è la formazione superiore e la ricerca scientifica, a cui l'assistenza è l'indispensabile palestra alla loro compiuta realizzazione ed anche il campo in cui viene concretizzata lo scibile medico, incluso quello d'avanguardia e che porta alla innovazione ed alla ricerca traslazionale.

Tutto questo ha un fine comune.

Queste peculiarità delle singole scelte vanno lette, quindi, e ripeto, nella loro complementarità, primo momento di una integrazione.

In questi anni, al contrario, questa complementarità è stata letta come separatezza e/o sovrapposizione il che ha portato ad una diversificazione di risorse ed a differenti

parametri della valutazione dei risultati soprattutto in ragione del fatto, che tutto ciò viene stabilito da autorità diverse, ciascuna delle quali intende esercitare tutto il proprio potere di controllo. Questo processo ha accentuato quelle differenze, difficili poi da superare come quelle retributive, le politiche edilizie, le acquisizioni di tecnologie ed attrezzature, ecc, ecc.

La legge 517 con l'istituzione delle AUOI ha portato un grosso avanzamento concettuale. Questa legge tuttavia è stata in larga misura disattesa nei suoi principi fondamentali e si è persa un'occasione estremamente favorevole. Non si è riuscito a raggiungere un equilibrio in quanto le sue norme e linee guida sono state solo discrezionalmente attuate dalle Regioni, alcune delle quali hanno impugnato la legittimità delle norma stessa davanti alla Corte Costituzionale.

D'altra parte, a questo proposito, sorge spontanea la domanda: può essere diversa sul territorio nazionale la formazione medica? ancor ora che c'è la libera circolazione dei Medici in Europa e ci confrontiamo a livello internazionale per una formazione medica standardizzata su livelli europei?

E' in questa continua ricerca di un assetto definitivo e soddisfacente per espletare al meglio la nostra missione, che si è inserita, più come azione rafforzativa, che per novità assoluta, la legge 240 del 2010 (Riforma Gelmini) in cui all'articolo 6 comma 13 si richiede espressamente, che venga individuato uno Schema Nazionale di Convenzione tra le Università e le Regioni per gli Ospedali Tipo Universitari. Tale dettato ha in verità un elemento di grande novità nel considerare la necessità di una sostanziale omogeneità degli ordinamenti dei vari Ospedali Universitari sul territorio nazionale, senza togliere nulla all'autonomia regionale, nell'intento che la formazione medico-sanitaria permanga omogenea sul territorio nazionale.

Tuttavia questo ulteriore incoraggiamento a definire e ridefinire l'assetto degli Ospedali Universitari è rimasto ancora inapplicato in questi 5 anni.

Non va creduto, però, che questi anni siano passati invano, ma, al momento attuale, tutti noi crediamo che non si possa aspettare oltre ed è il momento di dare una sterzata positiva a questa cronicità, altrimenti, anche in questo caso, si rischia di perdere un'ulteriore occasione propizia.

E' questo che ha spinto la Medicina Clinica Accademica, rappresentata dalla Conferenza, ad organizzare questo incontro considerando tre punti essenziali nella vicenda **l'urgenza**, **la integrazione, la omogeneità nazionale delle formazione medica** nella chiarezza di rapporti tra tutti coloro che hanno scelto di fare il medico per la cura del malato e per la continuità dell'Arte Medica.

Bisogna elaborare una diversa organizzazione delle Aziende, dei Dipartimenti, dei Reparti finalizzata, unitariamente, ad un nuovo percorso dei Corsi di Laurea di Medicina e Sanitarie e della Formazione post-laurea, che formi addetti alla sanità rispondenti alle nuove esigenze del nostro SSN con un ineludibile sguardo all'oltre, all'Europa, al Villaggio globale.

Fin qui la storia di una sofferenza, ora passo la parola al Prof. Deferrari, che ringrazio per la partecipazione, Emerito di Nefrologia, già Rettore dell'Università di Genova, che, qualche tempo fa, ha coordinato un gruppo di Docenti, che hanno lavorato molto bene in

rapporto al dettame della legge 240 e che ha prodotto soluzioni eque e concrete e che chiedono solo di essere acquisite istituzionalmente e che aspettano solo un po' di coraggio istituzionale.

Noi speriamo, infine, che questo incontro suggerendo alcune soluzioni, possa acquisire la simpatia di tutti voi politici qui presenti e degli addetti ai lavori e far toccare con mano a tutti l'urgenza, che quella Cultura Medica Italiana che, in tutte le sue espressioni, si è fatta sempre apprezzare ... ed è ancora apprezzata nel mondo, non venga più disattesa.

Noi Clinici Universitari dal profondo della nostra vita quotidiana e della nostre scelte ideologiche di donazione della propria esperienza e di ricerca della conoscenza chiediamo di far presto, ma non vogliamo, affatto, sottrarre ad altri il ruolo istituzionale e, tantomeno, la responsabilità di essere attori in questa vicenda, vorremmo ricordare, però, che le responsabilità impongono di arrivare a soluzioni, accettabilmente rapide.

Questo incontro è solo un grido di dolore che proviene dalla base ed il portarlo nel cuore della Democrazia dell'Italia Repubblicana è compito ed onore della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Collegi di Area Medica.

Roma, nel Palazzo di Montecitorio, il 9.12.'15

Alfonso Barbarisi