

Capitolo 17

Ospedali clinicizzati. Criticità organizzative e di governance nella integrazione tra ospedale e università

Guido Broich*

1. Premesse

Come amava riferire al mio maestro prof. Elio Guido Rondanelli il prof. Pensa, allievo del Nobel per la medicina Camillo Golgi, questi usava rammentargli con frequenza che «se un ospedale non partecipa alla ricerca presto o tardi scade a lazzaretto di manzoniana memoria».

Originalmente l'integrazione tra attività di diagnosi e cura e quella di ricerca e didattica era naturale negli ospedali grandi e piccoli, che da sempre hanno messo a disposizione la loro realtà clinica all'Accademia al fine di svolgervi la sua attività di docenza e di ricerca usufruendo nel contempo delle prestazioni professionali dei medici e ricercatori universitari per la loro missione istituzionale di curare e assistere i malati.

Con la maggiore organizzazione e specializzazione moderna della medicina, nonché una profonda e progressiva divaricazione normativa tra mondo della sanità e mondo universitario, si è venuta a creare una progressiva separazione, tanto da rendere necessario ricordare con forza le parole profetiche del Golgi. Per contrastare questa evoluzione dicotomica e garantire sia alla parte accademica sia a quella clinica la possibilità di una fruttuosa collaborazione, sono state istituite varie forme di collaborazione organica. Esiste la forma del Policlinico Universitario, in cui ospedale e università formano una sola realtà aziendale, schema molto usato all'estero e in alcune, rare, realtà italiane. A lato di questa forma aziendale integrata esiste poi lo strumento della convenzione, in cui due realtà aziendali separate, ospedaliera e universitaria, si accordano per una collaborazione tramite una convenzione appositamente sottoscritta, nella quale l'ospedale fornisce gli spazi e la operatività di diagnosi e cura alla quale l'università partecipa con i suoi docenti e ricercatori. È evidente che tale integrazione pone subito il problema dei limiti di questa integrazione.

Proprio per rispondere al problema della divaricazione delle funzioni di diagnosi, assistenza e cura da una parte e ricerca dall'altra, a un certo punto il legislatore genera una nuova specie formale di ospedale, creando gli "IRCCS", ovvero "Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico". Queste sono strutture Ospedaliere alle quali viene affidato anche un compito di ricerca clinica diretta svolta in proprio. Possono essere convenzionati con una università, come ogni grande ospedale, ma ciò non è discriminante. È invece fonda-

* Direttore sanitario ASST Valtellina e Alto Lario

mentale che abbiano delle linee di ricerca chiare e ben definite con una produzione scientifica adeguata. Sono sottoposti per il mantenimento della qualifica a controllo ministeriale e possono essere sia di diritto pubblico che privato.

Gli IRCCS costituiscono una tipologia organizzativa particolare e unica nel panorama italiano, in quanto una realtà che rimane profondamente incardinata nella struttura organizzativa e legale del Sistema Sanitario Nazionale, e pertanto della erogazione di servizi di diagnosi e cura secondo le regole di quest'ultimo con la applicazione delle conoscenze codificate, ha nella propria mission aziendale anche la permanente ricerca di nuove conoscenze non ancora codificabili.

La convivenza nella stessa struttura di una realtà normativa e organizzativa ospedaliera, che segue le regole di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più dettagliatamente e minuziosamente regolato, immerso nel corpo normativo del pubblico impiego e del diritto amministrativo che regola le strutture pubbliche, finalità altrimenti strettamente riservate alla realtà accademica, improntata per sua natura su parametri di innovazione, libertà sperimentale e apertura verso il nuovo non ancora codificato, comporta problemi sia di tipo burocratico e normativo, sia professionale umano, che meritano una analisi dettagliata.

Questi problemi – o meglio opportunità – si evidenziano ovviamente in modo ulteriore quando l'IRCCS accende una convenzione universitaria, coniugando pertanto la propria ricerca con quella accademica e importando l'ulteriore funzione della docenza e dell'insegnamento.

Comunque sia, una collaborazione tra i due mondi del Sistema Sanitario Nazionale e l'università necessita di una comprensione reciproca che non può prescindere da una 'alfabetizzazione professionale' normativa estesa al linguaggio e alle priorità che governano ciascuno di essi.

Negli IRCCS l'amministrazione ospedaliera deve, tenendo salve le sue prerogative, comprendere le finalità e le criticità operative di quella universitaria e viceversa, elemento imprescindibile per poter integrare l'azione diagnostico-terapeutica e assistenziale, svolta congiuntamente da personale clinico ospedaliero e universitario, con quella di ricerca, svolta sia dalla realtà ospedaliera che quella universitaria con linee autonome, e infine quella di docenza, imperniata sul personale universitario con un possibile coinvolgimento a latere di quello ospedaliero.

Questo deve poi replicarsi nella realtà cliniche anche sotto il profilo della governance dei singoli reparti, dove dirigenti medici di varia estrazione, ospedaliero o universitaria, devono poter svolgere proficuamente il loro ruolo nel rispetto delle diverse finalità e dei diversi ruoli.

Se il rapporto tra le diverse finalità delle componenti sanitarie mostra elementi di specificità che devono essere strutturati per permettere una collaborazione efficace, anche il rapporto tra le aree amministrative non è sempre facile, data soprattutto la diversa realtà di governo a cui si riferiscono sia gerarchicamente che normativamente. Se in effetti in origine gli IRCCS pubblici erano gestiti direttamente dal ministero della Sanità, con un rapporto a livello ministeriale tra Sanità e Istruzione, con la trasformazione in Fondazioni degli IRCCS e la evoluzione normativa che ha posto in capo alle Regioni il governo della sanità regionale, la struttura del governo delle stesse è profondamente mutato ponendo nuovi problemi e opportunità.

2. Il rapporto Convenzionale ospedale-università

2.1. Le diverse finalità

L'ospedale è il luogo dove l'arte medica si concretizza sotto il profilo delle azioni di diagnosi e cura. In esso operano medici e infermieri che hanno appreso tale arte con precisi percorsi di formazione regolamentati da specifiche leggi dello Stato. Dall'avvento del Sistema Sanitario Nazionale in poi negli ospedali accreditati la richiesta di certificazione della competenza professionale è stata ulteriormente aumentata, richiedendo ai medici non più solo la laurea e l'abilitazione statale all'esercizio della professione, ma la specializzazione corrispondente al ruolo che ricopre nella struttura ospedaliera. In ospedale il dipendente arriva pertanto pienamente formato. Le richieste di offerta formativa presenti negli ospedali sono ridotte alla formazione continua, e pertanto al mantenimento e aggiornamento delle capacità professionali del personale.

L'università invece è il luogo dove una persona acquisisce, tramite precisi percorsi didattici, la propria competenza professionale. Essa svolge questo suo compito didattico in concerto con strutture terze, ma la responsabilità del percorso didattico e della sua certificazione restano interamente affidate a lei. Tra questi due argomenti di didattica da una parte e diagnosi e cura dall'altra, l'Italia mostra un ordinamento più rigido di altri Paesi evoluti, come la Germania e gli Stati Uniti. Infatti da noi non solo la formazione abilitante, ma anche quella specialistica, più eminentemente pratica, è appannaggio esclusivo degli atenei, dove mostra una struttura di percorso didattico tipico della istruzione universitaria. L'università assolve poi a un secondo compito fondamentale, quello della ricerca.

Possiamo semplificare dicendo che la scoperta e la trasmissione delle conoscenze è campo d'azione delle università, la loro applicazione pratica degli ospedali. È immediatamente evidente che una tale divisione può avere ragione solo nel mondo delle idee e dei concetti generali, mostrandosi immediatamente difficile e poco realistica nella realtà della Medicina.

Sia per la ricerca che per l'insegnamento l'università necessita di avere accesso diretto al malato, alla persona bisognosa di cure. D'altra parte l'ospedale, proprio tramite il requisito di formazione continua, necessita di accesso a elementi di didattica. Inoltre, se è pur vero che la gran parte delle indagini scientifiche moderne si svolgono in ambiente di laboratorio, l'interfaccia con la clinica è sempre fondamentale.

I due percorsi di formazione delle nuove conoscenze con loro distribuzione ai nuovi professionisti e applicazione pratica sul paziente devono pertanto trovare una via convergente e collaborativa. È evidente che la richiesta di collaborazione tra università e ospedale sarà prevalentemente diretta verso ospedali di maggiori dimensioni e dotati di una ampia ed esaustiva gamma di specialità e completezza della domanda, al fine di poter fornire alla università tutto il supporto clinico di cui ha bisogno.

2.2. I diversi ruoli

Nella struttura convenzionata convivono due realtà occupazionali differenti. Da una parte il dipendente ospedaliero tipico, nelle sue varie articolazioni di supplente, incaricato e

titolare di rapporto di lavoro stabile di ruolo, assunto secondo le regole delle strutture ospedaliere regionali e sottoposto ai dettami disciplinari e retributivi del contratto nazionale di lavoro della sanità.

Dall'altra tutto il variegato mondo che popola gli atenei, dal personale docente di ruolo o incaricato a vario titolo, a quello tecnico, ai ricercatori e discenti di vario ordine e grado. Si passa dallo studente del corso di laurea al dottorato di ricerca, dal ricercatore al professore ordinario, con in mezzo una variegata paletta di rapporti lavorativi e di ricerca tipici delle realtà accademiche.

Il rapporto tra ospedale e università in genere è unidirezionale, con gli universitari e ospedalieri ospitati entrambi nella sede ospedaliera. Questa commistione di ruoli, diritti e doveri, esigenze e mentalità crea una indubbia difficoltà gestionale che necessita di *expertise di management* del tutto specifici e non paragonabile né alla normale gestione universitaria né tanto meno a quella ospedaliera tipica.

La semplice presenza di personale strutturalmente integrato nei processi produttivi ospedalieri, ma dipendenti da altra amministrazione e pertanto sottoposti alla potestà disciplinare ospedaliera solo in modo mediato, è evidente fonte di possibili problematiche.

La convenzione che regola il rapporto tra i due enti, e pertanto anche la gestione del personale, deve contenere tutti gli strumenti utili alla disamina dei problemi di gerarchia e gestione dell'ospedale anche in via mediata con il personale universitario. La conservazione della chiarezza delle linee gerarchiche costituisce un primo elemento di peculiarità di tale rapporto.

È poi regola affidare all'interno di queste convenzioni la direzione di alcuni reparti clinici a personale universitario, tradizionalmente a dei professori ordinari, che assumono la funzione primaria della struttura complessa ospedaliera. Questo porta a due problemi principali: la selezione delle specialità e delle UOC da destinare a questa clinicizzazione, e l'iter di affidamento dell'incarico di direzione. Restando l'operato del direttore strutturalmente inserito nella operatività ospedaliera svolta sotto la responsabilità della dirigenza della stessa, non è possibile lasciare all'università la piena facoltà di scelta della persona, ma deve essere individuato un percorso di concertazione che rispetti le responsabilità e i compiti di entrambe le parti in causa.

3. Alcuni spunti su problemi attuali per riflessioni future

Dopo queste riflessioni di inquadramento generale, del resto ben note nel panorama dei rapporti università-ospedale italiani, in cui questa forma di collaborazione è ampiamente diffusa, è bene esaminare alcuni punti irrisolti di particolare criticità che devono essere tenuti in considerazione del legislatore per trovare una opportuna, funzionale ed equa soluzione.

a. Il "rientro dei cervelli" e la necessità di omogeneizzare i requisiti di carriera

Argomento di sentita importanza è la possibilità per gli atenei italiani di reclutare i loro docenti e ricercatori a livello mondiale e non solo nazionale. L'autonomia accademica, la

sua indipendenza dalla struttura politico-organizzativa locale è caratteristica fondante del concetto di università e il reclutamento sia degli studenti che dei docenti avviene in tutto il mondo su scala internazionale. Le difficoltà sia economiche che organizzative delle nostre università negli anni passati hanno inoltre spinto molti ricercatori di pregio a cercare collocamento e opportunità presso istituti esteri, sia in Europa che negli Stati Uniti. Questi ricercatori in molti casi hanno raggiunto livelli di ampio e internazionale riconoscimento e inoltre la loro esperienza straniera, cresciuta in strutture rette da forme gestionali diverse dalle nostre, ha arricchito la loro esperienza organizzativa.

È più che naturale che si cerchi allora di erigere strumenti per favorire il ritorno di questi ricercatori presso le sedi universitarie nostre e in tal senso sono state emesse norme specifiche e giustamente il legislatore ha individuato forme normative che permettono l'integrazione nel nostro sistema accademico di questi esperti ricercatori.

Nell'ambito della medicina clinica emerge però un problema collaterale grave. A differenza del ricercatore puro del triennio preclinico, il medico coinvolto nel processo di diagnosi e cura, oltre che di ricerca e docenza, opera necessariamente all'interno di strutture ospedaliere che a loro volta sono unità pubbliche e private governate però sempre dalle regole del Sistema Sanitario Nazionale. Questa convergenza di normative amministrative e regole tra mondo universitario, più improntato alla libertà e autonomia discrezionale nella scelta dei docenti, e mondo sanitario, ormai pienamente inserito nel sistema di regole sempre più ristrette del Sistema Sanitario Nazionale, genera problemi che devono essere risolti.

La mancata omogeneizzazione delle carriere si riflette già da subito nei requisiti di accesso. Il docente universitario che aspira alla direzione di una "Unità Organizzativa Complessa" – il nome assegnato nel SSN ai reparti ospedalieri – deve, oltre a possedere i requisiti di docente, avere anche quelli di Direttore di "UOC". La cosa può apparire logica, ma se si prende atto che il requisito minimo di accesso è l'aver svolto attività di 'dirigente medic' per almeno sette anni in una struttura di diritto pubblico italiano (sono escluse dalla attuale lettura del D.lgs. 484 pure le strutture private accreditate non inserite nel circuito IRCCS), si capisce subito che questo fatto può diventare un ostacolo assoluto per un clinico che ha svolto la sua attività all'estero e non possiede pertanto alcun titolo di anzianità di servizio pubblica italiana. In sostanza la tendenza burocratica e innegabilmente ideologica di riconoscere in ambito pubblico solo i titoli pubblici, erigendo una solida barriera tra pubblico e privato, si dimostra incompatibile con la libera circolazione dei cervelli e il loro auspicabile rientro.

Se è vero che il ruolo di direttore di Unità Operativa Complessa convenzionato universitario accede al suo ruolo per nomina diretta e non per selezione ex D.lgs. 484, e pertanto i titoli di carriera sono irrilevanti sotto il profilo curricolare per l'ospedale, è anche vero che per le graduazioni inferiori essi acquisiscono un valore selettivo importante. Normalmente l'università concorda con l'ospedale l'inquadramento dei propri dipendenti convenzionati con funzione di dirigente medico nei vari livelli degli incarichi di posizione previsti dal contratto della sanità. Tali articolazioni che hanno valore sia curricolare che economico sono però regolate da trattativa sindacale decentrata e un grande divario non sostanziale ma formale, per mancata riconoscibilità, dei titoli tra universitario e ospedaliero può essere fonte se non già di contestazioni formali, di malessere all'interno del team lavorativo.

Si pone il problema generale del riconoscimento dei titoli di carriera in modo uniforme. Se per le attività svolte nel mondo pubblico italiano sono previsti precisi parametri di valutazione, già il lavoro in quello privato subisce una forte diminuzione, anche se svolto in cliniche accreditate e pertanto di qualità certificata dallo Stato attraverso la sua articolazione regionale. Se poi l'interessato giunge da una anche lunga carriera svolta all'estero, cioè al di fuori delle specifiche normativamente elencate, il problema diventa ancora più significativo.

b. L'intercambiabilità dei ruoli e delle carriere

Analogo problema si pone non solo al rientro dall'estero ma anche all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Uno degli elementi di maggiore interesse nelle ultime riforme universitarie è stato il recupero della possibilità, per anni mortificata, di creare rapporti trasversali tra le carriere dei medici ospedalieri e universitari. Spesso accade infatti, e questo vale soprattutto per gli IRCCS che hanno comunque una funzione di ricerca propria, che persone inserite nella carriera ospedaliera hanno potuto sviluppare interessi di ricerca con un bagaglio di pubblicazioni scientifiche di tutto rispetto, tanto da permettere loro a misurarsi nei concorsi universitari o, cosa per nulla eccezionale, suscitare l'interesse stesso dell'accademia per richiamare al suo interno persone di riconosciuto valore scientifico. Vediamo pertanto crescere il numero di medici che hanno svolto una significativa carriera nel mondo ospedaliero passare poi a una posizione universitaria, svolgendo la loro funzione di diagnosi e cura non più in dipendenza di ruolo ospedaliera ma convenzionale universitaria.

A questo punto emerge che, tenendo pedissequamente separate le carriere in ruolo pubblico dei medici ospedalieri e quelli universitari, si crea la singolare anomalia che nel momento che un clinico passa dall'uno all'altro ruolo, esso perde i benefici della sua anzianità di servizio in ambito retributivo e delle indennità derivate. In sostanza un primario di buona anzianità di servizio e pertanto gratificato da strumenti accessori stipendiali significativi come previsto dal suo contratto di lavoro, che da ospedaliero passa al ruolo universitario (o viceversa), perde tali indennità dovendo in sostanza iniziare un nuovo percorso di carriera alla stregua di un neoassunto.

c. Distribuzione del carico di lavoro e debito orario

Altro argomento a lungo dibattuto è costituito dalla distribuzione del carico di lavoro tra l'attività assistenziale e quella di didattica e di ricerca. Agli albori della collaborazione tra università e ospedale la maggiore semplicità dei rapporti di lavoro e la minore ricchezza della articolazione professionale in temi e livelli molto più complessi come quelli odierni non ha fatto emergere il problema. Oggi esso è però una costante di discussioni sia sui tavoli sindacali che nella organizzazione dei servizi di diagnosi e cura, come di quelli di ricerca e didattica. Non è certo questo il luogo dove poter affrontare il problema in dettaglio, che trova più giusta collocazione nell'ambito della contrattazione nazionale del contratto di lavoro, ma è possibile dare alcuni suggerimenti.

Il dirigente medico e il docente universitario sono entrambi soggetti considerati appartenenti alla fascia dirigenziale, e come tale il loro lavoro è sottoposto più alla assegnazione di obiettivi e la successiva verifica dei risultati, che retta dal mero controllo orario di presenza, più tipico delle fasce lavorative non dirigenziali. Superare pertanto il concetto del monte orario e considerare l'attività del dirigente come assegnazione di obiettivi da parte della direzione del reparto in prima istanza e della direzione strategica ospedaliera e universitaria – tramite lo strumento convenzionale – in generale, potrebbe spostare il problema da una discussione periferica tra singole persone a un livello più alto, quello della convenzione stessa tra università e ospedale, lasciando in tal modo ampia libertà a soluzioni più dinamiche e meno ragionieristiche. Sarà la Direzione del reparto a destinare più o meno tempo delle singole risorse umane ai singoli progetti, siano essi di ricerca, di diagnosi o di cura, con una maggiore compenetrazione delle competenze e delle funzioni tra i vari collaboratori del reparto. In tal modo sarebbe possibile favorire anche una maggiore integrazione tra i professionisti nelle realtà clinicizzate, come specificamente espresse dagli IRCCS, a tutto vantaggio del fondamentale concetto della partecipazione a pieno titolo delle risorse umane IRCCS al progetto generale della ricerca, tipico e caratterizzante di tale Istituto.

La ricerca spasmodica attuale di regolamentare tutto e tutti fino nel dettaglio più infimo, derivata da una strutturale malfidenza nei confronti dell'operato della dirigenza sotto il profilo della equità e imparzialità, se da una parte può trovare alimento in casi isolati spesso anche troppo sottolineati dalla stampa, dall'altra porta a una ingessatura progressiva del sistema che finisce a impedirne il funzionamento. La regola base che prevede di dividere il carico lavorativo dell'universitario convenzionato in metà debito orario a fini di diagnosi e cura, cioè ritenuti ospedalieri, e metà a fini di didattica e ricerca, cioè universitari, porta in sé un errore basilare che la rende improduttiva. Infatti se è vero che il lavoro del medico è una attività dirigenziale professionale giudicabile per il risultato, già il semplice pensiero di volerla regolamentare in base a un 'debito orario', strumento di ben diversa fascia di lavoratori, è una contraddizione. Inoltre se anche questa visione riduzionista del ruolo medico fosse applicabile, come è possibile calcolare correttamente l'ora dedicata alla ricerca o alla didattica rispetto a quella di ascolto del paziente e della sua cura? È ovvio che un siffatto sistema è troppo fortemente influenzato da una visione del lavoro medico in analogia al lavoro dell'operaio o del dipendente non dirigente, non recependo di fatto il concetto di autonomia professionale e di responsabilità che invece prevede sia la normativa contrattuale che soprattutto il codice penale, che vede nel medico dipendente un professionista a tutti gli effetti.

Se infatti nel vecchio ordinamento la responsabilità dell'assistente era ben diversa da quella dell'aiuto ed entrambe chiaramente distinte da quella del primario, che aveva autorità d'ordine su tutto il reparto, l'attuale rapporto di lavoro che prevede un solo ruolo unico di 'dirigente medico', articolato per la sola responsabilità organizzativa – e non quella diagnostica e di cura – non può che rendere pienamente responsabile il singolo medico del proprio operato clinico.

In tal modo è evidente la traslazione da rapporto subalterno basato sul debito orario, a rapporto contrattuale basato sul risultato del lavoro, e la riconduzione dell'attività al

mero dato orario diventa un assurdo normativo. Il problema della distribuzione dell'orario emerge in tal modo come falso problema: se infatti riteniamo le "timbrature" del medico non come debito orario, ma solo come accertamento della presenza minima contrattuale, anche la distribuzione della stessa presenza sulle varie attività da problema strutturale normativamente regolamentabile rientra nella potestà organizzativa del responsabile del reparto, o "Unità Organizzativa Complessa" come oggi si preferisce dire.

Questa visione risolverebbe anche un secondo problema: quello della destinazione di parte dell'attività lavorativa del medico dipendente alla ricerca negli IRCCS, anche in Unità Operative non clinicizzate, come vedremo nel prossimo punto.

d. Posizione specifica degli IRCCS tra ospedale e università

Infine è utile esaminare il concetto delle finalità proprie di ricerca degli IRCCS. Siamo abituati a vedere concentrati sull'università tutti gli interessi didattici e di ricerca, assegnando all'ospedale quelli di diagnosi, cura e assistenza. Se questo è vero nel panorama generale italiano, gli IRCCS costituiscono una importante eccezione. Eccezione che del resto ci riporta più vicini alle realtà più importanti estere come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra e la Francia. In questi Paesi infatti la ricerca trova pieno diritto di cittadinanza negli Ospedali anche non universitari e persino la formazione specialistica è a pieno titolo inserita nella realtà operativa ospedaliera, ove da noi resta ancora monopolio accademico.

Comunque anche da noi, se è vero che la didattica resta tipicamente universitaria, troppo spesso si tende a dimenticare che gli IRCCS hanno finalità di ricerca proprie, che non derivano obbligatoriamente da una legittimazione universitaria, ma traggono la loro ragione dallo statuto stesso dell'Istituto, in quanto riconosciuto a livello nazionale come avente carattere sia di ricerca che di cura.

Questo comporta che gli IRCCS possono partecipare a pieno titolo agli assi di finanziamento della ricerca, come bandi pubblici, incarichi di ricerca privati e atti di liberalità privati, dotandosi al loro interno di personale dedicato per intero alla ricerca, o riconoscere ore lavoro del proprio personale a questa finalità. La interpretazione prettamente ospedaliera che vede elementi di illegittimità contabile nella costituzione di rapporti di lavoro finalizzati alla ricerca, come le borse di studio, o utilizzo parziale del personale di ruolo a tali fini, contraddice i concetti stessi della *mission* aziendale degli IRCCS e necessita pertanto di un definitivo chiarimento da parte delle autorità preposte.

La possibilità istituzionalmente riconosciuta agli IRCCS di destinare risorse oltre alla cura dei malati anche alla ricerca è del resto non solo una facoltà, ma un obbligo, prevedendo la normativa vigente la perdita della qualifica di IRCCS nel caso in cui tale attività scientifica non portasse a risultati ritenuti significativi durante le ispezioni ministeriali.

Molti IRCCS accendono rapporti convenzionali con le università, al fine di meglio incardinare e realizzare le proprie finalità di ricerca, ma resta il fatto che per questi istituti la ricerca è parte integrante della loro *mission* aziendale, e non elemento esterno che arricchisce la propria funzione in virtù del rapporto con l'università. In poche parole, anche in assenza di tale convenzione, un IRCCS deve comunque destinare parte della propria

attività e parte delle proprie risorse alla ricerca, istituendo rapporti di lavoro, acquisendo materiali e destinando spazi opportuni.

La crescente rigidità normativa del Sistema Sanitario Nazionale, nel quale sono immersi tali Istituti, e la sempre più ridotta autonomia gestionale delle strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale, ha portato alcune amministrazioni a interpretare le regole di sistema nel senso di negare l'attività didattica e di ricerca come incardinate nella funzione propria, riconoscendole solo ed esclusivamente nell'ambito del rapporto convenzionale universitario. Questo, lungi dall'essere mero esercizio teorico, ha portato nella pratica alla cancellazione di molte borse di studio ospedaliere negli IRCCS, con la scusa che l'attività svolta non era delimitabile con certezza alla sola ricerca, ma prevedeva anche contatti con il malato/paziente.

Essendo in medicina il percorso scientifico inscindibile da quello clinico, una tale impostazione lascia molte perplessità. È ovvio che voler ridurre l'operato del ricercatore al solo laboratorio o alla sola biblioteca, privandolo del rapporto clinico, denota scarsa conoscenza della realtà pratica dell'arte medica.

È evidente pertanto che è necessario che lo Stato completi la normativa degli IRCCS con precise indicazioni che chiariscano in modo incontrastabile e chiaro la possibilità, anzi, la necessità, di questi Istituti di destinare parte dei loro fondi propri, derivati dall'attività clinica come da altre fonti destinati alla diagnosi, cura, ricerca e didattica, alla attività di ricerca, riconoscendole a tutti gli effetti dignità di finalità istituzionale.

e. Il problema della formazione degli specializzandi

Da quanto detto sopra si passa facilmente e intuitivamente a un ulteriore pesante problema, non risolvibile certamente nelle strutture convenzionali ma di interesse nazionale, e precisamente quello dell'inquadramento degli specializzandi nel tessuto ospedaliero. Se da una parte la normativa del Sistema Sanitario Nazionale prevede la presenza unicamente di medici dotati di diploma di specializzazione in una delle branche previste dai Decreti Ministeriali del 30 e del 31 gennaio 1998, la regolamentazione delle Scuole di Specialità prevede l'acquisizione di esperienza pratica in ambiente ospedaliero da parte dei medici iscritti.

La organizzazione tipicamente italiana, che prevede che il corso di specializzazione sia strutturato fondamentalmente in modo analogo a quello dello studente universitario, affidando alle sole Accademie la formazione dei nuovi medici specialisti, crea in tal modo un problema finora irrisolto e di significativa gravità.

In sostanza in origine un medico laureato e abilitato a tutti gli effetti alla professione, ma non ancora specialista, poteva accedere al lavoro ospedaliero nella forma dell'inquadramento come 'assistente'. La specializzazione gli concedeva la abilitazione al ruolo di aiuto, potendo egli così partecipare ai concorsi a tale ruolo.

Con la trasformazione dei tre gradi di ruolo dei medici di assistente, aiuto e primario nel ruolo unico di 'dirigente medico' e la scomparsa dal nostro ordinamento del ruolo di assistente e la trasformazione di quello di primario in posizione funzionale di 'direttore di unità organizzativa complessa' a nomina quinquennale, di fatto è scomparsa l'accesso al

ruolo ospedaliero della figura del medico non specializzato. Tale funzione permetteva la formazione accademica presso l'università e la contemporanea attività pratica presso un ospedale, non è stata sostituita a tutt'oggi da nulla.

Da questo deriva che il medico specializzando, da una parte sottoposto al requisito di acquisizione di esperienza pratica clinica dalla legge, dall'altra non può eseguire di fatto alcuna attività presso gli ospedali, pena il rischio da parte degli stesso di una sanzione da parte delle Unità Sanitarie Locali (anche dette ASL prima e ora ATS in Lombardia) per inosservanza dei requisiti di accreditamento.

Sono stati molteplici i tentativi di risolvere con soluzione *do it yourself* del problema, ma nessuna di queste può essere veramente soddisfacente, mancando il substrato normativo che la sorregge.

È pertanto necessario arrivare il più presto possibile, pena il rischio di vedere invalidati i percorsi formativi di specializzazione italiani a livello europeo, a una regolamentazione *ad hoc*, che permetta in modo regolato e protetto da normativa chiara al medico in formazione specialistica di operare a pieno titolo negli ospedali del Sistema Sanitario Nazionale, possibilmente in forma di convenzione con le Scuole di Specializzazione universitarie. In sostanza si tratta di ripristinare la funzione prima ricoperta dal medico assistente nella fattispecie del medico in formazione. È evidente, trattandosi di percorso abilitante di valore non solo nazionale ma europeo, che tale bisogno normativo non può essere scaricato sulle Regioni, come gestori decentrati del Sistema Sanitario Nazionale, ma deve trovare concretizzazione in una normativa nazionale.

4. Riflessione finale

In conclusione possiamo dire che è necessario che la dinamica dei rapporti tra ospedale di cura del Sistema Sanitario Nazionale e università venga fatta oggetto di attenta analisi a livello di sistema nazionale, soprattutto al fine di contrastare la prevalenza del formalismo contabile e gestionale SSN sugli aspetti per loro natura necessariamente universalistici e aperti alla sperimentazione operativa e gestionale della didattica e della ricerca. L'accesso alla ricerca, la libertà di cooptazione di personale di alta specializzazione al di fuori dei stretti regimi imposti dei concorsi pubblici, l'apertura trasversale delle carriere e la possibilità di accedere e utilizzare finanziamenti in modo dinamico sono elementi che devono diventare accessibili anche alle strutture cliniche e soprattutto a quelle strutture che per precisa decisione ministeriale sono state classificate come Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, in piena e fruttuosa analogia alle istituzioni universitarie. Questi Istituti costituiscono la punta più moderna, avanzata e illuminata della integrazione necessaria e irrinunciabile tra accademia e funzione di cura. Non possiamo permetterci che tale patrimonio, lasciato di riflessioni singolarmente illuminate della politica del tempo, venga eroso e nullificato da una omogeneizzazione amministrativa con realtà ospedaliere di pura vocazione erogativa.