

Approfondimento “Università formazione e sanità”

BREVI CENNI SUL SISTEMA DEI RAPPORTI TRA SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE/ REGIONALE, FORMAZIONE ED UNIVERSITÀ

- I rapporti Università – Sanità sorgono dalla necessità che le attività didattiche e le attività di ricerca, finalità proprie dei Dipartimenti di Medicina e Chirurgia, incontrino le attività assistenziali, che costituiscono le finalità proprie degli Ospedali, affinché la didattica medica e la ricerca biomedica siano efficaci e possano di conseguenza superare il vaglio di meritevolezza scientifica in presenza del malato e dei luoghi di assistenza.

1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- Il principio di “collegamento” Università-Sanità è stato introdotto fin dalla legge 17.07.1890 n. 6972 istitutiva delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (I.P.A.B.)

L'art. 98 della legge 17.07.1890, n. 6972 prescriveva l'obbligo per le Strutture Ospedaliere, collocate in territori ove insistevano sedi Universitarie con le Facoltà di Medicina e Chirurgia, di mettere a disposizione strutture, malati e cadaveri. Le Università avevano l'obbligo di corrispondere a favore delle strutture Ospedaliere i maggiori costi indotti dallo svolgimento delle attività Universitarie. La legge era rispettosa dell'*autonomia* delle Strutture Ospedaliere poiché non prevedeva alcuna interferenza dell'Università nel normale esercizio *organizzativo ed assistenziale* degli Ospedali. Il legislatore aveva individuato nella “convenzione” lo strumento amministrativo per regolare il rapporto Università - Sanità.

- Successivamente il R.D. 31.08.1933, n. 1592 artt. 27-35, ha trasformato le strutture indicate in “Ospedali Clinici” con duplice modello organizzativo:

a. Trasformazione parziale (un reparto),
b. Trasformazione totale (intero complesso interessato).
Solo nell'ipotesi *sub b)*, il personale Universitario entrava a far parte dell'organizzazione ospedaliera. Questi Ospedali clinici dipendevano dai Ministeri della Sanità (all'epoca Ministero dell'Interno) e dell'Università. La direzione era ex-lege affidata a personale Universitario. Il tutto era regolato con “*accordi di natura convenzionale*”.

- Con Legge 12.02.1968, n. 132 e con i successivi decreti delegati D.P.R. 27.02.1969 n. 128, 129 e 130 sono stati riformati Enti ed Assistenza Ospedaliera.

Anche questi provvedimenti normativi hanno confermato “*la convenzione*” quale strumento amministrativo per la disciplina del rapporto Università (didattica – ricerca) e Ospedale (assistenza).

Questa legge ha disciplinato l'attività assistenziale esercitata dalle strutture Ospedaliere – Universitarie, ha garantito l'autonomia dell'ordinamento universitario, peraltro costituzionalmente garantita, ed ha stabilito che

l'ordinamento interno di cliniche ed istituti Universitari dovesse essere adeguato all'ordinamento interno degli Ospedali ed avere analoga organizzazione.

- Il D.M. 24.06.1971 ha dato poi un preciso assetto agli interessi delle due istituzioni pubbliche con la creazione di strutture composite (Università-Ospedale) ed è rilevante ai fini della nostra indagine perché ha previsto la possibilità per le Università di utilizzare il potenziale didattico e di ricerca dell'Ente Ospedaliero sulla base di specifici accordi.

- Con legge 23.12.1978, n. 833 è stato attuato il mutamento di maggior rilievo per la Sanità.

Infatti, l'art. 39 della legge 833/1978 prescrive che :

“Fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Al fine di realizzare un “idoneo coordinamento” delle rispettive funzioni istituzionali, le regioni e l'università stipulano “convenzioni” per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca della università

Tali convenzioni una volta definite fanno parte dei piani sanitari regionali di cui al terzo comma dell'articolo 11.

L'art. 39 della legge 833/1978 ha riconfermato la centralità del “meccanismo convenzionale” quale strumento pattizio idoneo a disciplinare il collegamento Università-Ospedale.

Questo significa che l'Università era considerata ancora struttura esterna, estranea al SSN in senso stretto, non gestita dal SSN.

Nel sistema convenzionale ex Legge 833/1978 si potevano distinguere due modelli:

a.) complesso misto gestito dall'USL

b.) il policlinico a gestione diretta Universitaria

La normativa prevedeva per il primo modello un doppio livello di rapporti convenzione Regione-Università e singolo accordo locale Università – Struttura Sanitaria.

Per il secondo prevedeva solo il livello convenzionale regionale con valenza programmatica e operativa.

Nonostante ciò a fine anni '80 il modello di integrazione non era decollato.

Sullo specifico versante della “**Formazione**” veniva configurandosi una cornice di riferimento estremamente stimolante:

1) La **Tabella XVIII** rappresentava il **nuovo ordinamento universitario** ed un momento di articolazione fra le varie istituzioni; in questa ottica l'assistenza diventava supporto indispensabile per una corretta ricerca e per un insegnamento moderno della medicina.

L'insegnamento universitario della medicina nonché la formazione generale del medico e del personale nel quadro della formazione professionale permanente richiedevano una complessa attività didattica ed una efficace programmazione.

2) La **Riforma delle Scuole di formazione specialistica medica** già avviata con un primo intervento legislativo rappresentato dal DPR 10.3.1982 n.162 trova ulteriore sviluppo con il **D.L.vo 08.08.1991 n. 257** che ha introdotto nuovi criteri nella formazione specialistica, ovvero:

- *la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio di cui fanno parte le strutture nelle quali la formazione specialistica si realizza, ivi comprese le guardie e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la assunzione dei compiti assistenziali, in modo che il medico in formazione specialistica dedichi alla formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionalizzante per l'intero anno (art. 4);*
- *un impegno almeno pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno (art. 4);*
- la pertinenza, ovvero il rapporto esistente tra competenze dello specialista e il bisogno di salute della popolazione è la qualità più importante del piano di formazione specialistica,
- il nuovo ordinamento delle scuole di formazione specialistica, dinanzi alla necessità di un profilo professionale moderno dello specialista che non può prescindere dalla capacità di possedere un adeguato livello di performance, favorisce la verifica dell'attività dello specializzando sia in termini di autovalutazione sia da parte di un più ampio pool di professionalità che inevitabilmente, a vari gradi, intervengono e collaborano alla formazione stessa.

Il D.L.vo 08.08.1991 n. 257 sarà poi rinnovato dal D.L.vo 17.08.1999 n. 368 che ha trasformato il rapporto del medico specializzando da borsista in contrattista in formazione lavoro.

Si dà atto che proprio recentemente con D.M. 04 febbraio 2015 n. 68 sono stati disciplinati i nuovi ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione.

3) In questa ottica viene ad inserirsi il **D.Lvo 30 dicembre 1992 n. 502**, che ha avviato il c.d. processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie. In particolare, si riporta l'art. 6 del decreto che prescrive:

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali.

3. A norma dell'art. 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario e' affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Appare evidente l'orientamento secondo cui non è più solo il medico universitario tenuto a prestare servizio ai fini assistenziali, didattici e di ricerca ma, anche al medico ospedaliero competono funzioni e prerogative, che superano la sia pur complessa attività assistenziale, per completarsi in attività didattiche e di ricerca.

Inoltre, non è più solo la formazione medica ad orientare alla concreta integrazione Università/SSN in quanto anche la formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero in altre strutture del Servizio Sanitario.

I protocolli di intesa tra Regione ed Università dovevano rappresentare una occasione irrinunciabile per la corretta integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Indubbiamente il legislatore si è impegnato nel dettare una disciplina organica e dettagliata dei rapporti fra Università e Servizio Sanitario con riguardo a tutti gli ambiti della collaborazione, e cioè: organizzazione, finanziamenti, personale, assistenza sanitaria, didattica e ricerca prevedendo formule e soluzioni omogenee ed uniformi e preferendo strumenti di natura consensuale (intese, protocolli, accordi) ma forse si è ancora sottovalutata la distanza fra due mondi, universitario e ospedaliero, dovuta non solo all'autonomia delle istituzioni coinvolte, per una di esse sancita a livello costituzionale, ma soprattutto alla volontà di fare prevalere gli interessi di uno rispetto a quelli dell'altro.

Si arriva così alla fine degli anni 90 con una nuova disciplina giuridica rappresentata da

• **D.L.vo n. 21.12.1999 n. 517 che disciplina i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e Università.**

I punti cardine nel “517” sono così riassumibili:

- Partecipazione delle Università alla programmazione Sanitaria Regionale;
- Finanziamento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- Criteri e parametri di attività;
- Personale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- Organizzazione interna delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- Criteri per l’adozione dell’atto aziendale e di rilevanti atti di gestione;
- Collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e degli operatori del Servizio Sanitario;
- Compartecipazione delle Regioni e delle Università ai risultati di gestione delle aziende.

Il D.L.vo 517/1999 ha introdotto, il modello della Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata e caratterizzando le Aziende Ospedaliero-Universitarie rispetto alle Aziende Ospedaliere per:

- mission più complessa: assistenza integrata con didattica e ricerca;
- organizzazione più complessa : i principali atti sono adottati dal Direttore generale d’intesa con il Rettore, a partire dall’atto aziendale;
- cogestione regione-università in grado di garantire l’armonico raggiungimento degli obiettivi aziendali, anche attraverso un organo collegiale di indirizzo, nel quale i due enti sono rappresentati nella funzione “unitaria” di pianificazione e controllo.

Per conseguire simili finalità il D.L.vo 517 individua il “protocollo d’intesa” Regione-Università come lo strumento principe che deve definire le modalità di integrazione della triplice missione aziendale, ribadendo ancora una volta l’opzione per un modulo organizzativo a carattere convenzionale.

La concreta ed omogenea attuazione del 517 è demandata ad atti di indirizzo e coordinamento, il principale dei quali è il DPCM del 24 maggio 2001, le “Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni ed università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale”.

- Il **DPCM 24 maggio 2001** approva le **linee guida** atte a:
 - promuovere e disciplinare l’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca,
 - informare i rapporti tra Servizio Sanitario ed Università ispirati al principio della leale collaborazione, definire le linee della

partecipazione universitaria alla programmazione sanitaria regionale

- definire le maggiorazioni di remunerazione delle prestazioni,
- indicare i parametri per la individuazione delle strutture complesse funzionali alle esigenze dell’Università, tenendo conto delle funzioni di supporto ai corsi di diploma e formazione specialistica e di formazione del personale sanitario, tecnico e della riabilitazione, definendo anche il volume ottimale di attività funzionale alle attività didattiche.

Con questa ultima legislazione vengono di fatto superati i precedenti diversi modelli aziendali (aziende universitarie, aziende miste ecc.) ed individuata una nuova tipologia di azienda, che si caratterizza per una missione più complessa, giacché deve raggiungere sia obiettivi assistenziali, che assicurare compiti istituzionali della università.

Dal “collegamento-collaborazione” e dalla “inscindibilità” tra assistenza, didattica e ricerca si passa alla “integrazione” tra queste funzioni sulla base dei principi e delle modalità proprie dell’attività assistenziale del Servizio Sanitario. Non più giustapposizione tra Servizio Sanitario e Università, ma piena integrazione.

Si precisa che in Lombardia non esistono AOU ma sono costituite solo Aziende Ospedaliere-Poli Universitari. La Regione Lombardia ha deciso di Uniformare le proprie Aziende alle AOU definendo, tramite Legge Regionale 6 Agosto 2009 n.15, un Organo che assuma le funzioni dell’Organo di Indirizzo, ossia in Comitato di Indirizzo e Coordinamento.

Il **D.Lgs.09.11.2007 n. 206** ha dettato specifiche **norme in materia di formazione e di riconoscimento dei titoli relativi alle professioni sanitarie** nel quadro della disciplina concernente il riconoscimento delle qualifiche professionali acquisite in uno o più Stati membri dell’Unione europea ai fini dell’esercizio in Italia delle relative attività professionali..

Successivamente è intervenuta la legge 24.12.2010, n. 240 ed in particolare l’**articolo 6, comma 13**, che prevede che il Ministero Istruzione Università e Ricerca, di concerto con il Ministero della salute, d’intesa con la Conferenza Stato-regioni, sentita la Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia, predisponga lo schema-tipo delle convenzioni al quale devono attenersi le Università e le Regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del SSN. La schema-tipo deve essere predisposto con riguardo alle strutture cliniche e di ricerca traslazionale (trasformazione di scoperte fondamentali in applicazioni cliniche) necessarie per la formazione nei corsi di laurea di area sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

In ultimo, nel rispetto della norma della legge 240/2010, è stato **predisposto lo schema di decreto** volto a definire i rapporti tra Università e Regioni in materia di attività integrate di didattica, ricerca e assistenza. In particolare, sono state individuate:

- le modalità di partecipazione dell’Università alla programmazione sanitaria regionale;

- l'aspetto organizzativo, la programmazione, la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende ospedaliere universitarie;
- le modalità con cui le Università e le Regioni concorrono al finanziamento delle attività svolte nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate;
- le modalità di integrazione tra attività didattiche-formative e di ricerca dell'università e attività assistenziale della regione, che si esplicano nelle cliniche ospedaliere universitarie, nonché in altri presidi del Servizio Sanitario;

- la regolamentazione dei rapporti tra personale ospedaliero e universitario.

Lo schema di decreto è stato inviato all'esame del coordinamento tecnico della Commissione salute della Conferenza Stato-regioni fin dal 9 agosto 2012. Attualmente non si conosce lo stato di sviluppo del documento.

Alla normativa nazionale fa da cornice la Legge Regionale 30 dicembre 2009 n.33 artt. 28-36 concernente il T.U. delle leggi regionali in materia di Sanità.

2. PROPOSTA DI LEGGE MARONI

In questo quadro si inserisce la nuova proposta di legge in discussione presso la Regione Lombardia

L'art.2 della proposta di Legge di riforma prevede, tra i principi generali:

- la valorizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie;
- il sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione anche attraverso la promozione della formazione continua degli operatori della filiera sociosanitaria che rappresentano l'asse portante del servizio socio sanitario lombardo;

Prevede, inoltre, la promozione Regionale relativamente alla cooperazione tra ASSL, AISA e FRRB (Fondazione regionale per la ricerca biomedica).

L'art.5 della proposta prevede la costituzione di un Osservatorio Socio-Sanitario Lombardo, presieduto dal Presidente della Regione e con la partecipazione dell'Assessore alla Salute e alle Politiche Sociali e del Presidente della Commissione Consiliare Sanità e rappresentativo di tutte le professioni e le realtà Socio-Sanitarie Lombarde. All'Osservatorio è assegnato il compito di esprimere un parere consultivo in ordine all'adozione del Piano Socio-Sanitario Lombardo.

Di rilievo ai fini della individuazione e regolamentazione delle attività dei professionisti coinvolti nel processo di organizzazione delle cure primarie è la previsione contenuta **nell'art.9** del coordinatore del team MMG, dell'infermiere di famiglia e del Case Manager quale laureato magistrale delle professioni sanitarie.

L'art.11 della proposta prevede il compito a carico della Giunta Regionale di individuare e riconoscere una "Rete di Strutture Specialistiche" con caratteristiche multidisciplinari e ad alta complessità chirurgica e medica "per lo sviluppo integrato dell'assistenza, dell'innovazione, della ricerca, della didattica e dell'aggiornamento continuo dei professionisti".

A tali strutture è conferito il ruolo di riferimento per la formazione dei professionisti e per lo sviluppo degli indirizzi regionali relativi alla ricerca clinica e traslazionale, di sperimentazione e di modelli assistenziali. E' previsto un impegno a finanziare dette strutture in virtù della duplice funzione che dovranno svolgere, ovvero assistenza - ricerca e formazione - aggiornamento continuo.

E' ribadito il sostegno della Regione per progetti di ricerca e sperimentazioni, ed il coordinamento per la

condivisione dei risultati clinici e scientifici anche attraverso la creazione di apposite piattaforme tecnologiche, per le quali si prevedono delle priorità di investimento.

L'articolo chiude con la previsione di una Fondazione regionale di ricerca biomedica con il compito di coordinare e sviluppare linee di ricerca.

L'art.14 della proposta prevede l'istituzione di una Agenzia di Promozione del Sistema Socio-Sanitario e la destinazione di adeguate risorse a sostegno dell'innovazione e della ricerca quale garanzia per lo sviluppo del sistema socio-sanitario.

Funzione primaria di detta Agenzia sembra essere l'informazione e la comunicazione delle performance sanitarie delle principali strutture specialistiche per sostenere l'attrattività e la produzione di prestazioni al di fuori del sistema.

La Regione si impegna ad organizzare lo Show Room dei Sistemi Socio Sanitari, veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazionali, logistiche e organizzative.

L'Agenzia ha poi il compito di istituire l'Osservatorio delle Best Practices cliniche per garantire le migliori performance di cura per la competizione nel *mercato sanitario mondiale*.

L'art.14 chiude con la previsione di una destinazione di fondi al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento della rete tecnologica coordinata dalla Fondazione per la ricerca biomedica.

L'art.18 della prima bozza prevedeva l'emanazione del contratto di lavoro lombardo da parte della Giunta regionale sentite le associazioni di categoria delle Professioni socio-sanitarie.

L'art.18 soprariportato sembra sostituito dall'art.18 dell'emendamento che prescrive:

Art.18 - Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie.

La Regione promuove e valorizza le professioni sanitarie, assicura l'aggiornamento professionale in stretta sinergia con le Università.

La Regione promuove inoltre la formazione e la riqualificazione professionale nella prospettiva di sviluppo di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.

L'art.22 della proposta prevede la creazione del Sistema Assicurativo Lombardo per la gestione del rischio professionale con facoltà per tutti i professionisti afferenti al sistema socio-sanitario di aderire.

Il sistema dovrebbe essere gestito direttamente dall'Assessorato alla Salute e Politiche sociali.

La regione approva i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali da utilizzare come linee guida del sistema socio-sanitario che determinano i criteri per la copertura assicurativa, gestione sinistri, riduzione del contenzioso e superamento della c.d. medicina difensiva.

L'art.28 costituisce il nucleo centrale della proposta relativamente ai rapporti Università-Sanità. La norma prevede lo strumento dell'Intesa tra "Giunta Regionale" ed "Università" per la definizione e l'implementazione della c.d. Rete regionale dell'Assistenza, della Formazione e della Ricerca. Funzione di detta "Intesa" è quella di progettare ed erogare "percorsi formativi" in ambito assistenziale specialistico ed in ambito territoriale, con un maggiore orientamento alla cura delle cronicità. Gli obiettivi dichiarati sono:

- l'implementazione del Sistema Socio-Sanitario e l'attuazione del Piano Socio-Sanitario;
- la garanzia dell'inscindibilità delle funzioni di Assistenza, Didattica e Ricerca;
- la partecipazione delle Università alla Programmazione Sanitaria Lombarda, con il tavolo permanente di confronto.

La rete regionale dell'assistenza della formazione e della ricerca è costituita da:

- Poli universitari, ovvero strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto e dotate di idonee strutture, organizzazione e strumenti per garantire l'attivazione di corsi di studio integrali;
- Strutture di riferimento specialistico;
- Ospedali e strutture territoriali collegate, non comprese nei poli universitari ma coinvolte nella rete della formazione e della ricerca.

La norma prevede per le Strutture del Servizio Sanitario Lombardo in cui è erogata attività formativa collegata con l'assistenza la definizione di "Ospedali d'Insegnamento".

La norma ribadisce, all'art.28 comma 4, la stipula di un "Protocollo generale d'Intesa" tra Regione e le Università per la disciplina dei rapporti tra i Dipartimenti di Medicina collegate alle strutture sopraindicate.

A tal fine, è prevista una "Commissione paritetica" costituita da Rettori, Direttori Generali delle Aziende e Rappresentanti della Regione per:

- Condividere gli atti di programmazione;
- Proporre il protocollo all'interno del quale devono essere previste le procedure per

- l'affidamento degli incarichi di direzione delle unità operative da parte dei docenti universitari;
- Indicare le condizioni per il finanziamento da parte delle strutture (sanitarie?) dei posti di ricercatore, professore associato e/o professore ordinario, previa autorizzazione della giunta;
- Determinare il fabbisogno dei medici sia in ambito specialistico sia in ambito territoriale;
- Individuare le priorità per il finanziamento dei borse (contratti?) di specializzazione;
- Individuare i gradi di progressivo livello di autonomia del personale in formazione, anche ai fini della determinazione del fabbisogno del personale;
- Valutare i progetti di collaborazione tra Università, IRCCS e Aziende.

L'attuazione del protocollo di intesa è demandata ad accordi convenzionali stipulati tra singola Università ed singola Struttura Sanitaria rientrante nella rete formativa, in base a schemi concordati tra Regione ed Università.

E' prevista inoltre la ridefinizione della rete formativa dell'area di Medicina Generale.

La proposta prevede incentivi alla formazione degli Operatori Sanitari per i quali non è prevista una specializzazione accademica attraverso specifici istituti di formazione ivi compresa "la Scuola per Medici di Medicina Generale".

Si ribadisce la collaborazione di tutti gli Operatori del Sistema Socio-Sanitario Regionale con le Università e gli altri Istituti di formazione per la realizzazione della didattica e della ricerca applicata.

Si prevede infine un Osservatorio Regionale delle Professioni Sociosanitarie collocato presso l'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, con la rappresentanza di tutti gli Atenei, per verificare la corretta applicazione delle convenzioni Regione, Università ed altri Istituti per la definizione dei fabbisogni formativi.

Nei Poli Universitari, Università e Struttura Sanitaria, devono impegnarsi a individuare modalità di programmazione congiunta attraverso l'Organo di Programmazione Congiunta di cui devono fare parte Rettore, Preside, Direttore Generale per l'Università e Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo per l'Azienda.

Infine si ribadisce l'impegno degli specialisti Ospedalieri alla formazione didattica di base e specialistica



3. CONSIDERAZIONI DEL GRUPPO DI LAVORO

L'analisi della proposta di legge di riforma relativa alla disciplina dei rapporti Università-Sanità appare, ad una prima valutazione, strettamente aderente all'attuale normativa nazionale di riferimento ovvero allo schema descritto nel D.Lgs.21.12.1999 n.517 ed al successivo D.P.C.M. 24.5.2001.

- La proposta di Legge Maroni prevede la novità di una riserva di competenza a favore della Giunta Regionale che, d'intesa con le Università Lombarde, definisce ed implementa una Rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca con la finalità di assicurare adeguati percorsi formativi in ambito assistenziale specialistico e territoriale orientato alla cura della cronicità.

Il gruppo di lavoro condivide l'idea di una rete regionale poiché si intravede l'idea di un rinnovamento dei percorsi formativi non più centrato sul percorso tradizionale delle sole Facoltà (oggi Dipartimenti Universitari), ma sulla ricerca di nuovi luoghi ove poter espletare la didattica medica per far sì che la preparazione teorica sia coordinata con l'attività pratica. Si ritiene che la rete formativa regionale possa rappresentare il presupposto per la realizzazione dell'Ospedale di Insegnamento considerato il nucleo fondamentale di una vera integrazione tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università.

- La proposta conferma poi la stipula di un "Protocollo generale d'Intesa" tra la Regione e le Università, quale strumento fondamentale per la disciplina dei rapporti tra le Strutture del Servizio Sanitario Lombardo in cui è svolta formazione universitaria collegata alle professioni sanitarie e le Università.

L'attuazione del "Protocollo Generale d'Intesa" Regione – Università è demandata ad apposite "convenzioni" da stipulare tra singole Università e Strutture Sanitarie rientranti nella rete della formazione.

La riproposizione di detto schema ha portato taluni osservatori ad affermare che anche in questa occasione la Regione Lombardia non abbia voluto sfruttare quegli ambiti di autonomia decisionale che in materia Sanitaria sono concessi alle Regioni dalla recente riforma del Titolo V della Costituzione. Un'analisi più approfondita avrebbe potuto verificare l'opportunità di una declinazione già nella legge di riforma dei contenuti e dei criteri e principi generali che invece attualmente risultano demandati al Protocollo generale d'intesa.

La riproposizione dello schema contenuto nell'attuale normativa non appare convincente poiché il protocollo generale d'intesa attualmente operativo in Lombardia risale all'anno 2000, mentre il protocollo sottoscritto nel 2011 non sembra essere stato a tutt'oggi attivato.

- A questo proposito una prima proposta che si ritiene di formulare attiene all'aspetto formale - procedurale e consiste nella necessità di fissare "un termine" entro il quale il Protocollo Generale d'Intesa debba essere adottato, sottoscritto e reso operativo.

- Sarebbe opportuno, poi, l'inserimento di una clausola con la previsione di un "obbligo di revisione e/o rinnovo" del medesimo protocollo alla scadenza di un determinato periodo di tempo che potrebbe essere fissato ad es. in un quadriennio/quinquennio.

Quanto sopra suggerito, deriva dalla convinzione che la previsione di tempi certi dichiarati in una fonte normativa di primo grado costituiscano maggior garanzia per ottenere uno strumento sempre aggiornato ed attuale.

- Inoltre, sarebbe auspicabile una “puntuale” indicazione delle materie da trattare nel Protocollo generale d’intesa in quanto documento particolarmente rilevante, se si considera che il contenuto del protocollo generale d’intesa deve rappresentare il luogo per il contemperamento, non solo della partecipazione del personale del Servizio Sanitario Regionale alla Formazione Specialistica, oltre alla programmazione delle attività, all’affidamento di incarichi, al fabbisogno di personale, al finanziamento di posti aggiuntivi ed alla valutazione ed ammissibilità di finanziamenti per progetti di ricerca, ma anche di interessi finalizzati alla soddisfazione di specifiche esigenze di formazione, come la disciplina dei Corsi di Laurea delle Classi delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di Specializzazione di area Medica, dell’Organizzazione interna delle Strutture Sanitarie, dell’impegno del Personale Universitario (Professori, Ricercatori e figure assimilate).

- Sul versante più strettamente sostanziale e contenutistico, il gruppo di lavoro si è soffermato sul tema del rapporto tra Strutture del Servizio Sanitario Nazionale ed Università, poiché è noto che il D.lgs. 517 del 1999 non ha risolto la latente conflittualità tra componenti mediche incardinate in strutture diverse, Ospedali e Università, che hanno finalità convergenti.

A tal fine, il gruppo di lavoro ritiene che l’unica via praticabile nel territorio della Regione Lombardia è quella delle Aziende Integrate. Pertanto, non propone il superamento di questo modello e non solo perché la Regione Lombardia ha decisamente optato per questo modello, ma anche perché la creazione di Aziende Universitarie Ospedaliere sarebbe oggi impraticabile.

Si ritiene, infatti, che la ricerca di un assetto unitario non possa risolversi nell’assorbimento di una tipologia in un’altra. E’ indispensabile, invece, realizzare un modello organizzativo che sia espressione originale dell’integrazione tra due ordinamenti nel quale la specificità di ognuno è definita dall’insieme degli obiettivi dell’Azienda.

La nuova forma organizzativa non può prescindere dall’individuazione di un concetto di “Gruppo di lavoro” o se si preferisce di “Comunità” che assiste, fa ricerca e didattica con vari livelli di responsabilità, costituito da personale universitario e personale ospedaliero ciascuno con diritti e doveri istituzionalmente stabiliti, ma sui cui ruoli e rapporti appare necessario un ripensamento nei complessi misti e, in particolare, una rielaborazione all’interno dei Protocolli di intesa, soprattutto in considerazione di vari aspetti operativi attinenti al riconoscimento e ripartizione del carico assistenziale e del carico didattico formativo, le modalità di svolgimento delle attività di ricerca, alcuni aspetti retributivi etc.

Con quanto sopra affermato, non vi è la pretesa di proporre un’equiparazione giuridica tra componenti di diversa derivazione, universitari e ospedalieri, poiché il gruppo di lavoro è consapevole della diversa natura giuridica dei rapporti di lavoro disciplinati dalla normativa generale. Il gruppo di lavoro vuole semplicemente proporre di valutare l’opportunità di individuare i principi generali per la stesura di una sorta di Statuto del Personale Medico Ospedaliero ed Universitario con funzioni assistenziali, formative e di ricerca. Questo può essere l’inizio di un nuovo corso in considerazione del fatto che la proposta di riforma prevede l’impegno da parte della Regione ad individuare la rete delle strutture specialistiche per

lo sviluppo integrato assistenza, innovazione, ricerca, didattica e aggiornamento continuo dei professionisti.

- Un punto di particolare rilievo che ha costituito oggetto di riflessione all'interno del gruppo è stato, poi, il tema della formazione medica post laurea poiché la proposta di legge demanda ai protocolli di intesa l'individuazione del grado di progressivo livello di autonomia del personale in formazione, anche ai fini della determinazione del fabbisogno del personale.

A tal fine, sarebbe interessante poter affermare la necessità di una formazione non esclusivamente di pertinenza universitaria ma anche formazione da espletarsi negli ospedali e sul territorio per esempio presso le strutture dei medici di medicina generale e nuove strutture declinate nella proposta di legge.

Il gruppo ritiene interessante l'idea di fissare i livelli di progressiva autonomia del personale in formazione specialistica purché questo non costituisca una elusione della normativa generale in tema di rapporti di lavoro per raggiungere l'obiettivo della simulazione di contratti di lavoro a basso costo per coprire le reali necessità di personale nelle strutture dei servizi sanitari.

- Di rilievo è inoltre la questione della formazione dei Medici di Medicina Generale. La proposta di riforma prevede una generica indicazione in ordine alla ridefinizione della rete formativa dell'area di Medicina Generale. Il gruppo di lavoro ritiene di condividere l'idea di una formazione orientata sul versante delle cure domiciliari in accordo con altri operatori sanitari e sociali. Una sorta di governo clinico domiciliare sulla scorta dell'esperienza nell'ASL Bresciana della cura delle malattie croniche. Più in generale sarebbe auspicabile una formazione del medico di medicina generale da equiparare alla specializzazione.

Il gruppo di lavoro ha poi valutato e discusso ulteriori aspetti che incidono sulla disciplina dei rapporti tra strutture del Servizio Sanitario ed Università, che però risultano demandati al contenuto del Protocollo e ritenuti rilevanti ai fini del raggiungimento dell'obiettivo finale dell'integrazione, per esempio, l'individuazione degli strumenti per il concreto "riconoscimento, formale e sostanziale, del ruolo" del Personale del Servizio Sanitario (coordinatori, tutori, docenti ecc.), la valorizzazione del ruolo dei Coordinatori" delle attività formative professionalizzanti, il rafforzamento del ruolo della formazione su strumenti e tecniche non necessariamente sanitarie, il tema del finanziamento e delle risorse economiche, personali e strumentali" spesso dichiarate in modo generico nella proposta di legge, senza alcun criterio direttivo e senza alcun richiamo ai più elementari principi di valutazione delle performance personali ed organizzative.

Il gruppo di lavoro ha, tuttavia, ritenuto allo stato di soprassedere e non formulare proposte per questi ultimi punti, per non sconfinare in ambiti di stretta competenza sindacale e tuttavia da tenere in considerazione se si vuole andare sulla strada della reale integrazione tra strutture del Servizio Sanitario ed Università.

Il presente documento non ha alcuna pretesa di completezza ma ha voluto rappresentare unicamente un punto di inizio per una seria riflessione in ordine ai rapporti tra Università – Ospedali sull'esercizio delle attività assistenziali nelle Strutture Sanitarie Integrate e sulle attività formative professionalizzanti.