

DISCIPLINA DEI RAPPORTI TRA SSN E UNIVERSITÀ

Sulla *Gazzetta Ufficiale* del 12 gennaio è stato pubblicato il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, che tenta di porre fine alla dicotomia e forse anche al conflitto Ospedale-Università, e forse anche all'isolamento, anche culturale, dell'Università dal mondo medico. È un decreto fortemente innovativo, di cui si era già occupato un editoriale di *Medico e Bambino* dal titolo "Lo sciopero dei baroni" (n.10/1999, pag. 613); lo sciopero c'è stato, forse qualche modifica ha prodotto, ma il decreto mantiene le sue linee portanti, che hanno per fine l'incardimento programmatico delle Facoltà di Medicina nel SSN, sulla base di protocolli d'intesa da stipulare tra Università e Regioni, secondo delle linee-guida dettate dal Governo.

Di queste linee-guida sottolineiamo quelli che ci sembrano i punti salienti:

- informare i rapporti tra SSN e Università al principio della leale collaborazione;
- definire (insieme) le linee generali della partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale;
- individuare il numero e le caratteristiche delle strutture del SSN a direzione universitaria (con considerazione sia dell'efficacia assistenziale, che dell'economicità, che della congruità ai piani e alle esigenze sanitarie, che della coerenza alle ricerche di didattica e di ricerca);
- incasellare le strutture universitarie all'interno di un modello unico di aziende ospedaliere-universitarie, caratterizzate da unitarietà funzionale e logistica, dotate di autonoma personalità giuridica (con una Direzione Generale nominata dalla Regione d'intesa con il Rettore, con un collegio sindacale di 5 membri a nomina ministeriale, regionale e rettorale, e un organo di indirizzo di 5 membri, a nomina regionale e rettorale, di cui uno riservato al Preside della facoltà di Medicina);
- disciplinare il funzionamento di tali strutture secondo modalità organizzative e gestionali determinate dall'azienda; cioè in sostanza accettare il modello dipartimentale, articolato in strutture complesse e semplici (senza distinzione tra strutture a direzione universitaria e strutture a direzione ospedaliera);
- accettare che i ruoli di dirigenza delle strutture assistenziali siano attribuiti al personale universitario dal Direttore generale (sia pure d'intesa col rettore), sulla base dei requisiti necessari secondo il decreto 502 del 1992 ed eventualmente revocati; in linea di massima secondo gli stessi criteri coi quali vengono attribuiti e revocati al personale ospedaliero.

È possibile, e forse anche probabile, che tutto questo interessi in minima parte i lettori di questa Rivista e molto di più i professori e i ricercatori universitari, che probabilmente conoscono già bene il testo, e che certamente, dei nostri lettori, costituiscono la minoranza. Tuttavia, questo riordino della materia (forse poco rivoluzionario nei fatti ma molto nei principi) dovrebbe interessare tutti quanti; anche i non medici, visto il peso sempre maggiore che la Sanità sta assumendo, come struttura legante della società. Immergere la Facoltà di Medicina nel Sistema Sanitario, con precisi diritti, doveri, funzioni, responsabilità, disciplina; considerare l'insegnamento parte fondante della medicina e nello stesso tempo non dissociabile dalla realtà globale della medicina, assistenza e previdenza, è, in fondo, la descrizione di un sogno utopico europeo. I doveri di ricerca e didattica sono sempre stati invocati da alcuni professori universitari per sottrarsi a un impegno pieno nell'assistenza; e allo stesso tempo, come nel

gioco delle tre carte, i doveri assistenziali sono stati invocati come alibi per l'insufficiente impegno didattico e di ricerca. Per molti però non è stato così; e questi molti hanno trovato nell'assistenza, nella didattica, e nella ricerca a tempo pieno, la triplice soddisfazione del proprio lavoro, dimostrando che si può. Sappiamo bene che una legge di riordino non basta; sappiamo che, perché si traduca, non tanto in fatti quanto in sentimenti (senza sentimenti nuovi nessun vero rinnovamento è possibile), bisognerà che molte cose cambino: che vadano in prescrizione sia i rancori di categoria (Università/Ospedale) sia la difesa dei privilegi di categoria; rancori e difesa dei privilegi vengono esaltati nella lotta tra categorie.

Che scompaiano le categorie?

Le categorie uniscono i buoni e i meno buoni, ma finiscono per premiare questi ultimi. La legge di riordino, con i suoi appigli formali, potrà forse aiutare i primi a far migliorare i secondi.

Le cose stanno comunque cambiando, e questo riordino è forse solo il segno esterno che le cose cambiano anche all'interno. La didattica resta impegnativa, viene distribuita (forse fin troppo) tra tutte le categorie del corpo docente (e dovrebbe probabilmente essere estesa anche al corpo non universitario) e allo studente viene ridata una parziale responsabilità di autoformazione; la ricerca medica sta acquistando a poco a poco serietà ed efficienza, anche per merito della razionalizzazione dei finanziamenti, sulla base della qualità dei progetti (per quanto concerne la quota MURST, o del cosiddetto ex 40%, o del cofinanziamento) e sulla base dei risultati acquisiti (per quanto concerne la quota FACOLTA, o del cosiddetto ex 60%); cadono i confini e gli interessi chiusi degli istituti che confluiscono in dipartimenti; l'e-mail mette in comunicazione tra di loro i ricercatori che hanno qualcosa da dirsi.

I cambiamenti non sono univoci; la situazione è diversa da facoltà a facoltà, da dipartimento a dipartimento, da materia di insegnamento a materia di insegnamento: e non possiamo nasconderci il fatto che c'è anche un'avanzata del degrado, della mafiosità, dell'appiattimento, dell'accidia. Ma sappiamo che la lotta tra il bene e il male, non solo all'interno delle categorie, ma anche all'interno di ciascuno di noi, non è mai finita. Anzi che questa lotta è la vita stessa, inevitabile e irrinunciabile. Limitiamoci dunque, se questo è il nostro pensiero, ad acconsentire, anzi ad accettare con buona volontà questa spinta verso un cambiamento ragionevole. E speriamo in bene; o meglio, speriamo in noi stessi.

M&B

PIGIAMI E CAMICI

Il dottor Cornaglia-Ferraris colpisce ancora. È uscito in questi giorni, per i tipi di Laterza, la continuazione del libro *Camici e pigiami*, di cui si è parlato anche su queste pagine (*Medico e Bambino* n.4/1999, pag. 267) e che ha fatto (l'anno scorso) abbastanza scalpore, tra medici e non medici, facendo gridare al tradimento dagli spalti dell'Ordine dei Medici.

Il primo dei due libri era un'accusa, a mio modo di vedere più ingenerosa che impietosa, della classe medica italiana; questo secondo cambia registro ed è una sorta di palinodia in cui prevale una cauta ipotesi di speranza, intravista negli articoli della legge principi della riforma sanitaria, espressi nel decreto-legge

229/99, noto anche come "legge Bindi". Il dottor Cornaglia-Ferraris dipinge tre esiti possibili: uno virtuoso (col quale pur con la migliore buona volontà non riesco a identificarmi) in cui Stato e Mercato svolgeranno il loro ruolo senza trucchi e compromissioni, l'Università viene sterilizzata, la qualità viene esaltata e il merito viene riconosciuto; uno disastroso, in cui prevarranno l'impotenza del legislatore, l'interesse del singolo pelandrone, dal barone al portantino, la guerra tra sindacati e i falsi controlli di qualità; uno compromissorio, con un po' di male e un po' di bene, un po' di controllo e un po' di competitività, un po' di collaborazione e un po' di conflitto sparsi, come sempre, a macchie di leopardo sull'area dello Stivale.

Non ho condiviso che parzialmente le tesi di *Camici e pigiami* (quanto però è bastato perché io stesso venissi sottoposto a un paterno richiamo da parte dell'Ordine); non condivido che molto parzialmente le tesi di *Pigiama e camici*; e non condivido appieno né le sue speranze né i suoi timori sugli esiti della legge Bindi.

Certo, le leggi possono fare un po' di bene; e possono fare, qualche volta, molto male; non possono però, quasi mai, cambiare la sostanza delle cose; e, quando lo fanno, non lo fanno nel senso voluto.

Tuttavia, condivido alcune affermazioni saltuarie e in un certo modo contraddittorie che sembrano quasi sfuggire di bocca involontariamente a Cornaglia-Ferraris; e cioè l'idea che la Sanità italiana sia nella sua sostanza efficace e solidale, e che i medici buoni ("quella grande quantità di medici che lavorano con coscienza, umanità e con volontà di aggiornamento e di miglioramento costante delle loro capacità") siano la maggioranza silenziosa. Silenziosa sì, e forse nemmeno tanto; ma comunque maggioranza, che è quello che conta per la qualità finale del servizio.

Io dichiaro la mia fiducia in questa maggioranza; e la mia convinzione che non sarà la legge a cambiare le cose; così come non è la legge che è responsabile delle insufficienze del momento attuale.

I medici italiani sono circa 300.000. Non si può pretendere (come si vorrebbe, e come sarebbe anche giusto) che siano tutti medici eccellenti, e nemmeno tutti buoni medici, e nemmeno tutti medici abbastanza buoni. "Tutti" non esiste. Non si può pretendere che ciascuno di loro (di noi) sia in grado di vincere, dentro di sé, le debolezze, le tentazioni, le piccole e meno piccole disonestà che rendono l'uomo una povera cosa. Non si può pretendere che la categoria dei medici sia del tutto immune dai difetti delle categorie. Si può tuttavia sperare che, poiché è composta da persone che in qualche momento della loro vita hanno scelto di aiutare e di servire il prossimo in bisogno, sia capace di guardare a se stessa con un occhio più attento e più

critico di quanto possano fare altre categorie (gli imprenditori, gli agenti di borsa, i commercialisti, i disoccupati, i metalmeccanici, gli ingegneri, i negozianti, i creatori di moda, i calciatori).

Io credo di poter condividere con Cornaglia-Ferraris questa convinzione e questa speranza: non il miglioramento dei singoli medici, né la vittoria dei buoni sui meno buoni; ma la (auto)costruzione di una coscienza di categoria più consapevole e migliore dell'attuale. Attraverso i fatti.

Qualunque cosa si possa pensare delle singole tesi del dottor Cornaglia-Ferraris gli va dato atto di un'intenzione, anzi di un bisogno "costruttivo", che si esprime con un atto: l'impiego dei suoi diritti d'autore alla costituzione di una ONLUS (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale).

Si tratta di un'associazione culturale "per lo sviluppo della cultura del dialogo, del confronto, dell'amichevole composizione, dell'equo arbitrato tra chi cura e chi è curato" e che si propone attività di assistenza, di formazione, di divulgazione, di promozione, di ricerca, di documentazione: "una specie di rivoluzionario ordine dei medici, con i pigiami dentro". Penso che aderirò a questa associazione (non so se mi vorranno); e penso che sarebbe comunque una buona cosa se molti aderissero. (Il nome della associazione è C&P, che sta per Camici e Pigiama, e il suo indirizzo è a Genova, in via Franchini 24, interno 2).

Mi viene in mente che una diecina d'anni fa M&B aveva dato il suo appoggio ideale all'ipotesi di una estensione all'Italia del sistema assicurativo britannico denominato Medical Defense: una (potente, e per la verità anche giustamente costosa) organizzazione assicurativa non-profit, fatta da medici per i medici, basata sul principio dell'equo indennizzo dei pazienti danneggiati per cause mediche, ma anche su quello della equa composizione delle vertenze, e della "cultura dell'errore"; il tutto sostenuto da un continuo impegno nell'aggiornamento e nello sviluppo della competenza scientifica. Mi sembrava allora, e mi sembra ancora, una specie di supertribunale dei diritti del medico e del malato, finanziato da una classe medica che ne può trarre una "garanzia" non soltanto in termini di danaro, risorsa potente e necessaria, ma non sufficiente, ma anche e soprattutto in termini di giustizia, di sapienza, di pace e di contratto civile. Io credo che alla base di Medical Defense ci fossero gli stessi bisogni che ci sono alla base di C&P; e non mi sembrerebbe né impossibile né volgare l'idea che, magari alleandosi con una "vera" Compagnia di Assicurazioni, C&P possa offrire ai medici e ai cittadini le basi sia culturali che pecuniarie per un superamento dei conflitti e delle incomprensioni, per una riflessione sui ruoli, per una nuova alleanza.

Franco Panizon

Associazione Culturale Pediatri Jacopo da Ponte

IL BAMBINO E LA SUA CITTÀ

30 Settembre 2000 - Bassano del Grappa

L'intervento sulla mobilità cittadina come strategia per promuovere sicurezza, autonomia, socializzazione. Da un'indagine conoscitiva all'analisi di un modello operativo.