

Medicina universitaria in Italia: un “caso clinico” emblematico di molte criticità irrisolte

Roberto Manfredi¹

Abstract

The present role, space, task, mission, function, and outcome of University Medicine in Italy are briefly examined, taking as a pure and trivial pretext the actual professional activity of single, representative physician who changed his role at the same specialistic Department of the same University Hospital, by covering an University role in the past five years, after working at the same facility as an Hospital-affiliated specialist in charge of the same Medical Division during the previous 14 years. The lights and shadows of assistential and academic medicine organisation and integration in Italy are the starting point of our preliminary observations, which may be potentially extended to the University Medicine as a whole, from an organisative, functional, and especially ergonomic point of view.

Keywords: *University Medicine, service integration, assistance activity, academic and scientific duties, work ergonomomy*

University Medicine in Italy: an exemplary “case report” of several unresolved criticities
CMI 2010; 4(4): 145-155

¹ Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento, e Malattie Nefrologiche, “Alma Mater Studiorum”. Università degli Studi di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

INTRODUZIONE

Anche in Italia, la medicina universitaria ha subito nel corso degli ultimi decenni un'evoluzione dettata essenzialmente da un progressivo avvicinamento ai predominanti modelli anglosassoni, che tendono a rimarcare la centralità delle attività di ricerca (ad ogni livello), di quelle didattiche e formative, di quelle di tutoraggio, e di quelle di *fund-raising*, come *mission* prevalenti del personale medico-sanitario ad afferenza universitaria.

Nel modello assistenziale italiano, pur in assenza di letteratura scientifica sull'argomento, non mancano i riferimenti legislativi e normativi, che tendono a inquadrare l'ambito lavorativo del personale medico universitario, rispetto alle attività assistenziali e organizzative che hanno da sempre caratterizzato e a tutt'oggi caratterizzano gli ambiti professionali del personale medico di-

rigente, inquadrato nei diversi ruoli previsti dal Sistema Sanitario Regionale (SSR).

In realtà, nel sistema italiano le convenzioni vigenti tra le diverse Università degli Studi e le relative Facoltà di Medicina e Chirurgia a esse afferenti, e le differenti Aziende Ospedaliero-universitarie, tendono a disegnare un quadro a macchia di leopardo, essendo per lo più frutto di accordi siglati, ed eventualmente modificati ed evoluti a livello locale (per lo più su base regionale) [1-3], che si fondano come base comune sull'ormai datato Decreto Legislativo n. 517 del 1999 [3]. Nelle realtà sanitarie miste (a componente ospedaliera e universitaria tra loro integrate), dietro a una sorta di paravento sorretto da oscure locuzioni, tra cui capita di leggere frasi quali «Completa integrazione tra attività assistenziali, didattiche, e di ricerca», si celano nella pratica quotidiana modelli lavorativi estremamente differenziati, che creano un

Corresponding author
Prof. Roberto Manfredi
c/o Malattie Infettive,
Policlinico S. Orsola
Via Massarenti, 11
40138 Bologna
roberto.manfredi@unibo.it

vero e proprio "caledoscopio" interpretativo e attuativo.

Prendendo ora in considerazione il ruolo del singolo professionista della sanità a dipendenza universitaria, passando da un'Azienda Ospedaliero-universitaria all'altra, e da un'università italiana all'altra, le attività complessive del medico universitario vengono calendarizzate, organizzate e svolte secondo un *continuum* che spazia in modo variabilissimo tra due opposti estremi: da una pressoché completa dedizione ad attività accademiche (ovverosia di ricerca, di didattica e di tutoraggio, con impiego assistenziale limitato o marginale), *versus* un pressoché totale espletamento di attività puramente assistenziali, con obiettivi quasi integralmente incentrati su professionalità e compiti posti direttamente o indirettamente al servizio dei malati (con forzoso restringimento o annullamento del tempo e delle possibilità dedicate alle attività accademiche). In mezzo a questi due estremi (che sono assolutamente più virtuali che reali, come tutte le situazioni che tendono a ricadere alle estremità di una curva gaussiana), si pongono le singole realtà dei singoli professionisti (medici universitari), che devono essere lette e interpretate alla luce delle peculiarità di ciascuna struttura universitaria e assistenziale di cui sono contemporaneamente dipendenti e a cui offrono i propri servizi, e delle differenti realtà assistenziali locali, spesso regolate da specifiche convenzioni tra le singole Università e le specifiche Aziende Ospedaliero-universitarie, su base regionale o autonoma [1-3]. Con effetti a dir poco paradossali, può quindi capitare che nella medesima Azienda Ospedaliero-universitaria due diversi professionisti che ricoprono la medesima qualifica universitaria e che beneficiano sul fronte contrattuale della medesima "integrazione" ospedaliera, siano di volta in volta pressoché completamente dediti ad attività universitarie, oppure ad attività quasi esclusivamente ospedaliere. Il più delle volte ciò accade per circostanze occasionali, causate dall'evoluzione storica e dalle "vocazioni" dei Dipartimenti e delle Divisioni a cui essi afferiscono, oppure dalle necessità contingenti, che possono dipendere anch'esse dallo storico della disciplina in questione, o da strutturazioni del personale e dei carichi di lavoro assistenziali e accademici che possono evolvere nel tempo (es. carenza di personale sanitario atto a garantire le attività assistenziali in momenti in cui le necessità di salute dei cittadini assistiti

prevalgono, *versus* un *surplus* in termini di personale universitario dedito prevalentemente alla ricerca in un frangente storico diverso, in cui le attività scientifiche risultano di particolare attualità e preminenza, in concomitanza con una più ridotta pressione sul versante assistenziale).

L'evoluzione della storia e della vita professionale di uno stesso dirigente medico che, dopo aver svolto circa 14 anni di servizio in qualità di medico ospedaliero specialista (dipendente dell'Azienda Ospedaliero-universitaria), ha visto modificata la propria posizione in quella di medico universitario (con mantenimento dei compiti assistenziali di dirigente medico) presso la stessa Divisione della medesima Azienda Ospedaliero-universitaria, ci sembra particolarmente illuminante a fini puramente didascalici, come occasione fattuale atta a sollevare alcune palesi contraddizioni, e a stimolare e a vivacizzare un dibattito che finora si presenta sorprendentemente scarso di commenti (forse perché dato per scontato in partenza), a proposito del ruolo, delle luci e delle ombre della medicina universitaria in Italia, a cavallo tra il secondo e il terzo millennio. L'estrema scarsità di evidenze di letteratura e bibliografiche sull'argomento è probabilmente da attribuire alle diverse organizzazioni sanitarie e ai differenti ruoli e funzioni svolti dalle istituzioni accademiche biomediche (universitarie) in Paesi diversi dall'Italia (soprattutto nella realtà anglosassone). Sul versante ergonomico e di medicina del lavoro non mancano invece dati e commenti (nazionali e internazionali) [4-6] relativi alle diverse organizzazioni del lavoro, e ancor più alle attese ripercussioni sullo stato di salute dei singoli professionisti e delle équipe che lavorano nel mondo della sanità pubblica.

MATERIALI E METODI

La molteplici attività assistenziali specialistiche erogate dalla Divisione Ospedaliero-universitaria in oggetto sono state svolte e sono tuttora erogate sulla base di precise turnazioni di servizio, che tengono conto della massima continuità possibile assicurata ai pazienti seguiti in regime di ricovero ordinario, di Day-Hospital e di Day-Service. Le attività di guardia diurna e notturna, i turni di pronta disponibilità, e la maggioranza delle attività svolte presso gli altri servizi (ambulatoriali e territoriali) sono effettuate sulla base di turni di servizio a rotazione,

pienamente condivisi dall'intera équipe, e redatti da un medico referente, a nome e per conto del direttore della Divisione. Da sottolineare che la Divisione in oggetto segue in prevalenza affezioni croniche a carattere evolutivo e potenzialmente pericolose per la vita, per le quali sono disponibili crescenti ma impegnative opzioni terapeutiche ad elevato costo, che richiedono frequente monitoraggio clinico e laboratoristico, e una sorta di strenua alleanza medico-paziente al fine di massimizzare i risultati, contenendo i ripetuti eventi avversi e le potenzialmente gravi tossicità e interazioni farmacologiche.

Viste le difficoltà di quantificare le attività universitarie in termini di orari e turni di servizio comparabili a quelle assistenziali, si è volutamente soprasseduto dal riportarle, rimarcando peraltro che tali attività accademiche vengono necessariamente e sistematicamente svolte al di fuori e oltre alle attività a carattere squisitamente assistenziale, che sono l'oggetto principale di questo report, e delle relative analisi e discussioni.

Il dirigente medico e docente universitario assunto in qualità di puro e semplice esempio in questa disamina, ha svolto tutta la propria esperienza formativa e professionale presso la stessa Divisione della medesima Azienda Ospedaliero-universitaria italiana. Assistente ospedaliero incaricato per circa due anni dal settembre 1991, dall'anno 1993 a seguito di un concorso per titoli e per esami veniva inquadrato direttamente come aiuto correponsabile ospedaliero. A seguito di giudizio di idoneità conseguito nell'ambito di una valutazione comparativa per professore universitario di seconda fascia nel 2003, a partire dall'anno 2005 veniva chiamato dall'università locale a ricoprire la posizione di professore associato nella stessa disciplina, mantenendo inalterata e imm modificata la qualifica di dirigente medico di primo livello di cui era già in possesso, ed espletando la propria attività assistenziale ininterrottamente presso la medesima Azienda Ospedaliero-universitaria, di cui risulta dipendente (come detto) fin dall'anno 1991.

La Tabella I espone schematicamente le modalità di erogazione di tutti i servizi a carattere puramente assistenziale (attività effettuate, e turni e orari di servizio, svolti in modo sovrapponibile nell'intero arco di tempo compreso tra il 2002 e il 2010), da parte dell'intera Divisione Ospedaliero-universitaria a cui il professionista appartiene. In termini di organico complessivo del personale dirigente medico e dei rispettivi ruoli

assistenziali, per quanto concerne la dotazione di posti-letto e la dislocazione e l'offerta dei servizi ambulatoriali e di Day-Hospital e Day-Service, e in termini di attività di consulenza sul territorio e nelle diverse strutture sanitarie cittadine e metropolitane, nonché in termini di organizzazione dei servizi assistenziali, è pienamente confrontabile il periodo successivo al 1° giugno 2002, fino ad oggi (inverno 2010). Infatti, proprio a far data dal 1° giugno 2002 è intervenuta una completa ristrutturazione delle attività assistenziali di tale disciplina medico-specialistica, che ha fatto seguito alla chiusura dei posti-letto di degenza ordinaria pre-esistenti presso un altro presidio ospedaliero cittadino, e all'unificazione e fusione dei rispettivi organici dei dirigenti medici in un'unica équipe assistenziale, amministrativamente collocata presso l'Azienda Ospedaliero-universitaria a cui ci siamo sopra riferiti. Tale équipe assistenziale constava e consta di un direttore (a qualifica universitaria), e di 15 dirigenti medici (di cui tre ad affiliazione universitaria, e dodici dipendenti diretti dell'Azienda Ospedaliero-universitaria).

I dati relativi ai servizi a carattere puramente assistenziale espletati dal professionista preso come esempio in questo contributo sono riassunti nella Tabella II, e confrontano due periodi di tempo che risultano pienamente omogenei sul piano dei servizi assistenziali forniti dall'intera Divisione medico-specialistica e dal singolo medico, distinti e confrontati soltanto sulla base del passaggio del medico specialista suddetto dall'amministrazione ospedaliera (dal 1° giugno 2002 al 30 settembre 2005; 40 mesi), all'amministrazione universitaria (dal 1° ottobre 2005, fino al 28 febbraio 2010; 53 mesi). Il restante personale dirigente medico che effettua tutti i turni di servizio assistenziale sopra descritti (indifferentemente rispetto alla qualifica ospedaliera o universitaria), ammonta come detto a ulteriori 14 unità complessive (con l'eccezione del solo direttore di Unità Operativa, dipendente universitario, che non effettua attività assistenziale sistematica a cadenza turnistica, né servizi di guardia, di Pronto Soccorso, e attività divisionali e sul territorio).

I dati relativi ai servizi svolti dal professionista in oggetto sono evidenziati nella Tabella II in colore nero per quanto concerne il periodo ospedaliero, e in colore blu per quanto pertiene al periodo universitario. Le ultime due righe orizzontali della Tabella II evidenziano i dati assoluti e la media dei

Servizi di natura esclusivamente assistenziale	Giornate di programmazione dei servizi assistenziali ai pazienti	Orari minimi dei servizi ai pazienti (a cui si aggiungono attività organizzative, amministrative e burocratiche, programmate e urgenti)	Dirigenti medici impegnati (n.)*	Alcune specifiche delle attività assistenziali erogate ai pazienti e alle strutture
Reparti di degenza mattino (due diverse unità di degenza)	Lunedì-domenica	8,30-14,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre l'orario)	2	Assistenza ai degenti, dimissioni programmate pazienti, trasmissione consegne
Reparti di degenza pomeriggio (due diversi reparti)	Lunedì-venerdì	14,00-16,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	2	Assistenza ai degenti, dimissioni pazienti
Reparti di degenza notte	Lunedì-domenica	20,30-8.30	1-a	Assistenza ai degenti, ricoveri urgenti da PS aziendale, PS altri ospedali e altri ospedali
PS aziendale mattino	Lunedì-domenica	8,30-14,00	1-b	Pazienti inviati da PS aziendale, altri PS e altri ospedali, visite urgenti, altre prestazioni urgenti
PS aziendale pomeriggio	Lunedì-domenica	13,00-20,30	1-c	Pazienti inviati da PS aziendale, altri PS e altri ospedali, visite urgenti, altre prestazioni urgenti
PS aziendale notte	Lunedì-domenica	20,30-8,30	1-a	Pazienti inviati da PS aziendale, altri PS e altri ospedali, visite urgenti, altre prestazioni urgenti
Ambulatori specialistici aziendali mattino (due diversi ambulatori)	Lunedì-venerdì	8,30-14,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	2	Due servizi aziendali dedicati, a carattere specialistico
Day-Hospital e Day-Service aziendale	Lunedì-sabato	8,30-14,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	1	Assistenza pazienti di Day-Hospital e pazienti di Day-Service dedicati, a carattere specialistico
Ambulatorio divisionale specialistico	Lunedì-venerdì	8,30-14,00	1-b	Visite specialistiche prenotate su richiesta di MMG, CUP metropolitano, consulenze per altri reparti e servizi aziendali, visite specialistiche post-dimissione programmate
Consulenze specialistiche mattino	Lunedì-sabato	8,30-14,00	1-b	Consulenze espletate al letto presso l'azienda, e presso IRCCS convenzionato cittadino
Consulenze specialistiche pomeriggio	Lunedì-sabato	Non orario specifico (consulenze urgenti, oppure prestazioni precedentemente concordate)	(1)	Consulenze espletate al letto del paziente presso l'azienda, presso IRCCS convenzionato cittadino, e altre strutture convenzionate (l'attività è stata conteggiata come "turno di servizio" se sono state effettuate almeno due consulenze pomeridiane-serali)
Guardia diurna • Giorni festivi e periodo estivo (24 ore)	Lunedì-sabato Domenica e festivi	13,00-20,30 8,30-20,30	1-c	Pazienti inviati da PS aziendale, altri PS e altri ospedali, visite urgenti, altre prestazioni urgenti, ricoveri ospedalieri urgenti e programmati, dimissioni urgenti e programmate; nei pomeriggi da lunedì a venerdì, nel sabato mattino e pomeriggio, e nei festivi, assistenza nei reparti di degenza
Guardia notturna	Lunedì-domenica	20,30-8,30	1-a	Pazienti inviati da PS aziendale, altri PS e altri ospedali, visite urgenti, altre prestazioni urgenti, ricoveri ospedalieri urgenti, assistenza nei reparti di degenza

Servizi di natura esclusivamente assistenziale	Giornate di programmazione dei servizi assistenziali ai pazienti	Orari minimi dei servizi ai pazienti (a cui si aggiungono attività organizzative, amministrative e burocratiche, programmate e urgenti)	Dirigenti medici impegnati (n.)*	Alcune specifiche delle attività assistenziali erogate ai pazienti e alle strutture
Reperibilità per due altri ospedali metropolitani	Lunedì-venerdì Sabato Domenica e festivi	16,00-8,30 14,00-8,30 8,30-8,30 (24 ore)	1	Servizio di pronta disponibilità a favore di PS, Medicina d'Urgenza, e altri servizi, per altri due ospedali metropolitani (dopo l'orario di chiusura dei nostri servizi specialistici dislocati presso uno di questi due ospedali metropolitani; vedi oltre)
Attività specialistica svolta presso un altro ospedale metropolitano	Lunedì-sabato Mercoledì	8,30-14,00 15,00-19,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	1-d 1-(d)	Visite specialistiche presso ambulatorio dedicato, visite prenotate su richiesta MMG, CUP metropolitano, consulenze da PS dei due ospedali metropolitani
• Ambulatorio specialistico	Lunedì-sabato	8,30-14,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	1-(d)	Assistenza pazienti di Day-Hospital e Day-Service dedicati, a carattere specialistico
• Day-Hospital e Day-Service specialistico	Lunedì-sabato	8,30-14,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	1-(d)	Assistenza pazienti di Day-Hospital e Day-Service dedicati, a carattere specialistico
• Servizi territoriali svolti a favore dell'azienda USL metropolitana	Lunedì-venerdì	8,30-16,00 (attività organizzative, amministrative e burocratiche svolte anche oltre orario)	1	Valutazione e visite pazienti in assistenza domiciliare, visite presso Casa Alloggio specialistica (situata in altro comune, a 26 km di distanza), consulenze infettivologiche presso Casa Circondariale metropolitana, consulenze infettivologiche presso centro sociale diurno metropolitano (lunedì-venerdì, ore 9,00-13,00). Consulenze espletate al letto presso i due ospedali metropolitani

servizi espletati su base mensile dal professionista in oggetto.

Le analisi statistiche, quando appropriate, sono state effettuate con il test t di Student, con il test del chi-quadro di Mantel-Haenszel (o con il *Fisher exact test*), con livelli di significatività fissati per convenzione a valori di $p < 0,05$.

RISULTATI

Come si evince dall'insieme della Tabella II, il professionista in oggetto dall'anno 2002 fino ad oggi ha preso parte a tutte le differenti attività assistenziali in atto presso la Divisione di appartenenza, come previsto dai piani di assistenza condivisi e dal regime di turnazione in atto presso tale struttura. Proprio per questo motivo, se estremamente ampio appare lo spettro di impegni clinico-assistenziali, per converso si presenta altrettanto disperso l'impegno profuso presso ciascun singolo servizio, ancor più se valutato

in termini di continuità assistenziale, e di eventuali connessioni con risvolti speculativi e di ricerca.

Scendendo nello specifico, le attività assistenziali di reparto (presentate nelle prime tre colonne da sinistra della Tabella II), vedono la prevalenza di turni pomeridiani e notturni, espletati nella stragrande maggioranza dei casi anche in qualità di medico di guardia divisionale. Il confronto tra il periodo di dipendenza universitaria, rispetto al precedente periodo di dipendenza ospedaliera, mostra un incremento statisticamente significativo dell'impegno assistenziale in reparto di degenza nei turni mattutini ($p < 0,001$) e pomeridiani ($p < 0,001$), mentre l'assistenza notturna non si è modificata significativamente nell'intero arco di tempo considerato.

Per quanto concerne le attività al servizio dei Pronti Soccorso, si nota un impegno pomeridiano nettamente aumentato ($p < 0,001$), e un invariato coinvolgimento nei turni notturni, dal confronto dei dati del più

Tabella I

Distribuzione dei servizi assistenziali erogati dalla Divisione a cui il professionista appartiene, nell'intero arco di tempo considerato (2002-2010)

* l'indicazione in lettere che segue il numero di Dirigenti Medici impegnati nello specifico servizio, serve a sottolineare che la stessa unità professionale svolge diversi servizi (es. il Professionista "1-a" svolge contemporaneamente o in successione i diversi servizi assistenziali elencati. Nello specifico del Dirigente identificato come 1-(d), l'acronimo specifica che a seconda dei piani di servizio settimanali, le due attività assistenziali a fianco specificate possono essere svolte da due Professionisti differenti, o essere "conglobate" nell'attività di un singolo Dirigente Medico, contemporaneamente o in successione cronologica.

Mese/Anno e Servizi Assistenziali	Reparto mattino	Reparto pomeriggio	Reparto notte	PS mattino	PS pomeriggio	PS notte	Ambulatorio Specialistico mattino	Ambulatorio Specialistico pomeriggio	Day-Hospital/Day-Service	Ambulatorio Specialistico Divisionale	Consulenze al letto mattino	Consulenze al letto pomeriggio	Guardia giorno (se di 12 ore)	Guardia notte	Reperibilità (se festivi, 24 ore)	Territorio, Assistenza domiciliare, Consulenze al letto altri Ospedali	Giornate di presenza	Giornate di assenza (giorni di missione)	Giornate di malattia (o altre assenze)
Anno 2002 (7 mesi) (1/6 - 31/12)*	12	16	17	14	13	17	9	5	68	4	14	0	13 (3)	17	15 (2)	0	124	90 (4)	2 (lutto)
Anno 2002*, giorni valutabili 214, ore di guardia totali 5.136, ore di guardia professionista allo studio 278,5 (7,37%)																			
Anno 2003	33	42	32	44	26	32	42	1	73	30	35	3	26 (4)	32	27 (4)	1	235	130 (18)	3 (lutto)
Anno 2003, giorni 365, ore di guardia totali 8.760, ore di guardia professionista allo studio 821 (9,37%)																			
Anno 2004	19	33	34	43	28	34	78	3	39	34	39	8	25 (6)	34	29 (4)	1	248	117 (14)	0
Anno 2004, giorni 366, ore di guardia totali 8.784, ore di guardia professionista allo studio 854,5 (9,73%)																			
Gen-Set 2005	10	18	33	51	22	33	66	0	45	43	54	12	18 (6)	33	27 (4)	4	215	68 (7)	0
Ott-Dic 2005	1	6	5	11	7	5	17	1	11	10	10	0	6 (1)	5	11 (5)	0	53	29 (12)	0
Anno 2005	11	24	38	62	29	38	83	1	56	53	64	12	24 (7)	38	38 (9)	4	268	97 (19)	0
Anno 2005, giorni 365 (attività mista ospedaliero-universitaria), ore di guardia totali 8.760, ore di guardia professionista allo studio 1.014 (11,58%)																			
Anno 2006	52	77	30	26	38	30	54	3	21	22	31	26	35 (8)	30	40 (12)	2	271	94 (20)	0
Anno 2006, giorni 365, ore di guardia totali 8.760, ore di guardia professionista allo studio 788 (9,0%)																			
Anno 2007	59	81	35	48	44	35	68	3	21	37	48	30	41 (12)	35	30 (4)	2	282	83 (26)	0
Anno 2007, giorni 365, ore di guardia totali 8.760, ore di guardia professionista allo studio 1.014 (11,58%)																			
Anno 2008	42	80	36	30	55	36	54	3	27	18	42	11	55 (10)	36	32 (9)	0	316	50 (14)	0
Anno 2008, giorni 366, ore di guardia totali 8.784, ore di guardia professionista allo studio 1.009,5 (11,49%)																			
Anno 2009	17	55	36	46	52	36	45	1	24	29	36	7	52 (14)	36	23 (7)	0	291	74 (23)	0
Anno 2009, giorni 365, ore di guardia totali 8.760, ore di guardia professionista allo studio 1.088,5 (12,43%)																			
Gen-Feb 2010	4	8	7	5	8	7	21	0	3	5	5	0	8 (2)	8	2	0	56	5 (2)	0
Anno 2010	4	8	7	5	8	7	21	0	3	5	5	0	8 (2)	8	2	0	56	5 (2)	0
Anno 2010 (gennaio-febbraio), giorni 59, ore di guardia totali 1.416, ore di guardia professionista allo studio 171,5 (12,11%)																			
40 mesi, medico ospedaliero (numero assoluto, e media per mese)	74	109	116	152	89	116	195	9	225	111	142	23	82 (19)	116	98 (14)	6	822	405 (43)	5 (5)
53 mesi, medico universitario (numero assoluto, e media per mese)	1,85	2,72	2,90	3,80*	2,22	2,90	4,88	0,22	5,62*	2,77	3,55	0,57	2,05 (0,47)	2,90	2,45 (0,35)	0,15	23,62	6,79 (1,08)	0,12 (lutto)
40 mesi, medico ospedaliero (numero assoluto, e media per mese)	186	307	149	166	204	149	259	11	107	121	172	74	197 (47)	149	138 (37)	4	1.269	335 (97)	0
53 mesi, medico universitario (numero assoluto, e media per mese)	3,51*	5,79*	2,81	3,13	3,85*	2,81	4,89	0,21	2,02	2,28	3,25	1,40*	3,72* (0,89)*	2,81	2,60 (0,70)*	0,08	23,94	6,32 (1,83)*	0,00

Tabella II

Distribuzione delle attività di servizio a carattere puramente ed esclusivamente assistenziale espletate dal professionista in oggetto, nell'arco di tempo compreso tra giugno 2002 e febbraio 2010 (compresi). Le attività assistenziali svolte durante il periodo di dipendenza dall'Azienda Ospedaliero-universitaria in qualità di dirigente medico sono riportate in colore nero, mentre le stesse attività espletate dopo il passaggio dello stesso Sanitario nei ruoli della locale Università degli Studi sono evidenziati in colore blu. Nelle ultime due righe, sono riassunti (in valore assoluto, e come media mensile), i servizi prestati presso le diverse strutture specialistiche della medesima Divisione, confrontando direttamente i dati relativi ai 40 mesi trascorsi in qualità di dirigente medico ospedaliero (2002-settembre 2005), con i successivi 52 mesi passati in funzione di professore universitario di seconda fascia, con afferenza alla medesima Divisione per la attività assistenziali (ottobre 2005-febbraio 2010).

* Anno 2002: in termini di organico del personale medico e di organizzazione dei servizi assistenziali, calcolato come confrontabile con gli anni successivi soltanto il periodo di 7 mesi successivo all'unificazione delle due Divisioni specialistiche pre-esistenti (dall'1/6/2002 al 31/12/2002, e negli anni successivi) (v. sezione "Materiali e Metodi")

° Differenza che risulta statisticamente significativa tra un arco temporale e l'altro periodo di confronto (medico ospedaliero versus medico universitario) (valori di p compresi tra p < 0,02 e p < 0,0001 - Student t test), a favore della variabile evidenziata in grassetto

recente periodo universitario, *versus* gli anni di servizio ospedaliero.

Del tutto immutata tra i due periodi in studio appare invece la partecipazione del professionista ai turni di ambulatorio specialistico, che restano comunque numericamente contenuti a meno di 5 giorni mensili, in media (da notare che a tali ambulatori afferiscono i pazienti seguiti sistematicamente per patologie croniche, maggiormente oggetto di eventuali studi clinici e protocolli sperimentali).

Risulta invece ridotta nel tempo (periodo universitario) l'attività assistenziale erogata in regime di Day-Hospital e di Day-Service ($p < 0,001$), così come l'attività di ambulatorio divisionale, seppure in misura statisticamente meno evidente ($p < 0,02$).

Quanto all'attività di consulenza specialistica al letto del malato espletata presso altre Divisioni e altri ospedali, la modesta riduzione osservata nelle consulenze effettuate al mattino (ns), è bilanciata da un significativo incremento delle prestazioni svolte nel pomeriggio ($p < 0,001$), che rappresentano la spia delle difficoltà di assicurare la presenza al letto di degenti che si trovano presso altre Divisioni e altre strutture nelle ore del mattino.

Venendo ora alla disamina delle attività di guardia diurna (pomeridiana: ore 13,00-20,30), si nota un significativo incremento nel corso dei 53 mesi universitari, rispetto ai 40 mesi ospedalieri ($p < 0,001$), che dà ragione dell'effettuazione di un turno di guardia per ogni settimana, in media, negli anni più recenti. Tale incremento intervenuto nel periodo universitario riguarda anche le attività di guardia giornaliera di durata prolungata a 12 ore, che concerne per organizzazione interna i giorni festivi e il periodo estivo (trimestre 15 giugno-15 settembre) ($p < 0,001$). Riguardo ai turni di guardia notturna (ore 20,30-8,30), non si notano invece modificazioni rilevanti tra i due periodi allo studio, nel corso dei quali il professionista ha espletato sempre poco meno di tre guardie notturne in media, per ciascun mese di servizio.

Per quanto concerne i servizi di pronta disponibilità (c.d. "reperibilità"), se non si notano differenze significative tra i due periodi in esame per quanto riguarda il numero complessivo di turni prestati, emerge un raddoppio dei turni di reperibilità effettuati nel periodo di servizio universitario rispetto a quello ospedaliero, enucleando il sottogruppo dei turni erogati per 24 ore

su 24, e propri delle sole giornate festive ($p < 0,001$).

Modesto e non confrontabile tra i due periodi appare invece l'apporto del professionista suddetto alle attività svolte nell'ambito territoriale (es. consulenze specialistiche a favore degli altri due ospedali generali cittadini, e servizi sul territorio), in cui non si notano variazioni temporali statisticamente significative.

Come accennato in precedenza, in continua, costante ascesa appare l'apporto del professionista in oggetto ai turni di guardia attiva, diurna e notturna nel loro complesso (nel corso dei quali si gestiscono le urgenze sotto ogni forma, nonché le attività di consulenza dai Pronti Soccorso e quelle di ricovero programmato e di ricovero urgente). Dalla Tabella II si evince infatti come il professionista abbia prestato tali compiti per il 7,37% delle monte-ore di guardia dell'intera équipe di 15 sanitari nel corso del primo anno di osservazione (2002), e che tale percentuale sia andata salendo anche nel corso del passaggio dalla dipendenza ospedaliera e quella universitaria, fino ad attestarsi a oltre il 12% del monte-ore di guardia prestate dall'intera équipe nel periodo più recente (anni 2009-2010). Anche tali servizi di guardia attiva, se da un lato consentono al professionista di mantenere pieno contatto con l'epidemiologia e la clinica attuali, dall'altro restringono drasticamente gli spazi dedicati a implementare un'attività universitaria di qualche rilevanza.

Considerando infine nel loro complesso le giornate di presenza e quelle di assenza dai servizi a carattere puramente assistenziale (presentati nelle ultime tre colonne a destra della Tabella II), non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i due periodi (53 mesi di dipendenza universitaria, *versus* 40 mesi di dipendenza ospedaliera), con una media mensile di giorni di presenza che si attesta poco al di sotto dei 24 giorni al mese. Le giornate di assenza dai servizi si caratterizzano nel periodo universitario per un'ulteriore, seppure modesta riduzione: enucleando dalle giornate di assenza complessive quelle dovute a "missioni" (es. partecipazione ad attività di corsi e congressi, altri incarichi istituzionali, ecc.), si osserva un incremento ($p < 0,005$) nel corso del periodo universitario, da ascrivere per lo più ad attività istituzionali indifferibili. Da sottolineare infine la totale, assoluta assenza di giorni di malattia, mai fruiti nell'intero arco di tempo considerato (anni 2002-2010) (Tabella II).

DISCUSSIONE

Dall'estrema frammentazione delle attività assistenziali espletate dal professionista oggetto del presente studio, ricomprese nell'intero arco delle numerose e variegiate prestazioni fornite dalla Divisione Ospedaliero-universitaria in oggetto, si evince come prima considerazione che, sul versante organizzativo, a tutti i sanitari viene consentito di occuparsi di tutti i servizi e di tutte le patologie, il che, se da un lato favorisce un approccio olistico all'intera disciplina nelle sue più diverse sfaccettature organizzative e assistenziali, dall'altro rende virtualmente impraticabile assicurare una gestione continuativa dei diversi settori operativi, e rende pressoché impossibile il mantenimento di una continuità assistenziale nello specifico rapporto medico-paziente (salvaguardato soltanto in sede di degenza ordinaria, e parzialmente nelle attività di Day-Hospital e Day-Service).

Sul versante puramente assistenziale, se l'obiettivo comune di voler costruire e mantenere un'équipe in cui tutti i professionisti medici "sappiano fare tutto" allo scopo di preservare l'orizzonte più ampio possibile sulla casistica ospedaliera e territoriale e sulle diverse attività assistenziali, diviene nel contempo inevitabile restringere (e quindi mortificare), non soltanto lo sviluppo e il mantenimento di relazioni biunivoche medico-paziente-(parenti) (che nell'ambito della gestione di numerose patologie croniche a evoluzione potenzialmente severa e mortale presenta un'elevata importanza, nel garantire il massimo successo terapeutico in termini di *compliance* e di creazione di rapporti di fiducia) [7,8], ma anche l'eventuale implementazione di percorsi di maturazione professionale, e ancor più di attività di ricerca di base, e di ricerca clinica (le quali necessiterebbero una sempre maggiore concentrazione del medico specialista su un settore clinico-assistenziale sufficientemente delineato e demarcato, tale da poter consentire approfondimenti scientifici e speculativi, e da poter supportare attraverso specifiche collaborazioni con altri professionisti e con laboratori di ricerca).

Considerata nel suo insieme, l'attività assistenziale prestata dal professionista in oggetto in un arco di tempo sufficientemente ampio (quasi otto anni), e presso la medesima Divisione della stessa Azienda Ospedaliero-universitaria, appare quindi pienamente esemplificativa di quanto si ri-

scontra in ambienti di lavoro ove, accanto alla specializzazione e alla professionalità dell'intera équipe, l'incombente necessità di assicurare i servizi assistenziali secondo turni di lavoro mutuamente condivisi tende a uniformare le prerogative dei singoli a favore delle prestazioni complessive fornite dalla Divisione e dell'Azienda, "spersonalizzando" inevitabilmente l'operato e gli obiettivi dei singoli professionisti, che hanno il vantaggio di sommare indistintamente le loro attività assistenziali a quelle svolte dai colleghi, in una prestazione che potremmo definire "di gruppo" o divisionale (come evidenziato in particolare per l'assistenza erogata a favore dei servizi di Pronto Soccorso), ma assistono forzatamente al loro "annullamento" come singoli professionisti, laddove alla logica del "sanitario di riferimento" si sostituisce sempre più quella della "struttura di riferimento".

Non per nulla questo modello organizzativo appare quello largamente prevalente nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ad opera delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere italiane, in quanto apparentemente salvaguarda una sorta di equità nella distribuzione dei carichi e degli orari di lavoro e di servizio sulla base di turni condivisi e garantiti dalla Direzione, e garantisce ai singoli professionisti una sorta di alternanza nelle attività assistenziali, che in molti casi gioca a favore di un'assistenza di équipe, laddove la gestione assistenziale nella sua complessità e il caso clinico singolo vengono presi in carico dall'intera squadra assistenziale, che assume quindi cura nel suo insieme le eventuali criticità cliniche e gestionali. Sull'altro versante, come è facilmente prevedibile, soprattutto nell'ottica del singolo paziente e dei familiari, un'assistenza di équipe tende a far perdere di vista le peculiarità personali, e inevitabilmente indebolisce e mina il rapporto medico-paziente, che tanta importanza riveste proprio nella cura di patologie croniche, a evoluzione potenzialmente grave e mortale [7,8].

Sul versante della medicina universitaria, laddove si richiede al "medico universitario" di fondere indissolubilmente le proprie attività assistenziali con quelle di didattica, formative, di tutoraggio, e ancor più di ricerca, appare fin troppo evidente che la debordante attività di cura e la sua frammentazione basata sulla turnistica delle attività prestate ai malati siano foriere di conseguenze estremamente deleterie sui compiti istituzionalmente assegnati alla medicina universitaria,

che si vede sempre di più ristretta in tempi e in spazi lasciati liberi dalle molteplici attività assistenziali e dalle relative, inderogabili azioni burocratiche, organizzative e manageriali, che molto spesso travalicano di gran lunga anche gli orari dedicati dal professionista all'assistenza diretta ai malati (Tabella I).

Il caso del professionista preso in oggetto appare a questo proposito paradossale nella sua emblematicità. Se nel corso dei 40 mesi di attività in qualità di medico ospedaliero restavano modesti spiragli di tempo e di lucidità da poter dedicare ad attività speculative e scientifiche non istituzionalmente richieste come indispensabili, e che spesso rappresentavano atti di riflessione e di ripensamento delle modalità assistenziali del singolo sanitario e dell'équipe di appartenenza, proprio a seguito del passaggio del medesimo professionista a una qualifica universitaria, nei successivi 53 mesi l'incalzare delle attività di routine clinico-assistenziali richieste con frequenza crescente (e svolte con estrema disponibilità e sollecitudine dal professionista stesso, che manifesta pieno entusiasmo nell'offrire la propria quotidiana disponibilità e collaborazione), finiscono con l'azzerare materialmente i tempi da poter dedicare ad attività di didattica, di tutoraggio, e ancor più di progettazione e di ricerca scientifica. Come è noto, queste attività si fondano su una rigorosa pianificazione, sul supporto di un'équipe, di un'azione multidisciplinare, e preferibilmente su collaborazioni nazionali e internazionali, onde raggiungere livelli quantomeno di sufficienza.

È superfluo sottolineare che i docenti universitari (a qualunque disciplina essi appartengano) sono valutati più per la loro attività accademica che per quella assistenziale (che rappresenta invece una prerogativa della medicina ospedaliera).

Senza dover giungere ai fin troppo abusati aforismi di anglosassona memoria (di cui è patognomica l'espressione *publish or perish*, recentemente discussa anche in memorie scritte su periodici di medicina del lavoro [9]), il mancato raggiungimento di traguardi di ricerca e la mancata pubblicazione di studi scientifici adeguati in termini di qualità e di quantità ostacola ogni progressione di carriera, e soprattutto tende a ridurre ulteriormente i già risicati fondi a disposizione, aggravando in tal modo il circolo vizioso in cui una larga fetta della medicina universitaria rischia di essere trascinata sempre più,

alla luce delle contingenti difficoltà e delle ristrettezze economiche e di personale.

Oltre che sul piano dell'integrazione tra attività ospedaliera e attività universitaria (attualmente giunte ai limiti dell'inconciliabilità), e al di là della diuturna mortificazione della produttività scientifica e dell'azione accademica, in campo prettamente ergonomico c'è da sottolineare la crescente incompatibilità tra carichi di lavoro sempre più abbondanti, variegati, e non coordinati tra loro, e la necessità dettata dalla dipendenza universitaria di dover rendere conto alla propria Direzione e ai propri organi accademici di attività di altra natura, prevalentemente di ricerca e di sviluppo, piuttosto che assistenziale. Superfluo appare quindi ricordare quanto questo conflitto di interessi del tutto interno ai singoli professionisti e quindi quanto mai paradossale, quando lo stesso professionista è tenuto a indossare sia la casacca dell'ospedaliero sia la casacca dell'universitario, nell'impossibilità di dilatare i tempi a disposizione (le giornate durano sempre e soltanto 24 ore), sia foriero di un senso di frustrazione personale e professionale, sia responsabile di un discutibile uso delle risorse umane disponibili (se il personale universitario si trova nella necessità di svolgere una prevalente attività assistenziale, esso vede gravemente minato il suo orizzonte scientifico e di ricerca e il suo avanzamento di carriera), e possa avere ricadute anche di pertinenza di medicina del lavoro ed ergonomica, che possono spesso concludersi su versanti francamente patologici.

Da molti anni sono oramai noti e ampiamente discussi stati di disadattamento dovuti all'incalzare di turni di assistenza a cui si cerca di intercalare le attività scientifiche e didattiche [6], fino ad assistere all'emergere di veri e propri rischi per la salute dei singoli professionisti della sanità a ogni livello professionale, ivi compresi gli specialisti in formazione [10]. Tali fenomeni riguardano anche strutture ambulatoriali (*outpatient clinics* del mondo anglosassone), oltre che il classico ambiente ospedaliero [4,11], e sono direttamente o indirettamente connessi alla prolungata presenza sul posto di lavoro, oppure al trasferimento forzoso in ambito domestico della maggior parte delle attività di aggiornamento e di ricerca per cui non sia possibile trovare spazio e tempo quando ci si trovi impegnati con le attività puramente assistenziali sul luogo di lavoro, fino alle difficoltà relazionali ed esistenziali, certamente di difficile misurazione e catalogazione, ma

che minano profondamente l'esistenza di professionisti a cui vengono affidati compiti probabilmente troppo rilevanti, talora di taglio organizzativo-manageriale più che sanitario in senso stretto, e comunque troppo pressanti, in base al tempo e ai mezzi disponibili [4,5; 10-14]. Da indagini svolte in Italia e in altri Paesi, tali professionisti lamentano soprattutto di sentirsi sottoposti a (e spesso sopraffatti da) richieste di intervento e di prestazione d'opera spesso incoerenti tra loro, se non addirittura apertamente conflittuali [15]. Infatti, è purtroppo la sempre più debordante attività clinico-assistenziale e burocratica a richiedere di comprimere necessariamente tutte le risorse accademiche e di ricerca, che a fronte di necessità contingenti e impellenti vengono di mano in mano rimandate, ristrette nei loro orizzonti, o limitate per forzata mancanza di mezzi, e ancor più di tempo disponibile e di un sufficiente stato di efficienza fisica e di lucidità mentale.

A partire da situazioni di forte disagio e di disadattamento psico-sociale create nell'ambiente di lavoro, non è difficile notare per un inevitabile effetto di "trascinamento" l'instaurarsi di vere e proprie patologie organiche (tra cui prevalgono quelle legate alle modificazioni forzose dei ritmi circadiani, quali quello sonno-veglia, il ciclo mestruale, e le funzioni ormonali e di omeostasi nel senso più lato del termine) [10], che rendono ancora più complesso conciliare le realtà lavorative con l'universo degli affetti, della famiglia, e dell'intera società [5,11,14,15], rispetto alla quale i professionisti della sanità tendono a configurarsi sempre più come "alieni".

Al di là della disamina di documenti a carattere puramente amministrativo, organizzativo, economico e regolatorio relativi allo *status* dei medici universitari a livello nazionale [3], a livello dei Servizi Sanitari Regionali [1], e a livello delle singole realtà Ospedaliero-universitarie locali [2] (che esula totalmente dagli scopi di queste riflessioni), e al di là del talora illusorio e probabilmente meschino tentativo di voler suddividere rigorosamente gli inscindibili impegniquotidia-

ni e settimanali di carattere di volta in volta ospedaliero oppure universitario nell'ambito delle 38 ore di servizio settimanale da assicurare secondo i termini contrattuali [1-3], al fine di tentare di salvaguardare le attività scientifiche-didattiche dalla crescente pressione dei compiti clinico-assistenziali, amministrativi e burocratici, il presupposto di questo breve scritto è quello di limitarsi a suscitare un dibattito circa il ruolo, i compiti, e i fini della medicina universitaria in Italia a tutt'oggi. Ci si auspica che la buona volontà e il buon senso di tutti i singoli operatori e di tutte le singole istituzioni coinvolte (essenzialmente università ed Aziende Ospedaliero-universitarie) portino a trovare un canovaccio d'intesa per valorizzare le risorse dei loro professionisti, approfittando delle personalità e delle capacità scientifiche, didattiche, assistenziali e organizzative dei singoli e delle équipes, e senza trascurare nel contempo gli altrettanto cogenti e complessi compiti relativi all'erogazione delle cure ai pazienti, che contemplanò a loro volta responsabilità e competenze estremamente delicate, e un'organizzazione dedicata da parte dei medesimi professionisti.

Questa sorta di laboratorio sperimentale si può e si deve realizzare tipicamente nelle Aziende miste, a componente sia universitaria, sia ospedaliera, e negli Istituti di Ricerca e Cura e Carattere Scientifico legalmente riconosciuti (IRCCS), e può costituire un'opportunità di rinnovo di un'integrazione attraverso un percorso condiviso, in grado di garantire ai responsabili di struttura, ai singoli professionisti, ai pazienti assistiti, e all'intera collettività, un percorso di crescita e di massima valorizzazione delle risorse sanitarie, professionali, scientifiche, economiche, e ancor più delle risorse umane ed etiche, che stanno alla base della medicina, intesa come scienza olistica.

DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito agli argomenti trattati nel presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Accordo in attuazione del protocollo d'intesa tra Regione ed Università dell'Emilia-Romagna, per le attività assistenziali (25 maggio 1999)
2. Accordo tra l'Università degli Studi di Bologna e l'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi sulla rilevazione del debito orario del Personale Universitario equiparato alla Dirigenza Sanitaria (26 febbraio 2002)
3. Decreto Legislativo n. 517 (21 dicembre 1999). Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* 2000; 8 (Suppl. Ordinario 10)
4. Chin MH, Kirchoff AC, Schlotthauer AE, Graber JE, Brown SE, Rimington A et al. Sustaining quality improvement in community health centers: perceptions of leaders and staff. *J Ambul Care Manag* 2008; 31: 319-29
5. Toffoletto F, Latocca R. Atti del Convegno "Stress e attività lavorativa". *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: 185-235
6. Udasin IG. Health care workers. *Prim Care* 2000; 27: 1079-102
7. Fuertes JN, Mislovack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns* 2007; 66: 29-36
8. Niu K, Chen L, Jenich H. The relationship between chronic and non-chronic trends. *Popul Health Manag* 2009; 12: 31-8
9. Franco G. Publish or perish: the scientific productivity of academics in the field of occupational medicine. *Med Lav* 2009; 100: 163-70
10. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Acad Med* 2004; 79: 394-406
11. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med* 2009; 151: 28-36
12. Buselli R, Pacciardi B, Gonnelli C, Novi M, Gattini V, Guglielmi G et al. Supporto psichiatrico ai lavoratori della sanità sottoposti a sorveglianza sanitaria periodica. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31: 149-53
13. Gottardi G. Lo stress lavoro-correlato: il recepimento dell'accordo quadro europeo. *Guida al Lavoro* 2008; 26: 20-4
14. Pisanti R. An empirical investigation of the demand-control-social support model: effects on burnout and on somatic complaints among nursing staff. *G Ital Med Lav Erg* 2007; 29 (1 Suppl. A): A30-6
15. Siegrist J. Adverse health effects on high effort-low reward conditions at work. *J Occupational Health Psychol* 1996; 1: 27-43