

UNIVERSITÀ E SSN

Per una sempre migliore connessione tra didattica, assistenza e ricerca

“He who studies medicine without books sails an uncharted sea, but he who studies medicine without patients does not go to sea at all”

Sir William Osler - *Books and Men*
Boston Medical and Surgical Journal - 1901

Potremmo tradurre: “Chi pratica la medicina senza studiarla è come un nocchiero che naviga senza carte nautiche, ma chi studia la medicina solo sui libri (senza pazienti) è come il nocchiero che non naviga affatto”.



PAOLO SCOLLO
Rettore Università degli Studi di Enna “Kore”
Direttore Dipartimento Materno-Infantile Ao “Cannizzaro” - Catania



GIUSEPPE SCIBILIA
Associato Università degli Studi di Enna “Kore”
Direttore Uoc di Ginecologia e Ostetricia Ospedale “Giovanni Paolo II” - Asp 7 - Ragusa

QUESTA CONSIDERAZIONE educativa di un personaggio cardine della medicina del '900 resta attuale e fondamentale nei concetti di insegnamento in generale e nel campo medico in particolare. L'obiettivo è quello di creare e consolidare una sinergia tra didattica, assistenza e ricerca per un sistema sanitario che apprenda, cresce e, in ultimo, fornisce alla popolazione un servizio sanitario che sia efficiente, strutturato, aggiornato e quindi efficace nella tempestiva diagnosi e cura delle patologie.

La qualità delle cure, infatti, dipende dalla capacità di far dialogare a ciclo continuo formazione, pratica clinica e ricerca. Oggi c'è ancora disomogeneità tra ambiti con una governance frammentata e carichi assistenziali che schiacciano la didattica, e altri ambiti in cui la didattica è priva di un carico assistenziale che la confermi e la orienti, finalizzandola al principale obiettivo che è la cura dei malati e lo studio delle patologie nelle loro particolarità e nelle loro trasformazioni e personalizzazioni. Percorsi di carriera poco integrati, limitano la applicazione della teoria e della ricerca e di converso non riescono a inserire figure di larga esperienza pratica in contesti di insegnamento e di comunicazione della realtà clinica alle nuove generazioni di studenti che hanno il diritto di ricevere una formazione aperta alla ricerca ed allo studio, finalizzandola alla cura delle patologie o, ancor meglio, dei malati.

“..The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease..”

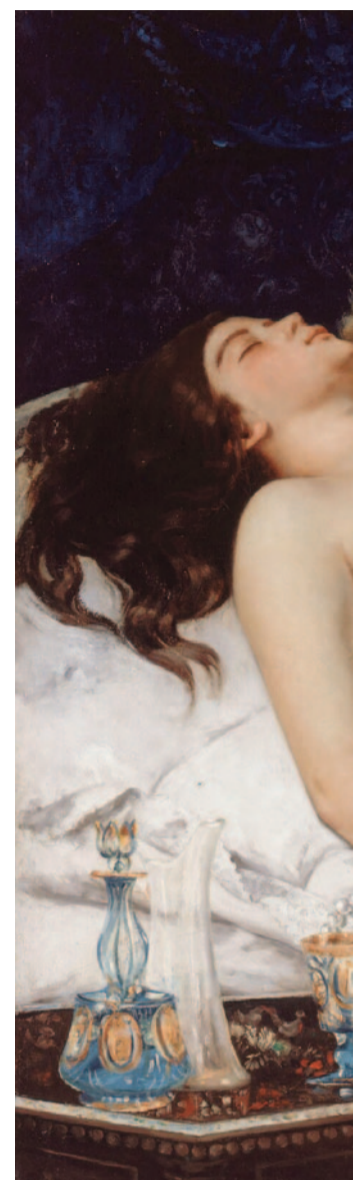
Sir W.Osler

La formazione non può prescindere peraltro dallo studio della prevenzione delle malattie, fondamentale componente della formazione medica che deve orientare i percorsi politico-sanitari, perché “prevenire è meglio che curare” non è solo uno slogan ma una realtà che in molti ambiti sarebbe applicabile se solo sistemi di educazione sanitaria e la cultura esportata alle nuove generazioni diventasse viatico per una consapevole applicazione di stili di vita, alimentazione e adesione alle buone pratiche diagnostiche sanitarie

(programmi di screening). Tra le realtà problematiche più rilevanti che si riscontrano in ambito sanitario a vari livelli:

- 1 Governance ed incentivi disallineati: università e aziende sanitarie rispondono ad obiettivi e bilanci diversi. Quando le priorità gestionali puntano solo ai volumi o ai conti con scadenze a breve termine, il tempo per docenza e ricerca si assottiglia.
- 2 Molti luoghi di cura sono inseriti in contesti organizzativi che hanno come principali obiettivi la prevenzione e la assistenza per patologie croniche: in questo scenario anche gli ospedali ed i reparti di cura risultano mortificati dalla assenza di investimenti e ritorni in termini di immagine, produttività e di strumenti di valorizzazione dei volumi di lavoro. Sebbene siano presenti professionalità di larga esperienza tecnica e clinica, si perde la possibilità di migliorare il sistema sanitario territoriale, di aumentare l'offerta di cura alla popolazione che insiste su quel territorio, di competere nella qualità delle cure con altre strutture sanitarie e di offrire in loco trattamenti adeguati, frenando la migrazione sanitaria.
- 3 Percorsi formativi frammentati: tirocini e scuole di specialità non sempre garantiscono rotazioni in setting differenti (territorio, emergenza, cronicità, ricerca clinica).
- 4 Barriere tecnico-organizzative: dati clinici non interoperabili, procedure etiche e amministrative ridondanti, scarsa presenza di figure (data manager, study nurse, biostatistici, etc) che rendano la ricerca parte del lavoro quotidiano, gestendo ed organizzando i dati in modo che il clinico si occupi della parte assistenziale e della programmazione scientifica appoggiandosi a loro per la esecuzione della raccolta dati e controllo

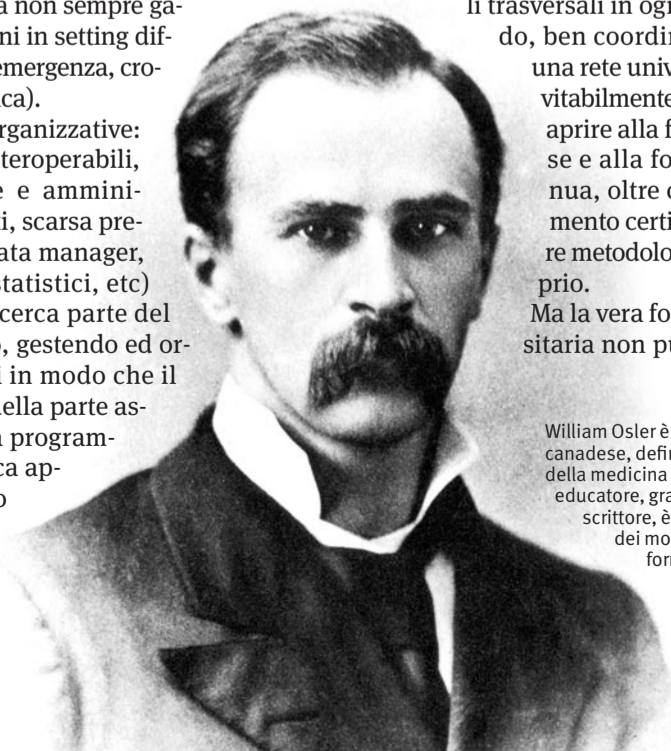
GUSTAVE COURBET
Il sonno (1866)



lo della qualità dei dati e relazioni con i sistemi di controllo di qualità.

In questo contesto, consapevoli del vantaggio che ne deriverebbe per tutti, una integrazione e una maggiore sinergia tra Università e Ssn come modalità per ridurre inefficienze e migliorare gli esiti, costituirebbe una strategia fondamentale. Una alleanza in un “learning health system” che migliorerebbe risultati clinici e formazione e che consentirebbe al “nocchiero” di navigare con le carte nautiche, quindi offrire le cure migliori con conoscenza ed esperienza adeguate. Oggi la facilità di comunicazione, la conduzione di studi clinici multicentrici, la possibilità di insegnare ed apprendere in rete, e la condivisione tramite reti informatizzate, offre la possibilità di avere una preparazione ed aggiornamenti culturali trasversali in ogni parte del mondo, ben coordinati e favoriti da una rete universitaria che inevitabilmente è la sola che può aprire alla formazione di base e alla formazione continua, oltre che un aggiornamento certificato da un rigore metodologico che gli è proprio. Ma la vera formazione universitaria non può essere che fu-

William Osler è stato un medico canadese, definito come uno dei padri della medicina moderna. Patologo, educatore, grande bibliofilo, storico e scrittore, è considerato il creatore dei moderni sistemi di formazione delle specializzazioni mediche





sa con la “verità clinica” per cui va applicata e insegnata sul campo clinico senza il quale resta sterile e poco utile. In tale ottica, estendere la componente di apprendimento assistenziale alla rete del SSN aumenta i numeri e riduce i tempi necessari per una solida esperienza per i singoli medici per coniugare cultura scientifica e pratica clinica in modo da formare prima possibile una figura professionale che possa occuparsi di curare la popolazione malata in vari contesti clinico-assistenziali. Ciò che non può mancare è una attenzione (ormai sancita anche dall’obbligo della “educazione continua in medicina” quantificata dal numero di crediti ECM da accumulare) all’aggiornamento continuo che rende il medico che se ne fa protagonista, certamente più soddisfatto e consapevole della propria professionalità oltre che garantire cure attuali e sempre più efficaci alla popolazione.

Le conoscenze, lo sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie in ambito diagnostico e terapeutico, medico e chirurgico ormai sono talmente veloci nella loro crescita ed aggiornamento, che vanno garantite con un percorso di aggiornamento, anch’esso indispensabile e che trova ancora maggiore espressione se governato e promosso dall’ambiente formativo universitario in sintonia con quello assistenziale universitario e ospedaliero che ne rappresenta poi la garanzia di applicazione adeguata per la popolazione afferente alle cure.

Un mondo quindi che partendo dal dialogo e dalla sinergia dei ministeri che ne sono a capo (ministero della salute e ministero dell’università e della ricerca) deve svilupparsi con la consapevolezza che un dialogo sinergico amplifica i risultati, l’efficienza e la qualità, e distribuisce al meglio le energie economiche, di personale e di struttu-

re per offrire un sistema sanitario di qualità e sostenibile, per tutta la popolazione, in un contesto come quello italiano che certamente è tra i migliori al mondo dal punto di vista etico-assistenziale, e proprio per questo, avendo applicato un paradigma che vede al centro il paziente e le cure alle quali ha il diritto di accedere, necessita ancor di più di una sostenibilità che si giova non di ripetizioni o di inutili competizioni alternative, ma di una sana sinergia con obiettivi comuni e interazione intelligente e produttiva.

La pandemia ha ribaltato le priorità mettendo al primo posto la salute della popolazione ed in nome suo e della emergenza sanitaria, università e servizio sanitario nazionale, ricerca e assistenza, collaborando hanno dimostrato come la conoscenza può muoversi più in fretta dal laboratorio al letto del paziente e ritorno.

La ricerca e la formazione non sono quindi solo una questione di eccellenza accademica da svolgere in ambito squisitamente universitario in cui far convogliare realtà sulle quali speculare e teorizzare, ma è la leva che permette di formare professionisti pronti alle sfide cliniche reali, attrarre talenti, aprire sperimentazioni e diffondere buone pratiche in un sistema integrato, non solo nei grandi hub universitari.

Si cura meglio dove si fa ricerca non è solo uno slogan quindi, ma è una realtà, il rigore scientifico diventa linee guida, precisione, dimostrazione dei percorsi realmente utili e riduzione di approssimazione e improvvisazione, che vengono relegate solo agli imprevisti.

In Italia l’infrastruttura di base esiste: aziende ospedaliero-universitarie, policlinici, scuole di specializzazione, reti cliniche, centri di ricovero e cura a carattere scientifico e centri di ricerca. L’importante è aumentare il livello di connessio-

ne fra didattica, assistenza e ricerca che resta a tutt’oggi dipendente dalla buona volontà dei singoli e dai livelli di dialogo non normati da percorsi ufficiali; i protocolli di integrazione dovrebbero partire da un dialogo che diventi operativo a livello ministeriale con protocolli di intesa Università-Ssn che possano essere ribaltati immediatamente a livello regionale con gli adeguamenti necessari in ragione delle varie realtà ma sempre aderenti alla finalità di base, e poi provinciale, in una logica “consecutio” di indicazioni politico-assistenziali che coinvolgano in rete le strutture sanitarie e di ricerca e formazione.

Il risultato non potrebbe che essere di un aumento di velocità ma soprattutto efficienza e precisione in un contesto competitivo e demografico (invecchiamento della popolazione, complessità clinica crescente, pressioni sull’organico) che non concede margini e ritardi.

La Sicilia in questa ottica ha applicato una logica di crescita comune e non separata a compartimenti e l’assessorato ha siglato un protocollo di intesa che valorizzando i vari ambiti sanitari, dalla università, alle aziende ospedaliere, agli Irccs, ai policlinici e Arnas e, non ultime alle ASP, ha cercato di fornire le basi per una operatività costruttiva e sinergica che comporti vantaggi per tutti e soprattutto aumento delle risposte alla crescente domanda sanitaria del territorio e della popolazione in un contesto di riduzione del personale sanitario, di aumento della spesa sanitaria e della necessità di promuovere rilancio della prevenzione e riduzione della migrazione sanitaria e ottenimento di cure al passo con le conoscenze scientifiche attuali, oltre che dare la possibilità ai giovani studenti di sperimentare la realtà ospedaliera del territorio, dei centri di 1° e 2° livello, di formarsi anche in un contesto di “real life” più aderente alla realtà regionale in modo da fare scelte future più consapevoli nell’ambiente lavorativo.

In questa ottica, quindi, sembra ragionevole puntare sulla strutturazione di una rete formativa unica tipo “hub & spoke”, con hub universitari e spoke ospedalieri e territoriali accreditati, inseriti in ragione di competenze e volumi di casi certificati a livello nazionale. Tutor clinici riconosciuti (anche ospedalieri, non solo universitari) e rotazioni obbligatorie su territorio, ospedale e ambienti di ricerca. Ogni rete formativa dovrebbe inoltre includere un “simulation center” e “skills lab” con valutazioni standard, oltre a moduli obbligatori su metodologia della ricerca, biostatistica, etica, comunicazione clinica e lavoro in team.

Misurare ciò che conta quindi in un cruscotto nazionale che registri esiti clinici “risk-adjusted”, tassi di aderenza alle linee guida, tempi di inserimento in sperimentazione, competenze acquisite, soddisfazione di studenti e pazienti, sbocchi occupazionali.

“

Si cura meglio dove si fa ricerca non è solo uno slogan quindi, ma è una realtà, il rigore scientifico diventa linee guida, precisione, dimostrazione dei percorsi realmente utili e riduzione di approssimazione e improvvisazione, che vengono relegate solo agli imprevisti