



**=Studio sullo stato dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università in tema di assistenza, didattica e ricerca=**

**-Gruppo di lavoro sul personale e scuole di specializzazione=-DOCUMENTO FINALE COMPLETO=**

**PROMEMORIA ED INDICAZIONI-RACCOMANDAZIONI OPERATIVE RELATIVE AL PERSONALE UNIVERSITARIO OPERANTE PRESSO LE STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE-(5 pagg.)**

***a) Personale docente: professori di ruolo e ricercatori.***

Il rapporto sinergico tra la Facoltà di Medicina e Chirurgia - che prepara all'esercizio delle professioni mediche e sanitarie - ed il Servizio Sanitario Nazionale - presso cui operano i predetti professionisti - risponde ad una esigenza funzionale per i due Sistemi ed è stato sempre sancito dalla Legge e ribadito dalla giurisprudenza e da tali fonti e sentenze non si può prescindere in questo breve esame delle principali problematiche, con discendenti e conseguenti indicazioni operative omogeneizzanti a fini risolutivi delle stesse.

Fonti normative e sentenze che si sono succedute nel tempo, nel disciplinare i rapporti tra le due Istituzioni, tenendo conto della evoluzione giuridica ed organizzativa dei due Sistemi, hanno definito o precisato anche le modalità di inserimento e di ricompensa dei docenti clinici nel Servizio Sanitario.

I capisaldi di tale rapporto, nel passato, erano rappresentati dal D.P.R. n. 382/1980, per gli aspetti normativi e dal D.P.R. n. 761/1979, per quelli economici.

Il primo tendeva a sottolineare e valorizzare l'inscindibilità tra l'attività assistenziale e quella didattica e scientifica prevedendo, all'art. 102, una trasposizione automatica tra carriera universitaria e quella ospedaliera e stabilendo che il professore universitario rispondeva, anche per l'attività assistenziale, alle Autorità Accademiche.

Con il secondo provvedimento (artt. 31 e 35 D.P.R. n. 761/1979) si ribadiva, invece, quanto già da tempo veniva riconosciuto al personale universitario in termini di equiparazione economica (L. n. 213/1971 per i docenti; L. n. 200/1974 per i non docenti) e conseguentemente si definiva, per lo stesso personale, un orario analogo a quello del personale ospedaliero, seppur complessivamente inteso (attività didattica, scientifica ed assistenziale).

La legislazione più recente ed i discendenti protocolli, riconoscendo e ribadendo la necessaria sinergia tra il Sistema universitario e quello ospedaliero - tanto da prevedere l'istituzione di "Aziende Ospedaliere Integrate" tra Servizio Sanitario Regionale e Facoltà di Medicina e Chirurgia - pone l'accento sulla collaborazione tra le due Istituzioni ("leale collaborazione") e sui 'pari diritti e doveri' del personale, ancor più che sul rapporto convenzionale e strumentale prima vigente (art. 39 L. n. 833/1979).

Il D.Lgs. n. 517/99, conseguentemente, ridefinisce la posizione del personale clinico che opera presso il Servizio Sanitario, sia sotto il profilo normativo (art. 5) che sotto il profilo economico (art. 6).

La nuova normativa prevede così che i docenti clinici assumano, nei confronti dell'Azienda e della Direzione Aziendale, tutti i doveri propri dei medici del Servizio Sanitario e che, della attività assistenziale, rispondano alla Direzione Aziendale.

Dal punto di vista economico poi, l'art. 6, tiene conto delle modifiche intervenute nella retribuzione ospedaliera contrattuale a seguito sia del Contratto Collettivo di Lavoro, previsto per tale categoria di personale, sia della istituzione della dirigenza unica, riconosciuta al personale medico.

Entrando nello specifico, il trattamento economico dei Dirigenti Medici del Servizio Sanitario prevede le seguenti categorie retributive:

- a) un trattamento economico di base e generalizzato per tutto il personale destinatario del contratto (oggi: tabellare, anzianità ove acquisita, specificità medica), a prescindere dalla posizione ricoperta in azienda, cioè dovuto automaticamente al solo fatto di essere e svolgere specifica qualifica di medico, con i connessi diritti e responsabilità civil-penali;
- b) un trattamento economico intero ed aggiuntivo in relazione alla responsabilità assistenziali ricoperte (oggi: retribuzione di posizione minima contrattuale e variabile in godimento in epoca pre-protocolli, responsabilità U.O. complesse o moduli, responsabilità Dipartimentale);
- c) un trattamento economico intero ed aggiuntivo correlato alla scelta del rapporto esclusivo ed alle particolari condizioni di lavoro (oggi: rischi, guardie, ecc.), ove dovuto;

- d) un trattamento accessorio correlato ai risultati ottenuti; eventuali possibili altre voci e/o indennità di futura istituzione contrattuale,.

Entrambi gli istituti sopra richiamati per il personale medico ospedaliero (contrattazione collettiva e dirigenza unica) sono estranei alla normativa riferita ai docenti universitari il cui stato giuridico è rimasto “riserva di legge” e gli stessi docenti sono ancora articolati in due fasce giuridiche ed economiche di professori più la fascia dei ricercatori.

Ciò ha determinato:

- una difficile/incompleta applicazione dell’articolo 6 in alcune Sedi;
- una diversa interpretazione ed applicazione da Sede a Sede, ove avvenuta;
- talora un contenzioso, le cui sentenze di 1° e 2° grado comunque di solito confermano il diritto al trattamento dei docenti almeno al pari mansioni ed anzianità ospedaliero

Infatti, il già citato articolo 6 del D.Lgs. n. 517/99, mentre garantisce esplicitamente, al personale universitario, il mantenimento di tutto quanto previsto in epoca pre-protocolli ai punti b), c) e d) sopra indicati, fa un riferimento non chiarissimo alla voce stipendiale a) sopra citata che, in quanto base stipendiale, invece costituisce –visti anche i corposi aumenti recenti contrattuali vigenti 2002-05, la parte più rilevante della retribuzione del dirigente ospedaliero. Infatti ivi si parla di ‘oltre al trattamento assicurato dall’Università’: secondo unanimi sentenze recenti di 1° e 2° grado, riportati anche in pareri di giuristi eminenti, l’università deve assicurare il trattamento -ai fini salariali e previdenziali vista oramai come pacifico diritto costituzionale e la piena pensionabilità della indennità perequativa- del docente almeno al pari grado ospedaliero e farsene provvista presso le Regioni/ Aziende per cui esercita assistenza con la sua Facoltà di Medicina; d’altra parte non appare proponibile interpretare restrittivamente tale ‘trattamento assicurato dall’Università’ invece come riferito al SOLO trattamento stipendiale universitario base e non anche al trattamento stipendiale ospedaliero di base: infatti non ci sarebbe necessità di accordi con le Regioni perché esso solo stipendio universitario sia assicurato, poichè comune e sempre dovuto in quanto docenti a carico ‘diretto’ ministeriale, senza necessità di ultroneo intervento di norme sanitarie, ovviamente; pertanto non può che riferirsi anche al trattamento base ‘complessivo’ assicurato dall’università, cioè datore di lavoro universitario che, da un lato comanda al docente di assoggettarsi a pari doveri e responsabilità in forza di un protocollo assistenziale, dall’altro lato deve garantire un differenziale perequativo dello stipendio universitario con lo stipendio del pari grado ospedaliero, ove e se c’è mensile differenza positiva.

L’articolo 6, applicandosi pertanto, per come qui raccomandiamo, sia per le voci a sia che le voci b, c, e d, in combinato disposto onde rendere ‘congruo e proporzionale’ per il docente il trattamento COMPLESSIVO (voci, indennità ed istituti contrattuali) col pari grado ospedaliero; evitandone cioè una interpretazione restrittiva e di fatto non corrispondente a) né ai criteri Bindi assicuranti la spesa storica equiparativa del DPR 382/80 ma in forma dinamica= man mano ‘adeguata agli incrementi contrattuali’ ospedalieri; b) né aderente all’intento espresso dalla norma Bindi, dalle Linee guida e in molti protocolli regionali (Sicilia, Toscana, ecc.) di NON riforma peggiorativa dei trattamenti equiparativi preesistenti, che si avrebbe invece abolendo ‘di colpo’ l’art.31-761/79, porterebbe a superare:

- SIA la criticità propria della “sola De Maria base stipendiale” che porterebbe a riconoscere oggi basso compenso (o in passato alcun compenso), in assenza delle voci b, c, d sopra citate, se non pagate per intero e fuori ‘De Maria’, per l’attività espletata dai Direttori di Clinica e dai Docenti di prima fascia anziani che percepivano una retribuzione universitaria pari o superiore a quella ospedaliera;

- SIA a superare agevolmente e documentatamente la altrimenti grave criticità, nel contempo, di non riconoscere ora ed in futuro, di fatto, ai non direttori di Clinica (ora Unità operative), cioè a pressoché tutti gli associati (non primari) e a tutti i ricercatori ed ancor più dannosamente ai giovani professori universitari e ricercatori (di media-bassa anzianità di servizio di ruolo) alcun compenso per l’attività assistenziale; essendo infatti per essi associati e ricercatori non primari estremamente modeste, per tali figure, le voci stipendiali riferite alle indennità ed agli accessori come sopra indicate alle voci b), c) e d), essendo invece per loro corpose le differenze stipendiali già in godimento preprotocolli e ancor più con gli ‘adeguamenti congrui e proporzionali’ per come obbligati e disposti dalla medesima 517/1999, a ben leggere tutti i commi dell’art.6, senza limitarsi solo al 1° comma.

Una lettura siffatta restrittiva della prima parte dell’art. 6, confliggerebbe quindi con i principi di ragionevolezza e di uguaglianza garantiti dalla Carta costituzionale (se un docente avesse eguali mansioni e

responsabilità rispetto al pari grado ospedaliero, ma senza quei 'pari diritti', peraltro ribaditi dalla stessa norma in esame e dai vari protocolli) e costituisce un ostacolo al buon funzionamento del Servizio pubblico.

Sembra allora urgente ed opportuno intervenire, preferibilmente anche se non necessariamente sotto il profilo legislativo, ma sicuramente sul piano delle raccomandazioni operative nazionali, onde meglio precisare, anche mediante precise indicazioni operative omogeneizzanti sul piano nazionale (quivi riportate), per come questo Gruppo di Lavoro sul Personale è incaricato di fornire alle parti componenti (Stato-Regioni e Università); tali indicazioni infatti possono poi venir sposate sul piano applicativo nelle autonome decisioni Regionali (vista anche la recente sentenza Corte Cost.) e delle singole Aziende nelle trattative decentrate, sull'articolo 6 del D.Lgs.vo n. 517/99, riconoscendo a tutto il personale docente clinico un trattamento economico aggiuntivo adeguato ai trattamenti stipendiali base ospedalieri ed alle indennità intere attuali (ed eventuali future) contrattuali della dirigenza medica o sanitaria, così soltanto pertanto rispettoso della attività e responsabilità svolte da ogni docente nell'ambito del Sistema Sanitario.

Ciò può avvenire applicando il più volte citato art. 6 nel seguente modo:

- 1) con l'integrazione di una indennità, ove necessaria, utile per equiparare il trattamento economico di base e generalizzato del personale ospedaliero (oggi: tabellare, anzianità ove acquisita, specificità medica) con il trattamento economico del personale universitario (tabellare – articolato sulla base degli scatti e delle classi maturate – I.I.S., assegno aggiuntivo);
- 2) con il NON considerare come 'tetto storico' di spesa quello ivi indicato e derivante dalla c.d. "De Maria" perché ormai superato sia sotto il profilo normativo che concettuale, in quanto deve essere 'adeguato agli incrementi contrattuali', per rendere il trattamento 'congruo e proporzionale' con i contratti ospedalieri man mano vigenti.

Tale modifica applicativa, secondo la presente nostra raccomandazione, ove già non attuata, comporta al massimo un modesto incremento di spesa a carico del Servizio Sanitario, peraltro espressamente coperto con la disposta norma di 'adeguamento agli incrementi contrattuali e dal rituale e oramai pacifico divieto di riforma peggiorativa stipendiale), ma soprattutto va rilevato che:

=> l'incremento è sicuramente inferiore alle voci accessorie della retribuzione del personale medico prima indicate alle voci b), c) e d) già godute, nella massima o totale parte, anche con la cosiddetta "De Maria semplice pregressa", ed in ogni caso già previste dall'art. 6 del D. Lgs.vo n. 517/99 (per come sopra esplicitato); ed inoltre mira al contempo ad assicurare almeno i minimi contrattuali tra pari grado con la garanzia mantenuta di pagamento mensile di eventuali differenze stipendiali equiparative base si cui alla citata voce a); non voler continuare ad assicurare i trattamenti equiparativi ai docenti contrasterebbe con la realtà loro circostante, cioè con questi 2 fatti:

1°) non solo i docenti che lavorano a fianco di medici ospedalieri (a cui sono assicurati i contratti aggiornati) avrebbero una busta paga ed indennità complessive (molto) inferiore

2°) ma anche per i laureati D ed EP universitari non docenti si continuano invece a garantire tale trattamento equiparativo e di indennità del pari grado ospedaliero (ai sensi dell'art. 28, trattato in appresso), superando perfino, spesso, gli stipendi universitari dei ricercatori e associati (e di ordinari a non-alta anzianità) se fossero docenti non-equiparati.

Inoltre a causa dell'ipotetico assente/ridotto monte-salari De Maria, da cui derivano buona parte di fondi accessori, molte indennità (posizioni, struttura complesse e semplici, disagi, risultati) sarebbero non più congrue né pagabili per intero ai docenti, con effetto di perdite assurde;

=> lo stesso incremento è in ogni caso "governabile" dal Servizio Sanitario perché l'organico universitario, il numero di personale con mansioni base equiparate, le responsabilità e posizioni ricoperte dallo stesso personale, gli obiettivi posti a base della retribuzione di risultato sono oramai definiti in sede aziendale e/o di trattativa previa tra Atenei, Facoltà e Regioni, a fini di governo della spesa.

Si rileva al riguardo la necessità che nella contrattazione aziendale partecipino sicuramente nelle aziende ex-miste ospedale-università (alias aziende con il triennio clinico) con pari dignità sia la rappresentanza sindacale del personale universitario che quella del personale ospedaliero, giacché l'organizzazione funzionale ed operativa e le conseguenti pari voci stipendiali base ed indennità aggiuntive, per i motivi sopradetti, sono sicuramente e pacificamente applicabili ad entrambe le componenti universitarie (docenti e non docenti) ed ospedaliere e tale materia è demandata alla contrattazione decentrata aziendale; ciò comporta, ovviamente, che anche l'Università intervenga nella delegazione di parte pubblica. Per i Policlinici ex a gestione diretta, bisogna tener conto che la materia della rappresentanza è riserva normativa del vigente disposto CCNQ-PI= Accordo Collettivo Quadro (ai sensi D. Lgs. 29/93 e succ. mod. ed int.) sui comparti autonomi di contrattazione del Pubblico Impiego, ove si assegna ancora ai Sindacati del Comparto Università la rappresentanza ai tavoli, ancor

più dopo l'avvio dell'art. 28 che, di fatto, crea la nuova figura e veste degli universitari ospedalieri e perfino, di fatto, consente assunzioni dirette in tale nuova veste. Tuttavia, man mano che si procederà alla ventilata fusione delle tipologie sub a) e sub b) del D. Lgs. 517/99, cioè verso un unico tipo di azienda ospedaliera universitaria, ed in particolare per i Policlinici con forte componente di non dipendenti diretti dall'università, potrebbero rivedersi tali accordi-quadro verso una omogeneità.

Deve altresì rilevarsi che l'onere a carico del Servizio Sanitario è a ristoro di una prestazione assistenziale garantita dal personale universitario anche in termini di orario. L'art. 6 del D. Lgs. n. 517/99 stabilisce infatti che debba essere definita in sede aziendale la presenza del personale universitario considerando superato quanto già previsto dall'art. 35 del DPR n. 761/1999 che prevedeva per il personale universitario l'obbligo di presenza, seppure complessivamente intesa (didattica, ricerca ed assistenza), pari a quella del personale medico ospedaliero. Ciò sembra possibile nel nuovo contesto normativo che considera distinta la aggiuntiva attività assistenziale (basti pensare alle attività in assenza di studenti, ai turni di guardia e reperibilità, alla aggiuntiva responsabilità primaria che non può essere ovviamente al 50%, ecc.), rispetto a quella connessa alla sola didattica e di ricerca (seppure tale attività rimane finalizzata a queste ultime), tanto da doverne rispondere alla Direzione Aziendale.

Si potrebbe anche considerare quanto costerebbe alle Regioni il dover sostituire e rimpiazzare (a costi interi) il qualificato personale, sofisticate attrezzature e locali della diffusa ed importante rete assistenziale universitaria, se in teorica ipotesi tutti gli Atenei disdettassero gli accordi protocollari 'pattizzi', non riscontrando più convenienza/opportunità per le Facoltà Mediche, ovvero se limitassero l'assistenza a pura ricerca e didattica ai soli fini universitari.

Sul piano normativo, infine, deve segnalarsi la problematica relativa alla cessazione dei docenti universitari dalla attività assistenziale, alla luce della evoluzione normativa avvenuta.

E' ben noto che l'art. 15 novies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. collocasse il docente universitario, al raggiungimento del 67° anno di età, in posizione particolare rispetto al Servizio Sanitario escludendolo, tra l'altro, dalla direzione di strutture.

Tale normativa è superata dalla L. n. 230/2005, sebbene andrebbe precisato se con tale norma si intenda abrogare l'art. 15 novies sopra richiamato o se lo stesso rimane applicabile per tutte le situazioni residuali (Es. fuori ruolo).

In ogni caso, sulla base della esperienza maturata in questi anni e del copioso contenzioso generato dalla prima normativa citata (15 novies) si ha motivo di ritenere che qualunque sia l'età in cui il legislatore voglia collocare a riposo il personale docente universitario, questa dovrebbe coincidere con l'allontanamento dal Servizio Sanitario, senza prevedere posizioni atipiche, poco praticabili quanto anomale, che generano elementi negativi per il buon funzionamento dello stesso Servizio Sanitario.

#### ***b) Personale del Comparto Universitario.***

Tutto il personale universitario sanitario, tecnico ed amministrativo che presta servizio presso le strutture del Servizio Sanitario convenzionate e/o integrate con l'Università, sin dal 1 marzo 1974 (L. 16 maggio 1974 n. 200), ha goduto di una indennità per equiparare il proprio trattamento economico complessivo a quello del personale ospedaliero di pari mansioni ed anzianità. Il predetto principio di equiparazione economica è stato sempre mantenuto e ribadito anche dalle norme successive (a partire dall'art. 31 DPR 761/79 e da ultimo ribadito dall'art. 51 del precedente CCNL Università 1998-2001, precedente l'art. 28 dell'attuale contratto 2002-05). Per tutto il personale si intende sia quello citato nella tabella allegata, sia quello, poichè di solito laureato medico o sanitario D/EP, non elencato nella tabella ma che mantiene ovviamente le stesse posizioni di art. 31 pienamente equiparative alla dirigenza ospedaliera. In attesa peraltro del fatto che tale personale dovrebbe essere elencato in appositi tabelle/articoli nell'erigendo prossimo 1° CCNL contratto specifico della Dirigenza Universitaria.

Il C.C.N.L. del Comparto Università, del 27 gennaio 2005, con le disposizioni dettate agli articoli 28, 29 e 30, "ricollocando il personale de quo in fasce A.O.U." estende, per gran parte del personale, il concetto di equiparazione oltre alla parte economica anche ad alcuni istituti normativi propri del contratto del Comparto Sanità.

La "ratio" che emerge dalla normativa precitata è quindi quella di mantenere il personale universitario nella propria posizione giuridica di dipendenza dall'Università applicando, nel contempo, allo stesso personale, sul piano funzionale e operativo, oltrechè economico equiparativo, la normativa del corrispondente personale ospedaliero; conseguentemente, per relationem, la predetta disciplina contrattuale ospedaliera viene inserita nel

contratto del Comparto universitario e deve essere applicata, al personale “de quo”, per tutta la durata del rapporto che lo stesso mantiene con il Servizio Sanitario.

In estrema sintesi, per le esigenze di buon funzionamento del servizio pubblico, principio di rilevanza costituzionale, è necessario che SIA al personale universitario SIA ospedaliero che presta servizio presso le strutture del Servizio Sanitario convenzionate e/o integrate con l'Università, a prescindere dal comparto di appartenenza, sotto il profilo funzionale e operativo, oltrechè economico contrattuale, si applichi la stessa disciplina.

La normativa dettata dagli articoli 28, 29 e 30 del CCNL del Comparto Università, come sopra detto, risponde alle esigenze funzionali delle Aziende Integrate e/o convenzionate garantendo a tutto il personale (universitario non docente o a carico ospedaliero) che presta servizio nelle medesime, un pari trattamento economico (voci stipendiali ed indennità intere desunte dai contratti ospedalieri) e normativo; è quindi necessario che, qualora ciò non fosse ancora avvenuto, la stessa disciplina venga immediatamente applicata in tutte le Sedi.

Per completezza, devono evidenziarsi alcune criticità presenti nel contratto più volte menzionato che, in sede di interpretazione autentica o di rinnovo, andrebbero superate con maggiori chiarimenti.

Ci si riferisce in particolare:

- a) alla mobilità verticale, per gli aspetti che riguardano la regolamentazione di tale istituto;
- b) alla mobilità orizzontale, con particolare attenzione al mantenimento delle posizioni economiche orizzontali in caso di cessazione dal rapporto convenzionale; ciò in considerazione del “congelamento” subito dal dipendente universitario nella mobilità orizzontale dell'Ateneo, durante il periodo di servizio prestato presso le strutture sanitarie;
- c) al trattamento accessorio, in considerazione degli istituti con esso finanziati e della diversa costituzione dei fondi, tra i due comparti;
- d) a quanto indicato al comma 9 del già citato articolo 28 che così recita: “Per quanto non disciplinato diversamente nel presente capo, al personale universitario collocato nelle fasce come da colonna A della tabella di cui il comma 2, si applicano le norme del presente CCNL”. Al riguardo, in considerazione delle finalità equiparative del contratto, sarebbe necessario infatti indicare con ancora maggiore dettaglio quali istituti del contratto universitario si applicano al personale “de quo”, anche se implicitamente dovrebbero essere tutti gli istituti previsti grazie al mantenimento dello stato giuridico universitario, al fine di evitare anche su questo punto disomogeneità applicative ed interpretative palesatesi tra varie sedi.

Così come per il personale docente, valgono le sopra esposte considerazioni e raccomandazioni per ciò che concerne la rappresentanza sindacale. Si segnala l'opportunità che quanto sopra sia esplicitato in occasione dei prossimi rinnovi contrattuali.

La normativa, come sopra specificata, viene a modificare la posizione operativa ed economica del personale universitario rispetto alla situazione preesistente e perciò sarebbe stato auspicabile che già nel contratto del 27 gennaio 2005 fosse prevista la possibilità per il predetto personale universitario di rientrare, anche funzionalmente, all'interno dell'Università, prima della collocazione nelle anzidette fasce A.O.U.; poiché ciò non è avvenuto si ritiene che tale garanzia debba essere almeno assicurata in sede di contrattazione decentrata, a livello di Ateneo, poiché in forza della Autonomia locale possa comunque utilmente normarsi tale importante aspetto di giusta tutela.

Conclusivamente, si segnala la necessità/utilità, alla luce del presente art. 28 e delle considerazioni di cui al capitolo sui docenti e sulla 517/99, di istituire in ogni sede apposito Ufficio di Coordinamento Facoltà-Aziende Ospedaliere, che ampli le competenze di eventuali già presenti c.d. ‘uffici De Maria e trattamento dei non docenti’, raccordandole alla luce della attuali (e ancor più future) normative in materia di piena integrazione nei rapporti tra SSN e Università e considerati tutti i temi e le raccomandazioni discendenti qui elencate in materia di trattamento ed organizzazione del personale docente e non docente, ma anche per i rapporti istituzionali e quelli inerenti formazione medica e specialistica, del personale sanitario, la corsistica ECM, ecc.

---

Pisa – Ancona –Catania - 12 gennaio 2007

---

Dott.ssa Claudia Cimino  
Università di Pisa

Dott.Giuseppe Farinelli  
Università di Ancona

Prof .Calogero Rinzivillo  
Università di Catania