

Aspetti giuridici dell'evoluzione dei rapporti interistituzionali fra Università e Regione (art. 6 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e D.Lgs. 517/99) con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate di cui all'articolo 2 del D.Lgs.517/99.

Introduzione

pagg. 4-7

Capitolo primo

Breve ricostruzione normativa e dei modelli organizzativi relativi ai rapporti di cooperazione tra Sistema Universitario e Sistema Sanitario

1.1. Le prime fonti giuridiche sino alla riforma ospedaliera del 1968

pagg.8-12

1.2. Le relazioni tra SSN e Università nella Riforma sanitaria del 1978: i due livelli convenzionali (complesso convenzionato misto e il policlinico a gestione diretta)

pagg.13-15

1.3. Il D.Lgs 502/92 -517/93, con le prime “Linee guida” del 1997 (D.M. 31 luglio 1997) in particolare la revisione degli assetti organizzativi pre-esistenti :

- il Policlinico universitario a gestione diretta

- l’Azienda Ospedaliera convenzionata con l’Università (c.d. Azienda Mista)

pagg.16-31

1.4. La Legge delega 419/98

pagg.32-33

1.5. Il D.Lgs 229/99

pagg.34-35

1.6. Il D.Lgs 517/99 con le “Linee guida del 2001 (D.P.C.M. 24 maggio 2001) in particolare i nuovi modelli organizzativi utilizzati :

- l’Azienda Integrata

- l’Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU)

pagg.36-62

1.7. Riflessi sulla disciplina dei rapporti tra Università e SSN a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione

pagg.63-65

Capitolo secondo

La particolare disciplina giuridica del personale universitario coinvolto nell'assistenza

2.1. L'attività assistenziale del personale docente e ricercatore universitario con la relativa disciplina del trattamento economico

pagg.66-75

2.2. Cessazione dell'attività assistenziale del personale docente e ricercatore

pagg.76-80

2.3. L'attività assistenziale esclusiva

pagg.81-84

2.4. Il problema dell'equiparazione tra le qualifiche funzionali e i corrispondenti profili ospedalieri del personale del comparto Universitario ai fini del riconoscimento della indennità perequativa ex art. 31 del DPR 761/79 e del conseguente inserimento del personale nelle nuove fasce art.28 del CCNL-Università.

pagg.85-95

Capitolo terzo

Ricognizione dei modelli regionali e proposta di uno schema-tipo di Protocollo

3.1. Ricognizione dei Protocolli di Intesa Regionali, con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate

pagg.96-113

3.2. Spunti di riflessione finale relativi ai risultati della ricognizione

pagg.114-121

3.3. Presentazione di un modello di Protocollo di Intesa Regione/Università

pagg.122-154

Normativa significativa

pag. 155

Bibliografia essenziale

pagg.156-159

Diagrammi 1- 2 (allegati)

pagg.160-164

Introduzione

Il tema del presente studio *“Aspetti giuridici dell'evoluzione dei rapporti interistituzionali fra Università e Regione (art. 6 del d.lgs. 502/92 e s.m.i. e d.lgs. 517/99) con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate di cui all'articolo 2 del D.Lgs.517/99”*, inteso nella sua visione più ampia, nel senso della disciplina dei rapporti tra Università e SSN, è da sempre oggetto di aspri dibattiti tra i vari organi istituzionali coinvolti sotto i vari profili Regioni-Università-Aziende Sanitarie. Tale rapporto è sempre stato difficile, caratterizzato, nel corso degli anni, da fasi alterne, in cui a un'iniziale prevalenza degli interessi didattici e scientifici dell'Università, si è venuta a sostituire una preponderanza della parte assistenziale, ed, ormai da un decennio, (dall'entrata in vigore del D.Lgs 517/99) si è alla ricerca, di un migliore equilibrio che possa garantire le funzioni istituzionali proprie di ciascuno dei due “sistemi, quello universitario e quello sanitario. Una convivenza difficile, che ha creato problemi fin dall'inizio dell'instaurarsi dei rapporti tra i due sistemi.

La situazione, già in equilibrio precario, si è complicata a causa della continua ricerca di autonomia da parte delle Università per le proprie Facoltà di Medicina e dalla rivendicazione da parte del Ministero della Sanità e delle Regioni, che, nell'ultimo quinquennio, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, hanno sempre di più insistito per una quasi esclusiva competenza della materia dell'assistenza sanitaria. La Facoltà di Medicina continua a percorrere il suo cammino attraverso le esigenze, spesso divergenti, della Sanità e dell'accademia e la sua caratteristica di Facoltà "professionalizzante", non le permette di tagliare il cordone che la lega al mondo della Sanità, che, nel nostro paese, è organizzata secondo schemi centralizzati sotto il controllo del rispettivo Ministero e degli Assessorati Regionali.

La situazione appena descritta, crea un disagio cronico, acuito sia dal fatto

che le norme che regolano l'attività degli operatori sanitari e quelle che governano le istituzioni in cui essi operano, risultano poco o nulla adeguate alle esigenze imposte dal compito fondamentale dell'Università cioè a produrre cultura, sia dalla constatazione che l'istituzione universitaria fatica a comprendere queste esigenze. La Facoltà di Medicina è l'istituzione che più di ogni altra in Italia si riconosce nella missione di promuovere lo sviluppo della cultura biomedica. Per cui il suo spazio nella società italiana non è quello sanitario-assistenziale, ma quello culturale e scientifico. Tuttavia, essendo essa l'unica Facoltà, la cui attività didattica ha una controparte professionalizzante diretta e immediata, è necessario che la sua attività rimanga strettamente connessa con la pratica clinica. La logica conseguenza di queste affermazioni è che l'attività formativa guidata dalla Facoltà di Medicina debba svolgersi in un contesto in cui convergano ricerca e applicazione clinica di alto livello.

Allo scopo di fornire un “quadro aggiornato” sullo stato dei rapporti tra Università e Sanità, si è ritenuto utile procedere nel modo seguente:

1) Nel primo capitolo è stato ricostruito, brevemente e in modo “finalistico” rispetto all’oggetto del presente studio, il tema dell’evoluzione normativa e delle varie declinazioni organizzative che è possibile riscontrare, a livello nazionale, nei rapporti tra Università e SSN.

Proprio per il taglio volutamente non organico e sistematico della trattazione, si è, quindi, circoscritto il campo d’indagine e di analisi ai modelli organizzativi concepiti dal legislatore nazionale con le norme della fine degli anni ‘90 ed alla loro successiva e possibile evoluzione e/o trasformazione, ponendone in evidenza gli aspetti più significativi.

2) Nel secondo capitolo sono stati affrontati nello specifico una serie di aspetti peculiari della disciplina giuridica del personale universitario coinvolto nell’assistenza, oggetto, in quest’ultimo decennio, in particolare, di una serie di lunghi contenziosi che non hanno contribuito a fare chiarezza e rendere

uniforme sul territorio nazionale l'applicazione di alcuni istituti giuridici previsti da singole disposizioni di legge o dai CC.CC.NN.LL.

3) Nel terzo capitolo si è costruita su base empirica (e cioè tramite l'analisi della normativa prodotta reperibile sui siti web regionali e degli Atenei con sedi di Facoltà di Medicina) una banca dati delle 17 Regioni italiane ove sono presenti le 42 sedi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia .

La banca dati vuol essere, almeno nelle intenzioni di chi scrive, un utile "strumento di approfondimento" per saggiare quanto sia avanzato o meno lo stato di applicazione delle norme di riferimento. Ad esempio sul tema dei modelli organizzativi, e in particolare la fase di passaggio dalle Aziende Integrate alle Aziende Ospedaliere Universitarie, il confronto tra le diverse realtà regionali ha evidenziato una forte differenziazione tra i gradi diversi di realizzazione, ma anche approcci diversi nelle Regioni e nelle singole Aziende. Ci sono Regioni che non hanno ritenuto di avviare il processo così come previsto dalla norma (il D.Lgs 517/99) ed altre che lo hanno avviato ma non completato, altre (un numero esiguo) che invece formalmente lo hanno completato, ma ad una prima valutazione dei risultati "provvisori", ci si è posta la domanda , veramente in modo compiuto?.

In generale, emerge, comunque, un quadro di incertezze negli assetti e nei meccanismi di funzionamento delle nuove Aziende Ospedaliere Universitarie, anche laddove il processo di costituzione è più avanzato o formalmente completato.

È indispensabile rilevare a tal proposito come la normativa costitutiva dei nuovi soggetti non abbia modificato gli ordinamenti, lo stato giuridico, le regole di gestione amministrativa delle sue due componenti costitutive che sono assai diverse e quindi non facilmente amalgamabili, nonostante la circostanza favorevole che vede lo spazio normativo assegnato alle Regioni, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, decisamente più ampio, così da permettere sperimentazioni ed assetti più avanzati.

Completa il presente lavoro un "CD-Rom" contenente la banca dati raccolta ed ordinata per Regioni ed Università coinvolte e quello che, ci si sente di definire, una proposta utile per lo sviluppo del dibattito in corso, un "Protocollo di Intesa tipo" dove si è concentrato una serie di disposizioni tecnico-giuridiche-organizzative che tentano di ovviare ad una parte delle criticità emerse in questi anni nell'ambito dei rapporti Università/Sanità .

Capitolo primo

Breve ricostruzione normativa e dei modelli organizzativi relativi ai rapporti di cooperazione tra Sistema Universitario e Sistema Sanitario

1.1. Le prime fonti giuridiche sino alla riforma ospedaliera del 1968

1.2. Le relazioni tra SSN e Università nella Riforma sanitaria del 1978: i due livelli convenzionali (complesso convenzionato misto e il policlinico a gestione diretta).

1.3. Il D.Lgs 502/92 -517/93, con le prime “Linee guida” del 1997 (D.M. 31 luglio 1997) in particolare la revisione degli assetti organizzativi pre-esistenti :
- il Policlinico a gestione diretta

- l’Azienda Ospedaliera convenzionata con l’Università (c.d. Azienda Mista)

1.4. La Legge delega 419/98

1.5. Il D.Lgs 229/99

1.6. Il D.Lgs 517/99 con le “Linee guida del 2001 (D.P.C.M. 24 maggio 2001) in particolare i nuovi modelli organizzativi utilizzati :

- l’Azienda Integrata

- l’Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU)

1.7. Riflessi sulla disciplina dei rapporti tra Università e SSN a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione.

§§§

1.1. Le prime fonti giuridiche sino alla riforma ospedaliera del 1968

- La prima fase

I rapporti tra le Facoltà mediche e gli Enti di assistenza ospedaliera sono, nel nostro paese, di antica data, quasi contemporanei dell’instaurarsi e del diffondersi del moderno sistema di insegnamento della medicina basato sull’osservazione clinica.

La legge 17 luglio 1890, n. 6972 è stata la prima norma che ha affrontato in modo organico il problema dei rapporti Università e Sanità, giacché ha chiarito la necessità della collaborazione tra Università e Enti ospedalieri in tutte le città che erano sedi di Facoltà medica. In particolare l’art. 98 fa

obbligo agli ospedali, nelle città sedi di Facoltà medico-chirurgiche, di “fornire il locale e lasciare a disposizione i malati e i cadaveri occorrenti per diversi insegnamenti”. Quale corrispettivo di queste prestazioni è dovuta agli ospedali un'indennità equivalente all'incremento delle spese derivante da questo servizio aggiuntivo. Con la citata legge ed il relativo regolamento approvato con R.D. 5 febbraio 1891, n. 99 si supera di fatto il precedente regime caratterizzato dalla netta separazione tra la disciplina legislativa dell'insegnamento clinico e quella della funzione di ricovero e cura degli infermi. Al fine di conseguire il necessario coordinamento fra l'esigenza didattica-scientifica, si viene a sancire una collaborazione stabile, le cui forme e modalità, peraltro, vengono lasciate al sistema contrattualistico.

Una nuova disciplina viene successivamente, dettata dal R.D.L. 10 febbraio 1924, n. 549 trasfuso negli artt. 27-35 del T.U. delle leggi sull'istruzione superiore, approvato con R.D. 31 agosto 1933 n. 1592 nonché dal regolamento approvato con R.D. 24 maggio 1925 n. 1144.

Con queste norme si chiarisce che le Cliniche Universitarie rappresentano una “realtà sanitaria”, strutturalmente e giuridicamente autonoma rispetto ai cosiddetti Ospedali. In concreto il Legislatore promuove, per la prima volta, la nascita dell'Ospedale Clinico.

Infatti, gli ospedali e le pubbliche istituzioni che si occupano di assistenza, aventi una media complessiva giornaliera non superiore a 600 ricoverati, sono trasformati in Ospedali Clinici a seconda dei bisogni dell'insegnamento; gli ospedali con una media superiore a 600, quando ciò sia richiesto per le esigenze dell'insegnamento, possono anch'essi essere trasformati in Ospedali Clinici.

Gli ospedali così trasformati funzionano con le norme prescritte dai regolamenti delle istituzioni cui appartengono.

Gli Ospedali Clinici provvedono a loro carico al personale direttivo e alle spese per trattamenti speciali, mettendo a disposizione del servizio ospedaliero tutti i mezzi diagnostici e terapeutici che possiedono, ad

eccezione del personale assistente ospedaliero necessario al funzionamento dei reparti.

La collaborazione non è più, dunque, circoscritta all'apprestamento dei locali e alla messa a disposizione degli infermi e dei cadaveri ritenuti necessari agli scopi dell'insegnamento, ma investe gli aspetti più salienti dell'organizzazione e dell'attività degli ospedali clinicizzati, sui quali viene ad esplicarsi una spiccata ingerenza universitaria che si concretizza con l'inserimento di due rappresentanti dell'Università nel Consiglio di Amministrazione; l'istituzione del Consiglio dei Clinici, costituito dai direttori delle cliniche e presieduto dal Rettore dell'Università, con potere di iniziativa in qualsiasi argomento relativo al funzionamento tecnico ed amministrativo delle strutture trasformate; l'attribuzione di diritto della direzione dei reparti trasformati ai docenti universitari che venivano così incardinati nell'organizzazione dell'istituzione ospedaliera per atto di volontà dell'Università e del Ministro della pubblica istruzione, senza l'intervento dell'ente ospedaliero. Ma non tutti i rapporti tra le suddette istituzioni sono regolati dalla legge. Infatti, le amministrazioni universitarie ed ospedaliere devono stipulare convenzioni per le materie non normate dalla legge nonché emanare norme per regolare le spese di rispettiva competenza. E' inoltre data facoltà al Consiglio dei Clinici di far proposte circa la designazione dei locali, il miglioramento del servizio clinico e, in generale, su ogni questione che riguardava il funzionamento sia tecnico che amministrativo dei reparti trasformati. Per le controversie è prevista la risoluzione, su istanza di una o di ambedue le parti, prima per decreto del prefetto, e poi, in secondo grado per decreto interministeriale (interni ed istruzione pubblica). Anche gli ospedali ed altre istituzioni non coinvolte dalla trasformazione sono in qualche modo "messe al servizio" dell'Università dovendo, su proposta dei Consigli delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, accogliere i loro studenti o laureati per il tirocinio pratico.

Quindi, nelle sedi di Facoltà Medico-Chirurgiche il fine didattico-scientifico dell'Università attrae il fine assistenziale dell'Ente ospedaliero: l'Ospedale Clinicizzato si trasforma in strumento dell'attività universitaria, la quale, dal canto suo, si estende nell'ambito assistenziale, per la stretta connessione tecnica fra insegnamento clinico e cura degli ammalati.

Da ultimo con il R.D. 30 settembre 1938, n. 1631 contenente norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali facenti capo a pubbliche istituzioni, è previsto che "le istruzioni necessarie per la disciplina dei rapporti tra gli ospedali e le regie cliniche" devono essere impartite dal Ministro per l'Interno in accordo con il Ministro per l'educazione nazionale. Infatti, queste "istruzioni" contenenti uno schema di convenzione alquanto disordinato e non vincolante per le Università e per istituzioni ospedaliere e spesso legata a una incerta interpretazione della legislazione vigente in materia, vengono emanate in data 24 agosto 1940 dai ministeri competenti.

-La riforma ospedaliera del 1968

Con questa riforma il Legislatore si pone un duplice obiettivo: apportare innovazioni al sistema pregresso e procedere ad un completo riassetto dell'assistenza sanitaria sia per quanto riguarda l'individuazione della materia (art. 1, comma 2) sia per quanto riguarda la riorganizzazione degli istituti operanti nel settore rivedendo conseguentemente anche il regime dei rapporti tra Università ed Enti ospedalieri. E' inoltre riaffermato il principio che l'assistenza è svolta anche nelle Cliniche Universitarie e si precisa che l'ordinamento interno dei servizi delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura deve adeguarsi all'organizzazione dei corrispondenti servizi ospedalieri (art. 1, comma 3).

Il decreto delegato ex lege n. 132 del 1968, il DPR n.129/69, non muta, poi, la struttura giuridica delle istituzioni universitarie che esercitano attività assistenziale, le quali si devono semplicemente adeguare, laddove possibile all'ordinamento dei servizi ospedalieri.

Proprio con la riforma ospedaliera (Legge 132/68 e DPR 129/69), inoltre, si crea la prima distinzione fra gli Istituti Universitari, gestiti per la parte assistenziale da Enti ospedalieri con rapporto convenzionale e l'Ospedale Policlinico Universitario, equiparato ad un Ospedale Generale di cui deve possedere tutti i requisiti.

Per la prima volta il Policlinico Universitario, considerato come il "complesso di tutti gli Istituti Clinici Universitari gestiti direttamente dall'Università", proprietaria anche delle strutture assistenziali, assume rilevanza giuridica.

Per le Cliniche Universitarie gestite dall'Ente Ospedaliero viene prevista un'apposita convenzione da stipularsi fra detto Ente e l'Università, conformemente ad uno schema tipo approvato dal Ministero della Sanità, della Pubblica Istruzione e del Tesoro (DM 4/6/1971).

In questo modo ha origine un complesso funzionale misto universitario-ospedaliero, la cui gestione è affidata ad una Commissione Paritetica Università-Ospedale.

Nessun problema si pone per il Policlinico Universitario che, per la parte assistenziale, si comporta come un Ente Ospedaliero e come questo si finanzia con le rette di degenza e con i proventi delle prestazioni a pagamento direttamente erogate.

Il passaggio delle competenze di gestione della sanità alle Regioni modifica solo i soggetti della convenzione facendo subentrare la Regione, per il quadro generale di riferimento e le UU.SS.LL., in sostituzione dei vecchi Enti ospedalieri, per le norme attuative.

Al riguardo le Regioni e le Università, al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali stipulano tra loro apposite convenzioni (art. 4 DPR n.129/69 ed art.18 Legge n. 386/74).

Tali convenzioni sono finalizzate ad assicurare il migliore funzionamento dell'attività didattica e di ricerca, mediante la completa utilizzazione del personale docente della Facoltà di Medicina e Chirurgia e l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero qualificato sul piano didattico.

In dette convenzioni sono indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera, alle quali affidare funzioni didattiche integrative di quelle universitarie; esse devono altresì prevedere che le Cliniche e gli Istituti universitari di ricovero e cura gestiti direttamente dall'Università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino nel Piano sanitario nazionale.

E' anche vero che in questa fase sorgono i primi contrasti, a causa delle diverse finalità dei due Enti che, non riuscendo a conciliare i propri interessi, spesso non pervengono alla stipula della Convenzione.

Per superare tali difficoltà la Legge prevede in questi casi, che la controversia venga sottoposta ai Ministri della Pubblica Istruzione e della Sanità e, su loro richiesta al CIPE (art. 50 DPR 132/68).

1.2. Le relazioni tra SSN ed Università nella Riforma Sanitaria del 1978

La Legge n. 833/78 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) per così dire, aggrava la situazione di contrasto tra Regione e USL da un lato ed Università dall'altro, in quanto la legge, essendo ispirata ad una concezione unitaria dell'assistenza, imposta l'inserimento delle molteplici Istituzioni eroganti assistenza sanitaria pubblica nell'ambito del sistema creato, sancendo la perdita della personalità giuridica degli Ospedali, trasformati in presidi delle USL.

La Legge 833/78 comunque disegna i "principi ispiratori" che dovranno stare alla base dei rapporti convenzionali intercorrenti tra i due Enti, cui è costituzionalmente garantita autonomia, cioè Regione e Università, prevedendo all'art. 1 primo comma, come dato oggettivo, non soggetto cioè a negoziato, l'apporto, nel settore assistenziale delle Facoltà di Medicina e Chirurgia alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, concetto che è ulteriormente precisato al sesto comma, laddove è previsto che l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi universitari

debba essere attuata d'intesa con le Regioni nel solo caso che esso comporti nuovi oneri per la Regione.

La legge 833/78 essendo quindi ispirata ad una concezione unitaria dell'assistenza, prevede al suo art. 39 l'apporto delle Facoltà di Medicina e Chirurgia alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria e l'utilizzazione da parte delle predette Facoltà, di idonee strutture delle USL al fine di perseguire gli obiettivi di ricerca e di insegnamento.

Il regime convenzionale, previsto dall'art. 39 presenta, però, due caratteristiche particolari: è provvisorio, in quanto si attua in attesa della riforma della Facoltà di Medicina (riforma realizzatasi poi con il D.P.R. 28 febbraio 1986, n. 95 "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di laurea in Medicina e Chirurgia") ed è programmatico, poiché tende a realizzare un coordinamento delle rispettive attività istituzionali dell'Università e della Regione.

Nell'art. 39 il legislatore prende in considerazione sia il caso più frequente dell'Università che utilizza le strutture USL, chiamandone a collaborare il personale per compiti di didattica integrativa, sia il caso meno usuale e di più semplice disciplina del Policlinico direttamente gestito dall'Università, prevedendo due schemi - tipo di convenzione:

- le Convenzioni Università-Regione (DM 9/11/1982), da integrare con ulteriori Convenzioni attuative con le USL ;
- le Convenzioni per i Policlinici autogestiti (DM 15/5/1986) da stipulare esclusivamente tra Università e Regione.

In sostanza, la vera novità introdotta consiste nel fatto che le convenzioni, oltre a rafforzare la funzione, già riconosciuta, di strumenti volti al coordinamento di interessi ed attività facenti capo all'Università e al Sistema Sanitario, concorrono ad edificare un sistema integrato ed articolato di assistenza sanitaria a livello territoriale, allo scopo di superare i precedenti tentativi di prevalenza degli interessi dell'Università o della Sanità.

Il “quadro produttivo” sanitario verso la fine degli anni ottanta, pertanto, è composto da quattro diverse Istituzioni le cui caratteristiche hanno influenzato sia positivamente che negativamente lo sviluppo dell'attività assistenziale e precisamente:

-1) Policlinici universitari a gestione diretta, visti come Ospedali dell'Università, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Il finanziamento dell'attività assistenziale spetta al Ssn attraverso apposite convenzioni stipulate con la Regione, la quale eroga un rimborso sulla base della spesa storica. In pratica non è presente, in questo periodo, alcuna differenza tra il servizio di assistenza erogato da queste strutture rispetto a quello di altre strutture ospedaliere del Ssn. Una delle particolarità dei Policlinici universitari deriva dal fatto che gli stipendi del personale, essendo a carico delle Università, permettono una gestione finanziaria più facile della struttura anche alla presenza di finanziamenti inferiori a quelli presenti in analoghe strutture del Ssn.

-2) Enti Ospedalieri convenzionati, di proprietà della Regione, sono rappresentate dai presidi in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

-3) Presidi ospedalieri clinicizzati delle Asl sono caratterizzati da un rapporto collegato alla presenza di un numero limitato di reparti a direzione universitaria;

-4) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

La L. n. 833/78 attua un sistema unitario e garantistico, quasi a rappresentare la reazione alla confusione e all'inefficacia del vecchio modello fondato sugli enti mutualistici-assicurativi e assistenziali, incapace di soddisfare l'utenza, altamente gravoso dal punto di vista finanziario e caratterizzato da un'estrema lentezza dovuta alla complessità delle procedure burocratiche. Il ruolo accentrato dello Stato, l'insoddisfazione dei cittadini-utenti circa la qualità dei servizi, disomogenea sul territorio, con forti divari tra nord e sud del Paese, ma anche tra strutture diverse all'interno dello stesso territorio, la

deresponsabilizzazione degli enti spingono il legislatore nazionale , agli inizi degli anni '90, a intraprendere un complesso processo di riforma, mirato a ridisegnare l'intero sistema della Salute. A queste motivazioni si aggiungono la crisi del Welfare State e il ruolo sempre più presente assunto dalle Regioni. I necessari interventi normativi di correzione del sistema sono pertanto innumerevoli e incisivi, in particolare:

-la legge 4 aprile 1991, n. 111 che contiene norme sulla gestione transitoria delle UU.SS.LL. nonché la legge delega 23 ottobre 1992, n. 421 volta alla razionalizzazione ed alla revisione della disciplina in materia di sanità, oltre che di pubblico impiego, previdenza e finanza locale. Con la predetta legge si conferisce, tra l'altro, al Governo la delega a provvedere al riordinamento dell'amministrazione sanitaria a livello locale.

Tale delega si concreta con l'emanazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

1.3. Il D.Lgs 502/92 -517/93, con le prime "Linee guida" del 1997 (D.M. 31 luglio 1997), in particolare la revisione degli assetti organizzativi pre-esistenti :

- 1) il Policlinico Universitario a gestione diretta

- 2) l'Azienda Ospedaliera convenzionata con l'Università (c.d. Azienda Mista)

Alla vigilia della riforma del 1992, nell'ambito dei rapporti tra Università e SSN, era possibile riscontrare una serie di questioni ancora irrisolte (in parte ancora oggi), che languivano da tempo e rendevano conflittuali i rapporti tra le due Istituzioni, quali:

- l'esatta definizione della triplice missione (didattica, ricerca e assistenza) e delle regole per una loro armonica interrelazione (ad esempio, la normativa universitaria attribuisce ai Dipartimenti Universitari l'autonoma gestione di risorse e personale e la loro dipendenza dal Rettore, ma, nel caso delle Facoltà Mediche, nei dipartimenti rientrano anche l'ambulatorio, le

corsie, il personale assistenziale e la sala operatoria di cui è formalmente responsabile la direzione aziendale e sanitaria);

- la confusione prodotta dal principio dell'inscindibilità tra didattica, ricerca ed assistenza che, applicata meccanicamente, finisce con il subordinare l'organizzazione assistenziale alle funzioni didattiche e di ricerca ;

- la definizione dei meccanismi di finanziamento corrente e di quello per investimenti;

- la definizione del rapporto tra stato giuridico di docente universitario di medicina e la sua funzione assistenziale e la differenza di condizioni di lavoro tra docenti di Facoltà mediche operanti nelle Cliniche Universitarie convenzionate e quelli operanti nei Policlinici Universitari;

- la definizione dei livelli di responsabilità e poteri tra Ateneo, Facoltà, Regione e Strutture ospedaliere.

Il D.Lgs 502/92, come modificato ed integrato dal D.Lgs 517/93, consapevole delle incomprensioni e confusione di ruoli del passato, questa volta, delinea, per così dire, una nuova dimensione dei rapporti tra il SSN e l'Università.

La scelta tecnico-legislativa adottata dal decreto delegato, (frutto di una strategia ben precisa ("...la politica sanitaria d'interesse territoriale è fatta in modo consensuale e decentrato a livello locale...")) è quella di non predeterminare, a differenza del passato, i modelli convenzionali (Schemi-tipo) che disciplinavano rigidamente i rapporti tra Regione e Università, ma si limita a dettare dei principi e delle indicazioni molto generiche e lascia poi alle parti ed alla loro autonomia la formazione delle "regole" su di un percorso negoziale, fatto con atti di autoregolamentazione consensuale, per l'appunto i Protocolli di Intesa e gli accordi attuativi.

In particolare l'articolo 6 teorizza il nuovo sistema dei Protocolli di Intesa Regione-Università.

Tre sono gli ambiti di "declinazione" previsti dall'articolo 6 circa i rapporti tra il SSN e l'Università da concretizzarsi con la elaborazione di appositi

Protocolli di Intesa:

- l'apporto al SSN delle attività assistenziali delle Facoltà di Medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche, che si realizza anche con il contributo dell'Università alla elaborazione dei Piani sanitari regionali ;
- la regolamentazione della formazione specialistica del medico, che rimane disciplinata, nei suoi tratti essenziali dal D. Lgs n.257/91 che, in applicazione delle norme UE, prevede la retribuzione e il numero chiuso per gli specializzandi.

Con il protocollo delle scuole di specializzazione, Regione ed Università identificano prima quelle strutture del SSN accreditate, cioè in possesso di requisiti standards didattico-strutturali, poi contemplano la possibilità che la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario venga affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa. Il diploma è rilasciato a firma del Direttore della Scuola e del Rettore.

- la disciplina della formazione del personale infermieristico e tecnico, in passato effettuata direttamente dall'Ente regione per il tramite di proprie scuole.

I Protocolli sanciscono che la formazione di detto personale avviene in sede ospedaliera e l'ordinamento didattico è definito d'intesa dal MURST e dal Ministero della Sanità, da USL, Aziende Ospedaliere, istituzioni private accreditate e Università seguendo la disciplina dell'art. 2 della Legge n. 341/1990, relativa ai Diplomi Universitari.

La titolarità dei corsi è affidata al personale ospedaliero dirigente di I e II livello, nonché tecnico-professionale.

I Protocolli d'Intesa sostituiscono le vecchie Convenzioni tra Regione ed Università, sulla base delle quali si emanavano le Convenzioni attuative tra le specifiche Università e le Regione o le USL .

In linea generale, i punti fondamentali del decreto n. 502/92 che coinvolgono i

Policlinici e le Aziende miste possono essere così riassunti:

- la collaborazione tra servizio sanitario locale ed università;
- la programmazione sanitaria regionale e locale;
- la definizione delle modalità organizzative;
- la personalità giuridica;
- l'autonomia e la conduzione delle strutture;
- l'equilibrio di bilancio.

In sostanza con il sistema dei Protocolli di Intesa si tenta nel concreto una compiuta integrazione, fermo restando che si tratta pur sempre di due entità giuridiche ben distinte: da un lato il SSN, cui è devoluto il compito di gestione del settore sanitario dal livello più basso sino a quello di vertice e dall'altro l'Università che produce "cultura" in campo medico, veterinario, biologico, chimico e farmaceutico.

Lo sforzo del legislatore, mai come in passato, è evidente però: spingere la classe medica universitaria ad adattarsi alle nuove logiche pensate per migliorare l'efficienza delle strutture sanitarie, pur salvaguardando il valore dell'autonomia universitaria.

Altri elementi che caratterizzano il nuovo impianto dei rapporti tra Università e SSN previsto dal D.lgs. n. 502/92:

- si ribadisce che le funzioni didattiche, scientifiche e assistenziali sono inscindibili, per cui è necessario trovare un giusto equilibrio tra i principi fondamentali, cioè tra il diritto dell'individuo alla salute e il diritto all'autonomia universitaria, alla libertà della scienza e dell'insegnamento, se si vuole evitare che, le esigenze del SSN, intese come esigenze assistenziali, vengano a sovrapporsi alle esigenze, costituzionalmente tutelate, dell'attività didattica e di quella della ricerca;
- si garantisce la partecipazione dell'Università, per quanto di sua competenza, all'elaborazione dei Piani Sanitari Regionali e Locali, soprattutto nel caso di individuazione di nuove strutture sanitarie (si deve tener conto

della presenza programmata delle strutture universitarie) e nella costruzione di Policlinici universitari, fermo restando che la programmazione sanitaria resta di competenza delle Regioni; non viene indicato però fino a che punto le Regioni siano tenute a collaborare con le Università.

Con il D.M. 31 luglio 1997 i Ministeri competenti, quello dell'Università e della Sanità d'intesa con la Conferenza Stato-Regione, licenziano le tanto attese Linee Guida, che sulla scorta delle indicazioni fornite dal D.lgs. n. 502/92, forniscono le prime indicazioni utili per elaborare i Protocolli d'Intesa. Esse rappresentano gli strumenti di collaborazione e d'integrazione per garantire la coerenza tra attività assistenziale ed esigenze sia didattiche che di ricerca.

Gli elementi principali specificati nelle linee guida emanate nel 1997, possono essere così riassunti:

- la Regione, d'intesa con l'Università, stabilisce le modalità con le quali, quest'ultima, contribuisce all'elaborazione dei Piani sanitari regionali;
- l'Università si inserisce nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie e concorda, con la Regione, l'utilizzo di strutture assistenziali private, preventivamente accreditate, qualora non siano disponibili nelle strutture di riferimento;
- le Aziende devono individuare le unità operative e le altre strutture organizzative universitarie delle quali avvalersi per lo svolgimento delle attività assistenziali tenendo presente la disponibilità di bilancio e i volumi di produzione previsti per le prestazioni (in particolare il livello minimo di operatività assicurato dal personale universitario);
- il Direttore Generale deve nominare, su indicazione del Rettore, il responsabile, ai fini assistenziali, delle unità operative a direzione universitaria;
- le attività assistenziali del personale universitario sono

inscindibili da quelle didattiche e scientifiche, per cui non è consentito recedere dall'attività assistenziale.

Le Linee Guida intervengono anche in riferimento ai maggiori costi imposti sulle attività assistenziali delle funzioni di formazione e di ricerca, per cui stabiliscono che la regione corrisponda alle Aziende miste un'integrazione tra il 5% e l'8% della valorizzazione dell'attività assistenziale (somma delle tariffe dei Drg effettuati), dopo averla decurtata del risparmio derivante dall'utilizzo del personale universitario convenzionato i cui oneri sono sostenuti dall'Università. Invece, per i Policlinici, tenuto conto dei maggiori costi dovuti alla didattica e alla ricerca e del risparmio riguardante gli oneri sostenuti dall'Università (tutto il personale medico e parte di quello infermieristico-tecnico-amministrativo sono a carico del bilancio dell'Università), viene fissato un decremento del finanziamento (calcolato applicando il sistema di tariffazione secondo i Drg) di una quota compresa tra il 5% e il 15% (art. 6 decreto 1997), la giustificazione di tale decremento risiede nel fatto che i Policlinici non devono sostenere i costi di gran parte del personale a carico dell'Università, per cui non dovrebbe ricevere la tariffa piena.

Dal quadro d'insieme del D.Lgs. 502/92 e s.m.i e dalle relative Linee Guida si procede, a livello di Università e di Regioni, ad una revisione degli assetti organizzativi pre-esistenti:

- 1) il Policlinico Universitario a gestione diretta

Il modello dell'Azienda Policlinico universitario a gestione diretta, sin dalla sua costituzione, è una soluzione organizzativa presente prevalentemente al centro-sud Italia.

Sono considerati Ospedali-Aziende universitarie ex lege a rilievo nazionale e di alta specializzazione e inseriti obbligatoriamente nel sistema dell'emergenza sanitaria di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento delle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza».

Sono strutture ospedaliere che garantiscono l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in forma diretta, cioè gratuitamente, come tutti gli altri ospedali non appartenenti al SSN, ma con esso convenzionati. Affiancano le funzioni di ricovero, diagnosi e cura a quelle dell'insegnamento e della ricerca clinica e sono gestiti direttamente dalle Università e, per quanto riguarda gli assistiti e i livelli di assistenza che vi vengono garantiti, non è prevista alcuna differenza con gli Ospedali. Queste strutture costituiscono il luogo primario per la formazione scientifica e pratica del personale medico, non soltanto prima della laurea (mediante il tirocinio), ma anche, e soprattutto, a livello delle specializzazioni (con la presenza delle diverse Scuole di Specializzazione), vi si svolgono anche attività ambulatoriali e di day hospital, per un bacino di utenza multizonale.

Queste strutture non sono però equiparabili alle Aziende Ospedaliere e alle USL in quanto, mentre queste sono dotate di personalità giuridica pubblica, il Policlinico Universitario, in base all'articolo 4 del D.Lgs. n. 502/92 è un'Azienda dell'Università, parte integrante della stessa, sia pure dotata di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile secondo le modalità fissate nello Statuto dell'Università di appartenenza.

Questo tipo di modello organizzativo presenta, per così dire, alcuni “indicatori” positivi ed altri negativi.

Nel primo aspetto rientrano:

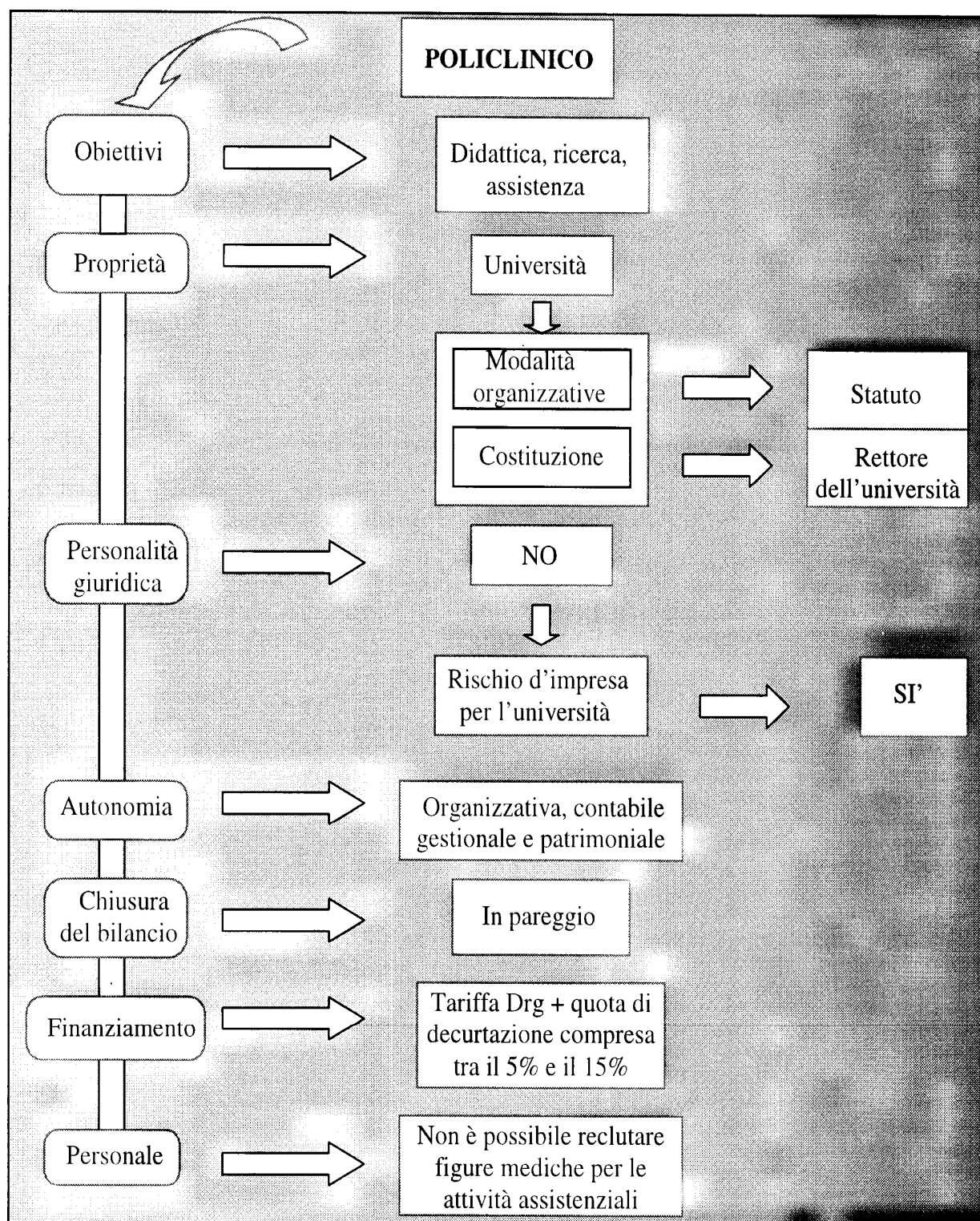
1. l'ordinamento unitario, sia negli aspetti organizzativi (dipartimenti, unità,) sia negli aspetti legati allo stato giuridico ed ai rapporti contrattuali con il personale dipendente;
2. la gestione diretta da parte dell'Università, che consente di focalizzare gli obiettivi legati alla formazione;
3. una buona uniformità di obiettivi tra gli agenti che vi operano.

Queste caratteristiche dovrebbero consentire una bassa conflittualità tra gli agenti e un buon coordinamento degli obbiettivi.

Tra gli aspetti negativi rientrano:

1. il rischio di essere eccessivamente focalizzato a perseguire gli obiettivi e i programmi didattici rendendo difficile la gestione dell'attività assistenziali;
2. la mancanza di una figura specifica per l'attività assistenziale ed un reclutamento flessibile a tempo determinato o indeterminato con conseguente aumento del personale docente;
3. l'impossibilità di competere sul piano economico/produttivo con le altre Aziende ospedaliere a causa del pesante rapporto personale/prodotto (il personale ha anche altre funzioni da svolgere oltre l'assistenza);
4. una limitata autonomia e, soprattutto, la mancanza dell'autonoma "personalità giuridica" che porta alla limitazione anche dell'autonomia patrimoniale, anche se questa è prevista dal D.lgs. n. 502/92, e rende complesso il sistema dei controlli e il governo complessivo della organizzazione;
5. la progressiva riduzione qualitativa del lavoro universitario, con il personale docente che finisce con lo svolgere quasi unicamente funzioni assistenziali di routine tralasciando quelle patologie che potrebbero essere utili per la didattica o per la ricerca scientifica. Tutto questo determina una bassa complessità dei ricoveri e uno spreco di risorse umane, di know-how e tecnologie costose.

Sintesi grafica: le caratteristiche dell'Azienda Policlinico



-2) l'Azienda Ospedaliera convenzionata con l'Università (c.d. Azienda Mista)

L'Azienda ospedaliera mista ha avuto una maggiore diffusione sul territorio nazionale, rispetto ai Policlinici a gestione diretta, ed è costituita, dalla maggioranza dei casi, da Ospedali di grandi dimensioni, centrali nella rete ospedaliera della città in cui sono collocati, con la funzione di ospedale generale. Di norma le attività assistenziali della componente universitaria sono indirizzate verso le attività di maggiore specializzazione, mentre quella della componente ospedaliera sono indirizzate verso le attività di urgenza e dei servizi diagnostici di routine. All'interno dell'Ospedale si possono trovare sia unità a direzione ospedaliera che unità a direzione universitaria, le quali sono caratterizzate da una presenza rilevante di personale medico ospedaliero.

Gli "indicatori" positivi collegati all'utilizzo di questo modello organizzativo possono sinteticamente essere rappresentati da:

1. l'inserimento degli insegnamenti clinici in un ospedale generale di grandi dimensioni, che consente uno sviluppo organico di tutte le attività specialistiche;
2. la possibilità di utilizzare in modo integrato le risorse umane, tecnologiche e finanziarie dei due comparti;
3. l'affiancamento al personale medico universitario, dimensionato numericamente in base alle esigenze formative, di medici ospedalieri, con la possibilità di integrare i due reparti;
4. l'aggiornamento e l'elevazione del livello culturale di tutto il personale ospedaliero, medico e infermieristico;
5. il reclutamento di figure specifiche per l'attività di assistenza. La struttura dell'Azienda mista, come modello organizzativo delle strutture sanitarie, che vede la presenza dell'Università come "l'azionista" che detiene di gran lunga il pacchetto di maggioranza, lega a tal punto le attività di coloro che vi operano, indipendentemente dall'ente originario di appartenenza, che è impensabile

pensare di ostacolare la partecipazione dell'Università alla programmazione aziendale. I problemi non possono che essere affrontati, in modo congiunto, ad un tavolo di trattativa che veda la presenza di tutti i soggetti interessati, a conferma della necessità di superare i limiti della contrattazione in azienda.

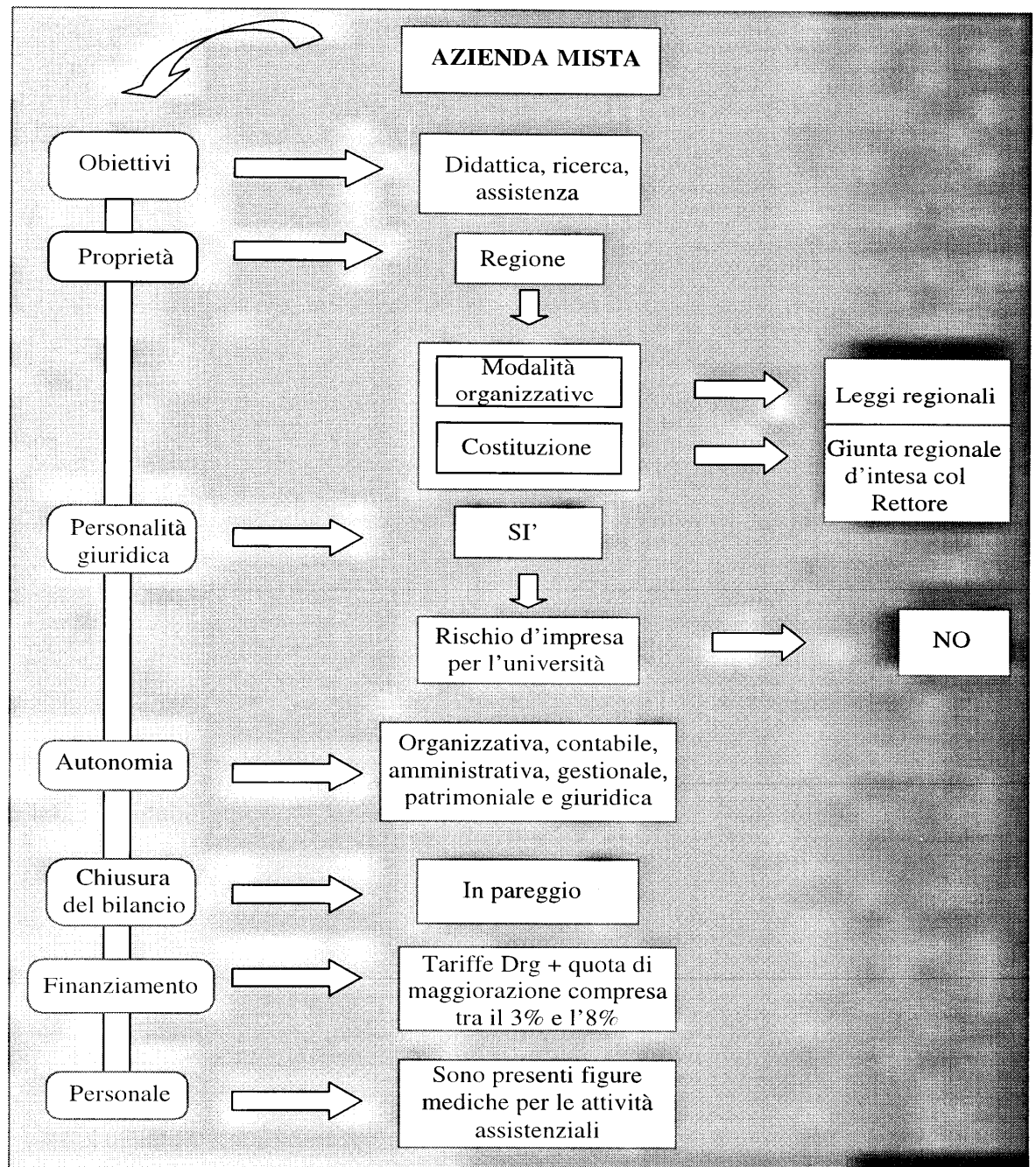
Tra quelli negativi, invece, vanno elencati:

1. la presenza contemporanea di due istituzioni con diversi obiettivi principali, la ricerca e la formazione da un lato e l'assistenza dall'altro, che genera tensioni tra le due componenti in termini di selezione della casistica (con il rifiuto della componente ospedaliera a trattare una casistica residuale), di mix urgenza selezione (la preferenza universitaria a favore della didattica e della ricerca, con i "tempi" connessi a tali attività, porta a concentrare l'emergenza verso i reparti ospedalieri, privando la componente universitaria di una casistica importante dal punto di vista formativo), di dotazione di tecnologie (la presenza di reparti simili provoca la duplicazione delle richieste di dotazioni di materiali e di attrezzature);
2. la relazione conflittuale tra personale medico universitario e non, che, spesso, ha determinato la moltiplicazione di reparti e divisioni ospedaliere, con evidente spreco di risorse umane e finanziarie;
3. la presenza contemporanea di due strutture con sistemi di finanziamento diversi, che rende più complessa la responsabilizzazione economico-finanziaria delle due istituzioni. I maggiori problemi di conflittualità sono nati con il nuovo metodo di finanziamento basato sull'attività assistenziale svolta (DRG), infatti non è ragionevole ipotizzare che, strutture con obiettivi così diversi, accettino la possibilità di sussidiazione incrociata tra reparti all'interno di una stessa struttura;
4. una complicata procedura di ripartizione della quota di finanziamento aggiuntivo spettante per l'attività assistenziale, generate dall'integrazione del finanziamento riconosciuta alle strutture che svolgono un'attività assistenziale per la presenza della struttura universitaria, in quanto, la tariffa

riscossa, si riferisce ad una serie di processi che coinvolgono diversi dipartimenti assistenziali;

5. la sovrapposizione del sistema formativo universitario con il sistema assistenziale crea capacità produttive in eccesso nel sistema formativo, con la conseguenza, che a tali strutture, si richiede di sviluppare una produzione assistenziale tale da generare le risorse economiche necessarie alla sopravvivenza.

Sintesi grafica : le caratteristiche dell'Azienda Mista



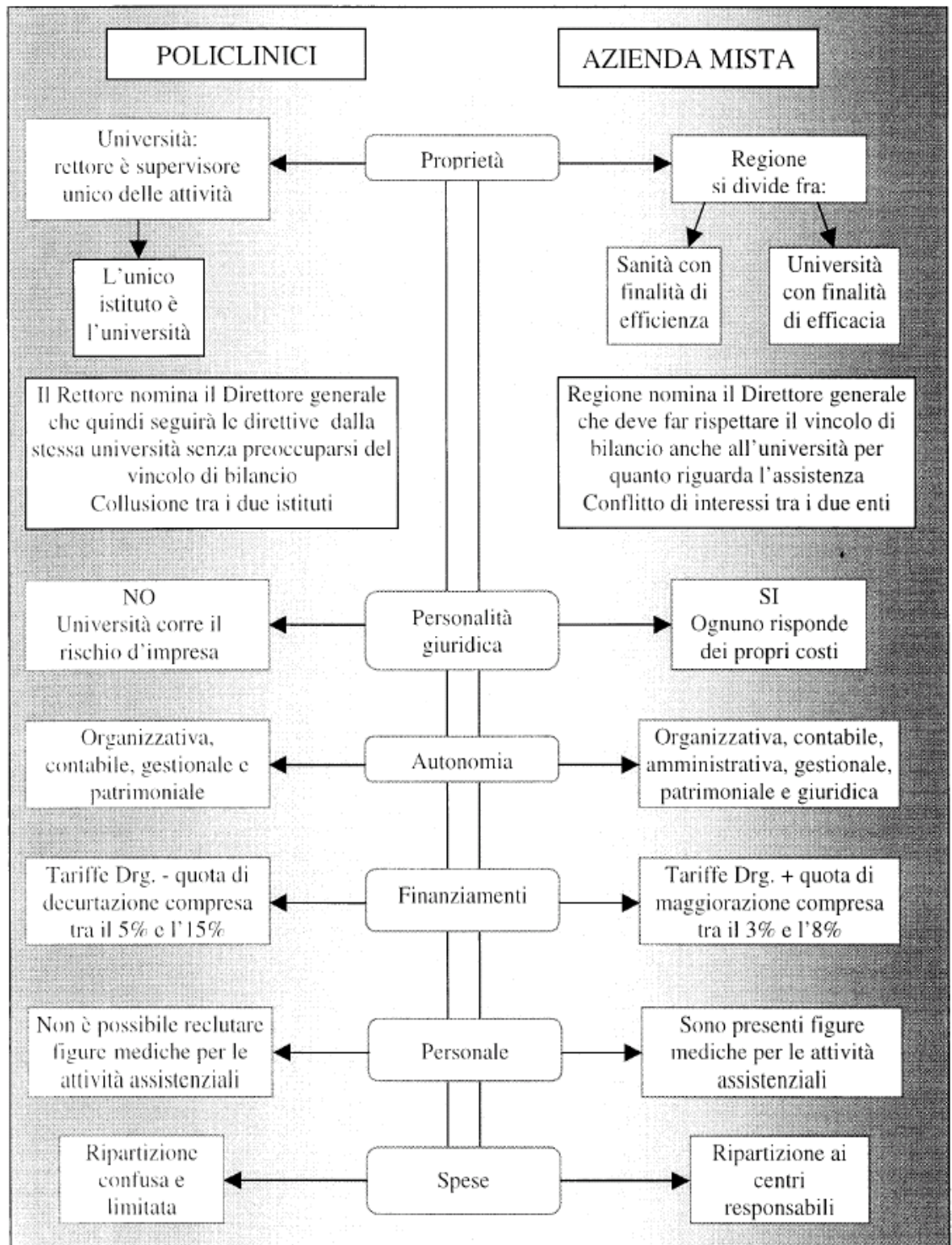
Volendo provare, infine, a puntualizzare riassuntivamente ed in modo comparativo , alcuni aspetti peculiari che differenziano i due “modelli organizzativi” sopra descritti, è possibile ancora sottolineare :

- Entrambe le strutture rientrano nella categoria degli Ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione, però, mentre i Policlinici rientrano di diritto nella prima categoria, per le Aziende miste è necessaria una valutazione, di competenza del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero della Sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità;
- la mancanza di autonoma personalità giuridica da parte dei Policlinici, comporta che l'Università è chiamata a rispondere degli eventuali disavanzi di bilancio di tale struttura, che vanno a scaricarsi direttamente sul bilancio dell'Università, anche se in realtà, il legislatore precisa che le strutture ospedaliere, inclusi i Policlinici, debbono chiudere il bilancio in pareggio e la gestione deve uniformarsi al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.
- Praticamente, però, viene a crearsi una situazione di vero e proprio rischio d'impresa che pone l'Università in una situazione peggiore rispetto a quella delle altre realtà universitarie collegate ad Aziende miste, in quanto si trova a dover competere non più solo nel settore dell'istruzione e della ricerca ma anche in campo assistenziale.
- Per quanto riguarda il tema dell'autonomia, il legislatore definisce i Policlinici Aziende dell'Università dotate di autonomia, che, però, risulta più ristretta di quella che il legislatore ha attribuito alle Aziende ospedaliere per le quali si parla di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (ai Policlinici non è attribuita né l'autonomia tecnica né quella amministrativa), e della direzione, rispetto al quale la responsabilità di entrambe le due strutture, ricade su un Direttore Generale, un Direttore amministrativo e un Direttore Sanitario.
- Il Direttore Generale dell'Azienda convenzionata viene nominato, d'intesa con il Rettore dell'Università, su delibera della giunta regionale, dal Presidente della Giunta stessa o dal Ministro della Sanità, invece, il Direttore

generale del Policlinico viene nominato dall'Università in base alle disposizioni dello Statuto.

- Per le Aziende miste, è stabilito che, nella composizione del Consiglio dei Sanitari, debba essere presente una componente universitaria in rapporto alla consistenza numerica della stessa.

- **Sintesi grafica: le differenze dei due Modelli organizzativi**



1.4. La Legge delega 419/98

Gli interventi riformatori nel settore della Sanità determinato, nel 1998, la necessità di un corrispondente notevole cambiamento anche nei rapporti tra il SSN e le Università e, a seguire, nei rapporti tra il SSN e le Università presenti nel territorio regionale.

Infatti l'ennesima innovazione nel settore nonché la terza riforma del SSN di ampio respiro, dopo quella del 1978 e quella del 1992 è costituita dalla legge 30 novembre 1998 n. 419 la quale oltre a contenere disposizioni immediatamente operative, si prefigge di riformare il SSN sotto vari profili.

In particolare la predetta legge stabilisce che il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della legge stessa, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rapporti fra SSN ed Università attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- rafforzare i processi di collaborazione anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali, integrati tra regione e università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica;
- garantire un maggiore collegamento tra l'attività assistenziale e le esigenze della didattica e della ricerca;
- definire un rapporto diverso tra le attività assistenziali espletate dal mondo universitario e della ricerca e quelle legate agli interessi del sistema sanitario, cioè creare una più stretta collaborazione nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- creare più coerenza tra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione di dipartimenti e le idonee disposizioni in materia di personale..

Tale delega è per un verso generale e per altro verso generica. E' generale in quanto dalla stessa legge si desume che il Governo avrebbe dovuto disciplinare i rapporti sia con le Aziende Ospedaliere, con le Aziende Sanitarie Locali, con gli Istituti di Ricovero e cura a carattere Scientifico

(I.r.c.c.s.) pubblici nonché con le strutture private accreditate. E' altresì generica perché le lettere a), b) e c) del sopra citato art. 6 delineano in modo molto approssimativo gli obiettivi della normativa delegata senza dettare specifici principi direttivi e criteri per l'esercizio della delega. Questo si evince in particolare modo dalla previsione di rafforzare la collaborazione tra Atenei e SSN anche attraverso nuovi modelli gestionali [art.6 lett.a)], di assicurare lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alla ricerca biomedica ed alla didattica [art.6 lett.b)], di garantire la coerenza tra le funzioni assistenziali e quelle didattico-scientifiche anche mediante l'organizzazione dipartimentale ed idonee disposizioni relative al personale universitario [art.6 lett.c)].

In ogni caso il Governo esercita la delega, licenziando i due testi normativi:

- il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229
- il D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.

1.5. Il D.Lgs 229/99

La prima attuazione della delega si realizza con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

Il legislatore, sull'onda delle sollecitazioni (molto presenti in quel particolare momento storico) delle varie componenti, istituzionali (Regioni-Università) e sociali (OO.SS.) avverte la necessità di avviare una discussione onnicomprensiva sulla formazione delle professioni sanitarie, sulla ricerca biomedica, sull'attività assistenziale erogata dalle Facoltà di Medicina, con la quale si possa mettere anche in luce la necessità di intervenire con una riforma delle Facoltà di Medicina, nell'ambito della riforma del welfare. Tale esigenza è legata alla complessità della normativa e alla sua, per certi versi, incompletezza, che, assieme alla pluralità di modelli organizzativi esistenti (Policlinici universitari e diverse tipologie di Aziende miste), generano confusione dei ruoli istituzionali e pongono dei limiti alla qualità dei processi

formativi e delle prestazioni sanitarie, alla trasparenza e all'efficacia nell'uso delle risorse.

I punti presi in considerazione nella formulazione del nuovo modello di assetto istituzionale ex decreto delegato 229/99 *c.d. riforma Bindi*, sono essenzialmente:

- l'attività sanitaria assistenziale pubblica è regolamentata attraverso la programmazione regionale e tramite gli indirizzi nazionali del SSN; pertanto, se si vuole perseguire una politica di soddisfacimento dei bisogni assistenziali, attraverso scelte organizzative e gestionali in cui l'utilizzo delle risorse umane, tecniche e strutturali sia ottimizzato ma coerente coi principi di un'assistenza rispettosa dell'uguaglianza e della dignità umana, anche l'attività assistenziale svolta dalle Facoltà di Medicina deve essere coerente con la programmazione sanitaria;
- le Facoltà di Medicina sono il luogo della formazione della professionalità medico-sanitaria; sottrarre alla responsabilità dell'Università la formazione di tali professionalità significa, in primo luogo, affermare la superfluità di una competenza specifica in campo educativo ed, inoltre, rinunciare al collegamento tra sapere tecnico-professionale specifico ed altre conoscenze necessarie alla formazione stessa;
- la ricerca biomedica, e, in generale, la ricerca universitaria, deve far parte di un sistema integrato (Università - Enti e Istituti di ricerca -Imprese) e decentrato, al fine di perseguire il miglioramento della qualità del sistema sanitario. In particolare è necessario che gli strumenti e le strategie della ricerca biomedica e sanitaria siano collegati con le finalità del Piano sanitario nazionale.

In base a queste osservazioni non è possibile accettare che il rapporto tra le funzioni di didattica, ricerca e assistenza sia conflittuale, per cui, l'obiettivo della riforma, è quello di creare un rapporto cooperativo finalizzato alla realizzazione dell'interesse generale.

In quest'ottica si ripresenta l'idea che l'attività assistenziale delle Facoltà di Medicina debba svilupparsi in accordo con la programmazione del SSN e che l'attività pratica, necessaria all'apprendimento e alla ricerca, debba essere svolta, tramite intese, presso strutture sanitarie del SSN o presso strutture assistenziali private accreditate, sulla base di Protocolli d'Intesa tra Università e Regione (come da D.lgs. n. 502/92).

Questo è lo strumento ritenuto idoneo per l'inserimento dell'attività assistenziale nella programmazione regionale delle Università, anche se "...per realizzare una completa armonizzazione ed una maggiore efficacia delle prestazioni, occorre rivedere gli attuali assetti istituzionali", come sollecitano alcune componenti istituzionali (la CRUI) e sociali (le OO.SS).

Al riguardo viene, infatti, sottolineata la necessità di potenziare lo strumento degli accordi su base paritaria per costruire un modello istituzionale di Azienda Integrata a partecipazione congiunta tra Università e SSN che consenta di assicurare sia la qualità della formazione che della ricerca sia la coerenza tra prestazioni (di assistenza, di didattica e di ricerca) e la programmazione sanitaria regionale.

In sostanza si sente l'esigenza di una programmazione degli accessi generata dal confronto fra chi ha la responsabilità della programmazione sanitaria e chi ha la responsabilità della programmazione universitaria, la necessità di armonizzare l'insegnamento scientifico-teorico e la pratica specialistico ospedaliera per valorizzare l'attività professionale, il bisogno di integrazione della docenza universitaria, responsabile della formulazione del progetto formativo e della sua gestione, con le conoscenze e le competenze del SSN per migliorare l'offerta didattica.

Le regole di reciprocità e di comportamento devono essere inserite nel Protocollo d'Intesa costitutivo delle Aziende, le quali, in sintonia con quanto richiesto dal processo di aziendalizzazione che le norme del 1992-93 avevano già sancito e avviato, sono dotate di completa autonomia statutaria, gestionale, organizzativa e finanziaria, oltre ad essere dotate di personalità

giuridica pubblica. Infine deve essere indicata la natura e l'entità, in termini di patrimonio, finanziamenti e personale, delle risorse utilizzate, oltre al sistema di remunerazione che la Regione assicura in base alle prestazioni sanitarie erogate.

Il D.lgs 229/99, per il rapporto tra Università e SSN, unitamente alle citate varianti del processo di aziendalizzazione degli Ospedali, pone, infine, un particolare accento sul potenziamento dell'attività di ricerca e di formazione con la previsione del programma nazionale di ricerca sanitaria (art. 12-bis D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) nonché della formazione continua - ECM- (artt. 16-bis, ter, quater, quinquies, e sexies).

1.6. Il D.Lgs 517/99 con le “Linee guida del 2001 (D.P.C.M. 24 maggio 2001)” in particolare i nuovi modelli organizzativi utilizzati :

- 1) l’Azienda Integrata

- 2) l’Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU)

La seconda fase della delega si realizza con il D.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 che ridisegna la disciplina dei rapporti tra SSN e l'Università .

Il decreto delegato si prefigge lo scopo di realizzare l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca puntando essenzialmente su due strumenti :

- il primo identificabile con la partecipazione delle Università all'elaborazione dei Piani sanitari regionali; infatti, prima dell'adozione o dell'adeguamento del documento di programmazione regionale in materia sanitaria, le Regioni devono acquisire il parere delle Università sedi di Facoltà di Medicina ubicate nel territorio regionale. Le Università contribuiscono altresì alla definizione degli indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, nonché alla stesura dei programmi di intervento e di modelli organizzativi delle strutture assistenziali, essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali, proprie delle Università.

- il secondo identificabile con il rafforzamento dello strumento dei Protocolli di Intesa tra le Regioni e le Università, che devono assicurare definitivamente ed in concreto l'integrazione attraverso l'individuazione di attività, strutture e programmi.

I Protocolli regionali in particolare devono:

- promuovere e disciplinare *l'integrazione* dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca;
- definire le *linee generali* della partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria;
- definire i parametri per l'individuazione delle *attività* necessarie allo svolgimento delle funzioni istituzionali e di ricerca;
- definire i parametri per l'individuazione delle *strutture* assistenziali complesse funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca dei corsi di laurea delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Aziende Integrate;
- definire il *volume di attività* ed il *numero dei posti letto* essenziali anche in rapporto al numero degli iscritti ai corsi di laurea con criteri e modalità di adeguamento agli standard fissati, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale;
- disciplinare le modalità di reciproca collaborazione per le esigenze del SSN connesse alla *formazione degli specializzandi*, alla formazione del personale sanitario mediante lo svolgimento delle attività formative presso le Aziende ospedaliere di riferimento o presso altre Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate;
- definire i criteri generali per l'adozione *dell'atto aziendale*, per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti integrati (DAI);
- definire forme e modalità di *accesso dei dirigenti sanitari* del SSN ai *fondi di Ateneo* e ad *incarichi didattici*;
- prevedere il trattamento economico *aggiuntivo* di cui all'art.6 del

D.Lgs. 517/1999;

- definire i criteri generali per l'attuazione dei principali *atti di gestione* delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Il decreto delegato, è costituito da otto articoli e interviene sui seguenti aspetti:

a) definizione del rapporto tra SSN e Università attraverso principi di leale cooperazione, indicati nelle linee guida emanate d'intesa tra i ministri responsabili, e i Protocolli d'intesa tra le Regioni e le Università ubicate nel proprio territorio, in riferimento all'attività assistenziale da svolgere e il volume ottimale di attività (art. 1)

b) individuazione di un modello unico di Azienda Ospedaliero Universitaria per la gestione delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca e previsione di un regime transitorio di quattro anni per giungere a tale organizzazione. Per il raggiungimento di tale nuovo modello aziendale, dotato di autonoma personalità giuridica, sono fissati tempi e fasi (art. 2);

e) articolazione organizzativa delle nuove Aziende secondo un modello dipartimentale e definizione di organi, quali: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Presidente dell'Organo di Indirizzo (artt. 3-4);

d) definizione dei rapporti giuridici ed economici del personale assegnato o trasferito alle nuove aziende ed estensione dell'esclusività del rapporto di lavoro analogamente a quanto indicato per i dirigenti del SSN, relativamente allo svolgimento dell'attività assistenziale, che valorizzando la professionalità e l'impegno personale dei docenti all'interno delle strutture pubbliche, assicura una più elevata qualità all'assistenza e alla didattica, che richiede tempi lunghi da dedicare alla formazione dei giovani (artt. 5-6);

e) definizione della disciplina contabile e patrimoniale delle nuove aziende e regolamentazione dei criteri per il loro funzionamento congiunto da parte delle Regioni, mediante il corrispettivo dell'attività svolta secondo l'ammontare predefinito dal decreto, e delle Università, con apporto di personale e di beni mobili ed immobili (art. 7);

f) regolamentazione del regime transitorio in riferimento alle procedure di trasformazione delle Aziende esistenti -Aziende miste e Policlinici a gestione diretta- (art. 8) .

Il decreto delegato proprio per la sua portata "innovativa" è oggetto di critiche e contestazioni da più parti (istituzionali e delle parti sociali), che sinteticamente possono così riassumersi:

- la Facoltà di Medicina verrebbe privata della sua autonomia decisionale attraverso l'affermata prevalenza dell'attività assistenziale, cui verrebbero subordinate ricerca e didattica. Risulterebbe così compromessa l'autonomia di una porzione rilevante del sistema sanitario;
- l'organizzazione dipartimentale, come modello di gestione operativa, rischia di soffocare i dipartimenti universitari, sopprimendo le funzioni di autogoverno indispensabili all'autonomia universitaria. Inoltre, la figura del Direttore Generale, ispirata alla tipologia del SSN, mal si concilia con la conduzione collegiale e partecipativa delle attività universitarie. Risulta incomprensibile la decisione di escludere, a dispetto delle competenze, nell'Organo di Indirizzo una componente del personale universitario;
- la decisione di applicare le norme vigenti riguardanti il settore sanitario (procedure di trasferimento e reclutamento) ai professori ed ai ricercatori universitari, non solo a quelli del SSN ;
- l'ingerenza della Regione nei criteri di determinazione, attraverso i Protocolli d'Intesa, delle attività dei professori e dei ricercatori, quale l'imposizione di "esclusiva attività assistenziale" ai docenti di medicina pena l'esclusione da ogni incarico dirigenziale, creerebbe una minaccia per l'autonomia universitaria, che verrebbe influenzata del potere politico;
- la necessità di non assegnare alle nuove aziende sanitarie il personale tecnico-scientifico, socio-sanitario, amministrativo, di ruolo presso le Università, poiché funzionale allo svolgimento dell'attività presso l'Università stessa, cioè la didattica e la ricerca.

A maggio del 2001, poi, con l'approvazione, da parte del Consiglio dei Ministri, del documento riguardante le Linee Guida concernenti i Protocolli d'intesa fra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali dell'Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale, viene firmato in via definitiva e a sorpresa, l'atto di indirizzo e coordinamento sui Protocolli per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria fra Regioni ed Atenei, prescritto dalla riforma dei rapporti tra Università e SSN (D.lgs. 517/99). Al Consiglio dei Ministri approda "fuori sacco" lo schema che, per due volte consecutive, non era riuscito ad ottenere l'unanimità in Conferenza Stato-Regioni.

Il completamento dell'iter procedurale si realizza grazie alla legge 59/97 (c.d. legge Bassanini), che, al secondo nulla di fatto, consente al Governo di stabilire l'urgenza di un provvedimento ed emanarlo d'ufficio. Questa forzatura viene motivata dall'esigenza del Governo in carica di completare, entro la fine della legislatura, il processo di riforma avviato con la L.419/98.

Le Linee Guida così approvate contengono per un verso una particolareggiata disciplina dei rapporti Regione - Ateneo - Aziende Sanitarie e per altro verso prevedono indicazioni contenutistiche degli atti pattizi.

Il primo aspetto è relativo alla partecipazione attiva degli Atenei alla programmazione regionale. Le Università, attraverso la partecipazione al processo formativo dei piani sanitari regionali, devono concorrere, ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M., all'elaborazione dei medesimi relativamente alle esigenze didattiche e di ricerca biomedica, anche estese alla formazione specialistica, infermieristica, tecnica, riabilitativa e prevenzionale.

Il comma 2 dell'articolo 1 prevede inoltre che le bozze di piano devono tener conto delle pregresse intese raggiunte tra le parti per le attività di didattica e ricerca programmate dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia mentre il successivo comma 4 afferma che i Protocolli d'Intesa devono contemplare forme di collaborazione degli Atenei nell'elaborazione e nella stesura delle proposte per la predisposizione del piano.

Inoltre prima dell'adozione o dell'adeguamento del piano sanitario regionale, le Regioni acquisiscono formalmente il parere delle Università sedi della Facoltà di medicina e chirurgia ubicate nel proprio territorio. I pareri espressi dagli Atenei sono allegati al progetto di piano e trasmessi al Ministro della Sanità per l'espressione dell'avviso di congruità con il piano sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Il processo elaborativo si compone di due momenti:

- il primo, caratterizzato dall'informalità, che si esprime attraverso un tavolo concertativo tra Regioni ed Atenei finalizzato alla realizzazione della suddetta bozza di piano, il secondo, invece, di carattere formale, che trova realizzazione nel predetto parere sui contenuti di piano.

Inoltre le Linee Guida non si limitano a prescrivere la partecipazione degli Atenei all'elaborazione del piano sanitario regionale. Devono anche prevedere, ai sensi dell'art. 1, comma 4, che gli Atenei concorrano alla formazione degli strumenti attuativi regionali e locali e che, in tale contesto, abbiano particolare rilievo le linee di sviluppo universitario deliberate dalle Università, trasmesse regolarmente alla Regione ed alle Aziende previste dall'art. 2, comma 2.

Il successivo comma 9 prevede infine che, in seguito alla stipula dei Protocolli d'Intesa, la pianificazione regionale (anche quella attuativa) e quella sub-regionale possono essere oggetto di integrazione e/o rimodulazione da parte della Regione ed Università. Tale intervento che ha per oggetto l'individuazione delle strutture assistenziali per le finalità istituzionali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, è reso possibile da "ragioni d'urgenza ed opportunità didattico scientifiche".

Le indicazioni contenutistiche sui Protocolli d'Intesa si possono suddividere in tre categorie:

- **a)** quelle relative alla tipologia delle strutture sanitarie coinvolte ;
- **b)** quelle relative al personale;
- **c)** quelle inerenti l'organizzazione .

a) La prima fattispecie si concretizza con l'art. 2, comma 2. Tale comma prevede le tipologie di strutture oggetto del Protocollo d'Intesa. Esse sono le Aziende Integrate, di cui alle lettere a) e b) dell'art. 2, comma 2, del D.lgs. 517/99, le ASL e i loro presidi, gli I.r.c.c.s., gli Ospedali civilmente riconosciuti ed infine le case di cura private accreditate. Sempre ai sensi del predetto decreto i Protocolli d'Intesa devono inoltre individuare le modalità attraverso le quali le suddette aziende concorrono alla realizzazione sia dei compiti istituzionali dell'Università che si quelli assistenziali. Occorre però rilevare l'assenza nel D.P.C.M. 24 maggio 2001, di qualsiasi indicazione in merito alla gerarchia delle possibili opzioni tra strutture pubbliche e private.

b) La seconda categoria è quella relativa al personale, sia universitario, sia sanitario delle aziende pubbliche e private. In particolare ai sensi dell'art. 3, comma 2, il personale docente degli Atenei che svolge attività assistenziale è responsabile dei risultati assistenziali conseguiti. Si prevede inoltre che i Protocolli d'Intesa debbano stabilire i criteri per la quantificazione dell'impegno assistenziale medio ed assicurare un equilibrato rapporto con quello della dirigenza sanitaria. Ciò è finalizzato alla determinazione delle dotazioni organiche ed programmazione dell'attività.

Va osservato che il legislatore, all'art. 3, comma 2, lett. c), preferisce rinviare l'articolazione dell'orario di servizio del personale universitario sulla base di un "piano di lavoro" predisposto dalle singole strutture aziendali di appartenenza. Tale piano che deve essere oggetto d'intesa con l'Ateneo, deve tener conto sia dell'impegno assistenziale che di quello didattico scientifico. Questa scelta comporta necessariamente una diversità di trattamento del personale medico universitario nell'ambito della medesima Azienda.

Sempre relativamente al personale, i Protocolli d'Intesa devono inoltre prevedere, ai sensi dell'art. 3 comma 2, lett. d), che il trattamento economico integrativo dei docenti e ricercatori sia composto, in analogia al personale medico dipendente dal SSN:

- dalla retribuzione di posizione, correlata alla direzione di struttura (dipartimenti, unità operative complesse e semplici) ;

- dalla retribuzione di risultato, rapportata ai risultati assistenziali conseguiti.

Altra indicazione per i Protocolli d'Intesa è l'imputazione alle Aziende Sanitarie dell'onere relativo al predetto trattamento economico che viene determinato fissando come parametro di riferimento quello in vigore alla data di entrata in vigore del D.lgs. 517/99.

Per i successivi cinque anni rispetto alla data di efficacia dei citati protocolli l'importo aggiuntivo così determinato non potrà essere diminuito.

c) La terza ed ultima categoria è relativa agli aspetti di tipo organizzativo, principalmente rivolti alle Aziende Integrate. In particolare vengono disciplinati gli assetti istituzionali delle predette aziende, dei dipartimenti, delle strutture complesse e semplici nonché quelli relativi al dimensionamento delle strutture oggetto dei protocolli d'intesa.

Relativamente agli assetti istituzionali delle Aziende, le linee guida incaricano i Protocolli d'Intesa a determinare la composizione dell'Organo di Indirizzo di cui all'art. 4, comma 4 del D.lgs. 517/99. Unica indicazione in merito è la previsione che i componenti devono essere paritariamente designati dalla Regione e dall'Università, tenendo conto di un membro di diritto rappresentato dal Preside della Facoltà di Medicina.

Le Linee Guida inoltre rimettono all'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 517/99 l'organizzazione delle Aziende Ospedaliere Universitarie "in modo da assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche delle Facoltà di Medicina e Chirurgia in un quadro di coerente integrazione con l'attività assistenziale e con gli obiettivi della programmazione regionale". Tale atto è assunto dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore. Ma la materia organizzativa viene pure regolata, in via preventiva, anche dai Protocolli d'Intesa cui spetta individuare, sulla base di specifici criteri di cui all'art. 4, comma 3, le strutture assistenziali complesse essenziali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea di medicina

e chirurgia. Emerge a questo punto una duplicazione di funzioni in quanto l'individuazione delle strutture assistenziali compete sia all'atto aziendale sia ai protocolli d'intesa, ed, al fine di evitare il conflitto di competenze, concordemente si assegna all'atto di organizzazione, per eccellenza, peraltro assunto d'intesa con il Rettore, il compito di disciplinare gli assetti organizzativi interni, lasciando ai Protocolli d'intesa, il ruolo di disciplinare i criteri di massima.

Oltre agli aspetti contenutistici appena descritti, le Linee Guida prevedono altresì indicazioni circa i criteri della compartecipazione degli Atenei ai risultati delle Aziende Integrate. La compartecipazione di che trattasi si realizza, ai sensi dell'art. 10, comma 2, attraverso la definizione, nei Protocolli d'Intesa, dalla messa a disposizione del personale docente e non docente e dei beni mobili ed immobili. In caso di risultati positivi della gestione aziendale, gli utili vengono impiegati per il finanziamento di programmi di ricerca di interesse assistenziale e di sviluppo della qualità delle prestazioni. In caso invece di risultati negativi, la Regione e l'Università concordano specifici piani di rientro attraverso l'utilizzo delle risorse ordinarie delle Aziende Integrate. In tale ipotesi in caso di mancato accordo tra Regione ed Università, la Regione, dopo aver sentito il comitato regionale di coordinamento delle università, disdetta il Protocollo d'Intesa per quanto concerne l'azienda interessata e ripristina autonomamente l'equilibrio economico finanziario.

Infine altro elemento delle Linee Guida è l'imposizione alle Regioni di adeguamenti delle remunerazioni delle strutture oggetto dei Protocolli d'Intesa. L'art. 1, comma 7 prevede infatti che la Regione è tenuta a corrispondere alle aziende pubbliche e private coinvolte nei Protocolli d'Intesa i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta la quota derivante dai risparmi ottenuti dall'apporto del personale universitario. Ciò si traduce in un aumento dei Diagnosis Related Group (D.R.G.) che la Regione dovrà riconoscere in relazione alla produzione assistenziale assicurata, alle suddette Aziende.

Anche le Linee Guida non sono indenni da critiche e subiscono un duro attacco da parte di alcune Regioni, risolto in qualche modo dalla Corte Costituzionale (vedi al riguardo paragrafo successivo).

Esemplificativamente si riportano i rilievi mossi alle Linee Guida, che rendono, secondo alcuni commentatori e operatori, ancora più fumoso il contenuto dei Protocolli d'Intesa :

- carenze nei criteri di individuazione delle Aziende di riferimento;
- indeterminatezza dell'orario assistenziale del medico docente e ricercatore universitario e delle indicazioni sulle attività esercitabili dal docente collocato in quiescenza assistenziale;
- mancata indicazione di un range inteso a definire i minimi e massimi delle remunerazioni di cui all'art. 1, comma 7;
- incertezza dei criteri per la costituzione dei dipartimenti, delle strutture complesse e di quelle semplici ;
- irrazionalità della norma sul trattamento economico dei docenti e dei ricercatori universitari (il c.d. trattamento economico aggiuntivo- T.E.AG.) che viene ancorato temporalmente alla data di entrata in vigore del D.Lgs. 517/99 e non al momento di applicazione, per singola Regione, del nuovo regime tenuto conto dei valori retributivi del CCNL della dirigenza medica;
- l'assoggettamento anche dei soggetti privati, gli Irccs di diritto comune e le case di cura, alle prescrizioni organizzative in tema di strutture complesse con conseguente violazione della loro autonomia organizzativa privatistica ;
- la difficile applicazione delle previsioni sanzionatorie, quali la disdetta del Protocollo d'Intesa nei confronti degli Atenei in caso di risultati negativi di bilancio annuale delle aziende integrate e di mancato accordo tra Ateneo e Regione sui piani di rientro, attesi i risvolti che ne deriverebbero per ricerca e la formazione universitaria in quanto il Protocollo di Intesa non contempla strutture sostitutive per tali fini (vedi per alcuni degli aspetti sopra evidenziati, gli approfondimenti sviluppati nel capitolo 2).

Il nuovo quadro normativo di riferimento così come sopra delineato, favorisce, tra il 2001 ed il 2004, in molte Regioni italiane, la definizione di un riassetto organico dei rapporti tra Università e Sanità che coinvolge direttamente anche i modelli organizzativi degli Ospedali che devono garantire il supporto al percorso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia .

Ed a tale proposito, il legislatore, auspicando una sorta di cogestione tra l'Università e il SSN mediante un'evoluzione organizzativa incentrata sul contributo apportato dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia al SSN, contempla un “duplice scenario” per la collaborazione fra il SSN e l'Università , prevedendo una situazione giuridica valida per la fase transitoria ed una valida a regime, dopo un quadriennio di sperimentazione .

Quella transitoria mantiene con alcuni correttivi l'assetto già prefigurato dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. in ordine alle due tipologie di Ospedali che devono garantire il supporto al percorso formativo del triennio clinico ex art 2 del D.Lgs 517/99 :

- a) Aziende Ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei Policlinici Universitari a gestione diretta, denominate Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN;
- b) Aziende Ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'Università, denominate Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Quella a regime introduce una nuova tipologia di Ospedali superando così la situazione previgente:

- Al termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU).

Si riporta una serie d'indicazioni, le più significative, valide, sul piano organizzativo, per tutte le tipologie di Aziende previste, ovvero quelle che si costituiscono nel periodo sperimentale (le c.d. Aziende Integrate) e quella unica (la c.d. Azienda Ospedaliero Universitaria) che deve nascere dopo la fase di sperimentazione quadriennale, evidenziando in particolare per l'AOU la sua nuova "mission".

-1) l'Azienda Integrata

Il momento di identificazione delle Aziende Integrate avviene in sede di Protocollo d'Intesa tra Regione ed Università. Entrambe le Aziende operano nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono sia al raggiungimento di obiettivi propri, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università, in considerazione dell'apporto delle "funzioni caratteristiche" svolte dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Per lo svolgimento delle attività assistenziali, essenziali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università, la Regione e l'Università individuano, in conformità con le scelte indicate nel Piano sanitario regionale, l'Azienda di riferimento, che deve essere caratterizzata da unitarietà strutturale e logistica. Nel caso in cui nell'Azienda non siano disponibili determinate strutture, essenziali per l'attività didattica, l'Università, all'interno dei Protocolli d'Intesa, può concordare con la Regione l'utilizzazione di altre strutture pubbliche e l'eventuale utilizzo, tramite l'Azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché accreditate.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN derivate dalla trasformazione dei Policlinici Universitari a gestione diretta, costituiscono una vera e propria "mutazione genetica" degli ex Policlinici Universitari.

Queste Aziende (tra il 2002 e il 2006) procedono, in parte, con la revisione dei propri assetti organizzativi come ad esempio la costituzione dei dipartimenti assistenziali (DAI), dando luogo a non pochi problemi nell'ambito dei rapporti tra il DAI e il dipartimento universitario (DU), nei cui confronti si

compie la scelta organizzativa di sottrarlo al processo d'integrazione, garantendogli il mantenimento della propria autonomia gestionale nell'ambito della didattica e della ricerca. .

La costituzione di questo modello di Aziende avviene ad opera dell'Università d'intesa con la Regione.

Le Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, invece, sono costituite mediante la trasformazione dei Presidi Ospedalieri, sia dipendenti dalle ASL sia costituiti in azienda nosocomiale, nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina.

Va detto, al riguardo, che non è sempre facile identificare i Presidi oggetto di trasformazione. Infatti, anche se la normativa fa esplicitamente riferimento a Presidi Ospedalieri di A.S.L. e alle Aziende Ospedaliere, non è semplice identificare in che cosa consista la prevalenza del corso di laurea in Medicina. Tale difficoltà si traduce nell'individuare l'oggetto della valutazione di prevalenza che può riguardare le unità operative a direzione universitaria e ospedaliera, ovvero l'insieme del personale sanitario e universitario o infine gli apporti complessivi al presidio ospedaliero dell'una o dell'altra componente.

Le Aziende Integrate sono costruite sulla disciplina delle Aziende Sanitarie di cui all'art. 3 del D.Lgs. n. 229/99, e, in linea generale, tutte le disposizioni sono mutate da questo modello, salvo alcune differenziazioni in materia di rapporti con l'Università, organizzazione interna e di gestione, organi aziendali, disciplina giuridica del personale con il relativo trattamento economico, finanziamento delle attività erogate.

Relativamente alla **natura giuridica**, le Aziende Integrate sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale, agiscono nei limiti della programmazione nazionale e regionale del comparto sanitario e con atti di diritto comune, ivi incluso l'atto aziendale organizzativo, e mediante contrattualistica di diritto civile, con l'eccezione dei

contratti di fornitura di beni, servizi e prestazioni, il cui valore superi le soglie fissate dalle norme comunitarie.

La previsione dell'atto aziendale di diritto privato, voluto nell'ambito del processo di aziendalizzazione insieme all'esplicito riconoscimento dell'autonomia imprenditoriale, come richiamo per il funzionamento e l'organizzazione, accentua una dimensione gestionale privatistica dell'Azienda Sanitaria, più consona al raggiungimento e alla piena valorizzazione dell'efficienza, dell'economicità ed dell'efficacia nell'azione di erogazione del servizio

Per quanto concerne **la struttura**, le due tipologie di Aziende differiscono, per l'iniziativa nella nomina del Direttore Generale e del Presidente dell'Organo di Indirizzo da parte del Rettore, fermo restando il principio dell'intesa fra le parti interessate e nella costituzione dei dipartimenti assistenziali .

Per quanto riguarda gli **organi** va rilevato che sono i medesimi delle Aziende Sanitarie (il Direttore Generale e il Collegio Sindacale) con l'unica eccezione dell'Organo di Indirizzo e delle modalità della nomina dei suoi componenti.

Il Direttore Generale, cui spetta la completa gestione dell'Azienda Integrata, è nominato sulla base dei requisiti previsti dall'art. 3, comma 2, 3, e 4 del D.Lgs. 229/99 dalla Regione, acquisita l'intesa con l'Università. Limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione il Direttore Generale delle Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN è nominato dal Rettore dell'Università, acquisita l'intesa con la Regione. Va però rilevato che per le nomine d'intesa dei Direttori Generali, non è stato previsto un meccanismo suppletivo in caso di mancata formazione dell'intesa.

Nei Protocolli d'Intesa tra Regione e Università, deve essere indicata la procedura per la verifica dei risultati conseguiti da tale soggetto e le relative procedure di conferma o revoca. Al Direttore Generale è demandato, poi, il compito di procedere, d'intesa con il Rettore per le strutture assistenziali

universitarie, all'attribuzione ed alla revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa ai professori e ai ricercatori universitari.

Il Direttore Generale nomina altresì il direttore amministrativo e sanitario nonché il Collegio di Direzione, composto dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dai direttori di dipartimento. Tale organo è competente ad esprimere pareri in ordine alla programmazione, organizzazione e valutazione delle attività cliniche.

Il Collegio Sindacale, organo di controllo di cui all'art. 3-ter del D.Lgs. n. 229/99, è composto da cinque membri designati dal Ministro del Tesoro, da quello della Salute, da quello per l'Università, dalla Regione e dall'Ateneo, iscritti al registro dei revisori contabili ovvero funzionari del ministero del tesoro che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti. La nomina avviene da parte del Direttore Generale. Il Presidente del Collegio Sindacale viene eletto al suo interno.

Ma il vero elemento di distinzione rispetto alle Aziende Sanitarie Regionali è costituito dalla previsione dell'Organo di Indirizzo. Si tratta di uno strumento, previsto per entrambe le tipologie di Azienda derivante dalle trasformazioni di quelle esistenti, che consente di definire una “sede istituzionale” per la correlazione tra le diverse esigenze assistenziali, didattica e di ricerca. Tale organo è costituito da un massimo di cinque componenti-esperti in programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari, la cui esatta individuazione è demandata, in dettaglio, ai singoli Protocolli d'Intesa regionali.

Il Presidente viene eletto al suo interno dalla Regione d'intesa con l'Università. Anche in questo caso, durante il periodo transitorio, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN, il Presidente dell'Organo di Indirizzo è nominato dal Rettore d'intesa con la Regione.

Il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia è membro di diritto dell'Organo di Indirizzo, mentre né i dipendenti dell'azienda né altri componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia possono far parte di tale

organo. Tale organo ha la funzione di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica delle Università, verificandone, in una seconda fase, la corretta attuazione. La scelta del legislatore di non attribuire all'Organo di Indirizzo anche la funzione consultiva su questioni strategiche quali, ad esempio il bilancio, le piante organiche e l'organizzazione aziendale, non vieta al Direttore Generale di concordare con tale organo, nei limiti dei piani sanitari, le principali scelte organizzative e funzionali, al fine di evitare contenziosi che si potrebbero rilevare pericolosi al momento della sua conferma.

In riferimento al **personale** si prevede che i professori e i ricercatori universitari, che svolgono attività assistenziale sono individuati con apposito atto dal Direttore Generale dell'Azienda di riferimento d'intesa con il Rettore, in conformità ai criteri stabiliti nel Protocollo d'Intesa tra la Regione e l'Università, relativi anche al collegamento della programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia con la programmazione aziendale.

Per quanto riguarda l'esercizio dell'attività assistenziale, il rapporto con le Aziende e il rapporto con il Direttore Generale, viene indicata l'applicazione anche ai professori e ai ricercatori universitari delle norme stabilite per il personale del SSN, -elemento questo di aspre polemiche- in sede di approvazione della legge delega n. 419.

In particolare il personale universitario risponde dell'adempimento dei doveri assistenziali al Direttore Generale.

Un altro aspetto riguarda le modalità attraverso le quali le Aziende Integrate possono fare fronte alle esigenze di personale svolgente attività assistenziale, senza dover imporre alle Università l'assunzione di medici-docenti.

Infatti le Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN che non riescano a far fronte ad esigenze assistenziali con l'organico di cui dispongono, possono, nel limite del 2% dell'organico dell'Azienda stessa, stipulare contratti di lavoro a tempo determinato di durata quadriennale, non

rinnovabili con le modalità previste per il SSN e che tali Aziende succedono ai rapporti di lavoro a tempo determinato in essere con l'Università, fino alla loro scadenza.

Relativamente all'**organizzazione** delle Aziende Integrate, l'art. 3 del D.Lgs. n. 517/99 prevede l'obbligatoria costituzione di due tipi di dipartimenti: quelli con funzioni strettamente assistenziali di cui all'art. 17-bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i e quelli con funzioni integrate.

Per Dipartimento deve intendersi una struttura organizzativa interna ad una pubblica amministrazione, dotata di una complessità interna ma priva di personalità giuridica. Il modello organizzativo proposto dal D.Lgs. n. 517/99 introduce un ulteriore elemento rispetto alla nozione comune di dipartimento: l'attività integrata che consente attraverso l'esercizio contemporaneo ed integrato di due o più specialità garantisce maggiori risultati razionalizzando le risorse ed aumentando così l'efficacia e l'efficienza dell'attività.

Nel caso specifico il Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) è una struttura organizzativa composta dall'aggregazione di unità operative ed altre entità organizzative tra loro interdipendenti, la cui omogeneità ed affinità consentono l'ottimale conseguimento delle finalità del dipartimento stesso e, in ultima analisi, dell'Azienda Ospedaliera. Tale struttura presenta un grado di autonomia organizzativa e gestionale, adotta regole e comportamenti condivisi ed omogenei in materia assistenziale, didattica, di ricerca e partecipa al processo aziendale di budgeting.

I DAI sono articolati in strutture complesse, unità operative, che, a loro volta, possono essere organizzate in articolazioni funzionali, definite strutture semplici, sono individuati in sede di programmazione concordata tra Azienda e l'Università stessa, che tiene conto del collegamento tra la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e la programmazione aziendale. Le unità operative interne possono essere dislocate anche su più sedi logisticamente distanti tra loro.

Compete all'atto aziendale disciplinare, secondo i criteri definiti dai Protocolli d'Intesa, la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei DAI ed a individuare le strutture complesse che li compongono indicando quelle a direzione universitaria.

Le decisioni, nate d'intesa con il Rettore delle strutture essenziali per l'attività didattica e di ricerca, espresse con l'atto aziendale, devono essere in sintonia con quanto stabilito dal Piano sanitario regionale e dai piani attuativi locali, nei limiti dei volumi della produzione assistenziale annua prevista e delle disponibilità di bilancio. Inoltre spetta al Direttore Generale, d'intesa con il Rettore dell'Università, la nomina del Direttore del Dipartimento, scelto fra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento stesso, sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico.

Il DAI è organizzato come un centro unitario di responsabilità e di costo in modo da garantire l'unitarietà della gestione, il collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la flessibilità operativa e l'individuazione di quei servizi che, per motivi di efficienza ed economicità, sono comuni al dipartimento, per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza e ambulatoriali.

Sono organi del Dipartimento il Direttore e il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda d'intesa con il Rettore, limitatamente ai Dipartimenti integrati a direzione universitaria e dal Direttore Generale per quelli a direzione SSN; in entrambi i casi è individuato tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il Dipartimento, sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico.

Il Direttore presiede le riunioni del Comitato di Dipartimento ed è investito di una "responsabilità di tipo manageriale" per ciò che concerne la negoziazione del budget, il monitoraggio del livello delle attività e dei costi in relazione al budget negoziato.

È investito inoltre di una “responsabilità di tipo clinico”: promuove, tra l'altro, l'adozione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici per le patologie più frequenti; promuove l'utilizzo di procedure e protocolli diagnostico terapeutici in modo integrato; promuove le politiche di risk management e l'audit clinico.

Il Comitato di Dipartimento è composto dai Direttori delle strutture complesse e semplici e dai Responsabili dei programmi infra e interdipartimentali ed è l'organo collegiale in cui discutere ed approvare le strategie dipartimentali.

Coadiuvava il Direttore nella gestione, nell'elaborazione delle linee guida, formula pareri, valuta e verifica la qualità dell'assistenza fornita nella programmazione dei fabbisogni quali e quantitativi.

Il Comitato è convocato dal Direttore del Dipartimento per la programmazione dell'attività, per le procedure di negoziazione del budget e per la verifica dei risultati dell'attività del Dipartimento.

Per lo svolgimento delle funzioni direttive e gestionali, il Direttore del dipartimento si avvale di una struttura amministrativa e tecnico sanitaria che lo supporta nel processo di budget, nella rilevazione del fabbisogno e nella gestione e monitoraggio dell'attività.

L'organico del Dipartimento è costituito da personale: universitario - docente e ricercatore, medico e non medico, tecnico amministrativo con attività assistenziale e/o di supporto all'assistenza e dal personale sanitario.

Le regole di funzionamento del Dipartimento sono contenute in un apposito regolamento.

In tema di analisi d'impatto circa l'utilizzo di detto modello organizzativo, si è riscontrato che l'introduzione dei DAI è frenata dalla mancanza di una cultura manageriale e di una leadership capace di trainare le varie strutture e dalla assenza di incentivi che invogliano l'adozione di queste nuove metodiche .

A ciò si aggiunga che è necessario, sul fronte delle risorse umane, il cambiamento della mentalità dei medici che si trovano a dover fronteggiare una nuova situazione in cui diventano, da capi assoluti, a collaboratori di un collegio di individui, con conseguente perdita di identità della propria categoria.

L'introduzione dei livelli intermedi di responsabilità tra la direzione e le unità operative, accompagnata dall'utilizzo di nuovi sistemi gestionali (sistemi di programmazione, controllo e di valutazione, sistemi informativi di supporto, ecc.), è stata, invece, favorita dalla volontà di superare la vecchia concezione che vedeva la classe dirigente come un puro esecutore di procedure definite a livello politico- istituzionale, e di instaurare una concezione aziendalistica di manager pienamente responsabili di risultati e risorse, ovvero dalla necessità di affrontare i problemi dei pazienti in maniera integrata, di razionalizzare l'impiego delle limitate risorse disponibili, di ottenere dei margini di recupero di efficienza e dei miglioramenti nelle performances di tipo clinico, seguiti da tutta una serie di obiettivi che possono essere collocati in una posizione subordinata, come, ad esempio, la valorizzazione del ruolo medico, la costruzione di un *team* dirigenziale intermedio, il miglioramento della didattica e lo sviluppo delle competenze professionali, la promozione delle innovazioni e delle ricerche e la limitazione dell'autonomia professionale del personale medico. Rimane, inoltre, il dubbio che la diffusione della nuova organizzazione sia più legata alla necessità di adempiere le prescrizioni normative, che alla necessità di aumentare la flessibilità e l'efficienza delle risorse utilizzate, di migliorare il servizio per l'utente e la qualità delle prestazioni fornite, di compiere un reale coordinamento e una maggiore integrazione tra le diverse professionalità che operano all'interno delle aziende.

Al momento sono in atto alcuni studi, il cui obiettivo è determinare quale sia il modello che risponde meglio alle esigenze strutturali, anche se, sino ad ora, la conclusione è che, indipendentemente dal modello stesso, i problemi

principali sono collegati a come viene applicato nelle varie situazioni, e quali sono i risultati ottenuti nelle istituzioni in cui tale modello è stato applicato in termini di miglioramento di efficienza, di efficacia e di didattica, di progresso nelle innovazioni scientifiche e nella ricerca. Esistono però delle serie difficoltà di valutazioni oggettive e soggettive, legate alla mancanza di esperienze consolidate di cambiamento, mancanza di dati e di indicatori per una corretta valutazione e tempi di valutazione lunghi (almeno 4-5 anni).

Invece, per il **finanziamento** delle attività svolte dalle Aziende e quindi all'attuazione dei programmi di comune interesse, concorrono le risorse messe a disposizione dall' Università, che finanzia le attività di ricerca e gli emolumenti del personale docente o comunque coinvolto nelle attività istituzionale, e dalla Regione, con le quote del Fondo sanitario nazionale, che garantisce, alla struttura per la formazione, sia la remunerazione derivante dalle prestazioni erogate dal SSN con la riqualificazione del DRG sia una quota pari al 5% (dato medio) della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva per ogni Azienda, che dovrà essere utilizzata per la realizzazione di programmi di rilevante interesse regionale, e da altri enti, il cui apporto viene valutato di volta in volta.

Inoltre è previsto che per supportare programmi di rilevante interesse per la Regione e per gli Atenei, definiti di comune intesa, concorrono sia l'Università che la Regione, comportando così incrementi di costo per la finanza universitaria. Infine è previsto al comma 2 del citato art. 7 che le Aziende siano classificate, previa verifica, nella fascia dei presidi ospedalieri a più elevata complessità e che la Regione debba riconoscere, sulla base di un apposito accordo definito dalla Conferenza Stato - Regioni, i maggiori costi indotti sulle attività di assistenza sanitaria dalla presenza universitaria, detratti i minori costi derivanti dall'apporto del personale universitario.

Esistono inoltre alcuni finanziamenti aggiuntivi, oltre a quelli derivanti dall'attività svolta in modo diversificato (DRG riqualificato), che derivano da:

- rivalutazione del ruolo, del significato e del peso reale dell'attività didattica e formativa;
- programmazione annuale concertata con gli organi nazionali e regionali del numero dei diplomati, laureati e specialisti;
- autofinanziamento che deve essere incrementato nel modo più ampio e flessibile, sia mediante attività privata assistenziale intramuraria (le royalties dell'attività libero-professionale intramuraria ripartite per dipartimento), sia mediante altre funzioni produttive collegate allo sviluppo della ricerca scientifica e allo sviluppo di formazione permanente.

- 2) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria

Le Aziende ospedaliero-universitarie (AOU), nate dopo il periodo di sperimentazione gestionale , (in molte Regioni italiane questo processo si è realizzato concretamente solo tra il 2006 e il 2008- vedi per analisi di dettaglio il capitolo 3) sono Aziende Sanitarie, dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, svolgono funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività e informano la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo.

L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di efficienza, efficacia ed economicità; la gestione deve essere preceduta da un'adeguata programmazione che definisca i livelli essenziali di salute, le risorse, le forme di finanziamento, gli obiettivi di breve e medio periodo.

Queste nuove Aziende si configurano come organizzazioni con una *missione* più complessa, giacché debbono sia raggiungere obbiettivi assistenziali, sia concorrere alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università. Si passa così dall'inscindibilità tra didattica, ricerca e assistenza all'integrazione fra queste funzioni sulla base dei principi e delle regole proprie dell'attività assistenziale del SSN.

Gli elementi fondamentali che distinguono la nuova Azienda dalle strutture precedenti sono:

- una missione più complessa: assistenza integrata con didattica e ricerca;
- un' organizzazione conseguentemente più complessa: i principali atti aziendali sono adottati dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore;
- una cogestione Regione-Università che garantisca l'armonico raggiungimento degli obiettivi aziendali, anche attraverso l' Organo di Indirizzo nel quale i due Enti, che apportano ciascuno proprie risorse, sono rappresentati nella funzione unitaria di controllo e pianificazione;
- sono sede di formazione medica pre e post-laurea;
- possiedono le capacità strutturali ed organizzative per sviluppare l'attività di ricerca;
- possono garantire e offrire servizi di assistenza sanitaria di alta qualificazione professionale.

Sono stati individuati sette requisiti minimi (o componenti fondamentali) che caratterizzano le nuove AOU :

- l'erogazione di assistenza atta a soddisfare il bisogno di salute;
- l'attività didattiche per la formazione del personale sanitario ed in particolare dei medici;
- lo svolgimento di attività di ricerca sanitaria e di base;
- la possibilità di adottare tecnologie innovative, il cui impiego in ambito sanitario sia indicabile ed ipotizzabile;
- la presenza di processi assistenziali indirizzati a pazienti con quadri clinici più severi e complicati;
- l'utilizzo di benchmark, nei confronti dei quali misurare il dato qualitativo raggiunto dalle procedure assistenziali e dall'uso delle risorse della tecnologia sanitaria;
- l'analisi e la soluzione dei problemi etici legati all'assistenza erogata in ambito clinico.

Le prime componenti sono anche le più tradizionali, ma, nelle AOU, l'attività assistenziale viene indicata come strumentale alle attività di didattica e di ricerca, infatti le connessioni esistenti tra la necessità di aggiornamento delle conoscenze scientifiche (da trasferirsi, subito e costantemente sugli scenari della didattica) e la possibilità di applicarne con altrettanta immediatezza le conseguenze offrono a tali strutture un posto di rilievo nella funzione della ricerca. Per questi motivi l'AOU può essere vista come il passaggio, il veicolo privilegiato per l'immissione di nuove tecnologie nella pratica assistenziale corrente. Inoltre rappresenta sia il soggetto in cui trovano collocazione privilegiata le alte specialità (oncoematologia, trapianti, cardiocirurgia, ecc) sia la leadership nella promozione delle attività mediche basate su evidenze scientifiche, in virtù dell'unione tra l'attività di ricerca e la sperimentazione, valutazione e verifica di nuove tecnologie.

Per citare altre motivazioni che hanno portato all'affermarsi nel panorama regionale italiano di queste strutture, si ricorda che solo in esse:

- 1) i pazienti più critici ed i quadri clinici più severi sono trattati con metodiche spesso di confine che richiedono una garanzia estrema per l'attenzione da riservare alla qualità della vita ed al rispetto della persona umana;
- 2) si realizza il collaudo di tecnologie ancora in fase sperimentale;
- 3) si realizza il "trasferimento" nelle attività assistenziali e didattiche, in cui sono coinvolti studenti e specializzandi, degli stimoli più fertili e propizi a generare i valori morali che l'interesse della società postula come esistenti nella funzione sanitaria .

Sono stati riscontrati però anche delle forti difficoltà per l'affermarsi di tali strutture, molte delle quali non sono inevitabili, ma devono essere attentamente valutate dalla "società nel suo complesso" per l'effettivo incremento dei costi che queste comportano rispetto ai casi trattati in strutture ospedaliere prive del sistema universitario. Molti commentatori parlano di un "lusso sociale" importante che grava sull'intera collettività.

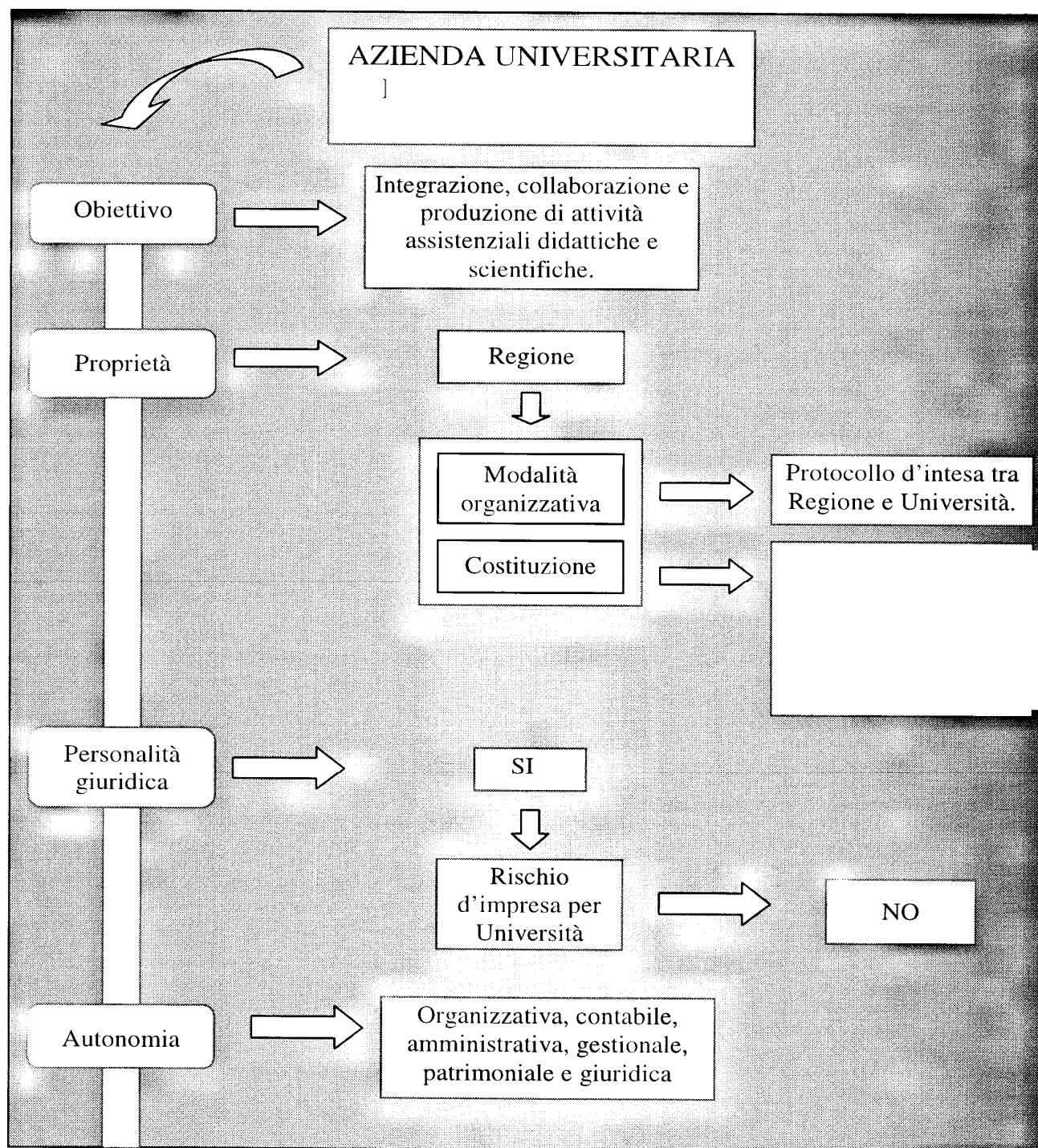
Il legislatore cerca di affrontare il problema dell'assetto definitivo che deve assumere l'AOU, introducendo una nuova normativa, in grado, almeno nelle intenzioni, di evitare le difficoltà interpretative che spesso hanno prodotto notevoli diversità nelle scelte organiche dei vari istituti giuridico-finanziari, ma, nonostante gli sforzi, molte sono le questioni da definire e molti sono i problemi ancora aperti legati al cambiamento, per cui si prospettano tempi lunghi per un'attuazione che possa definirsi compiuta della normativa.

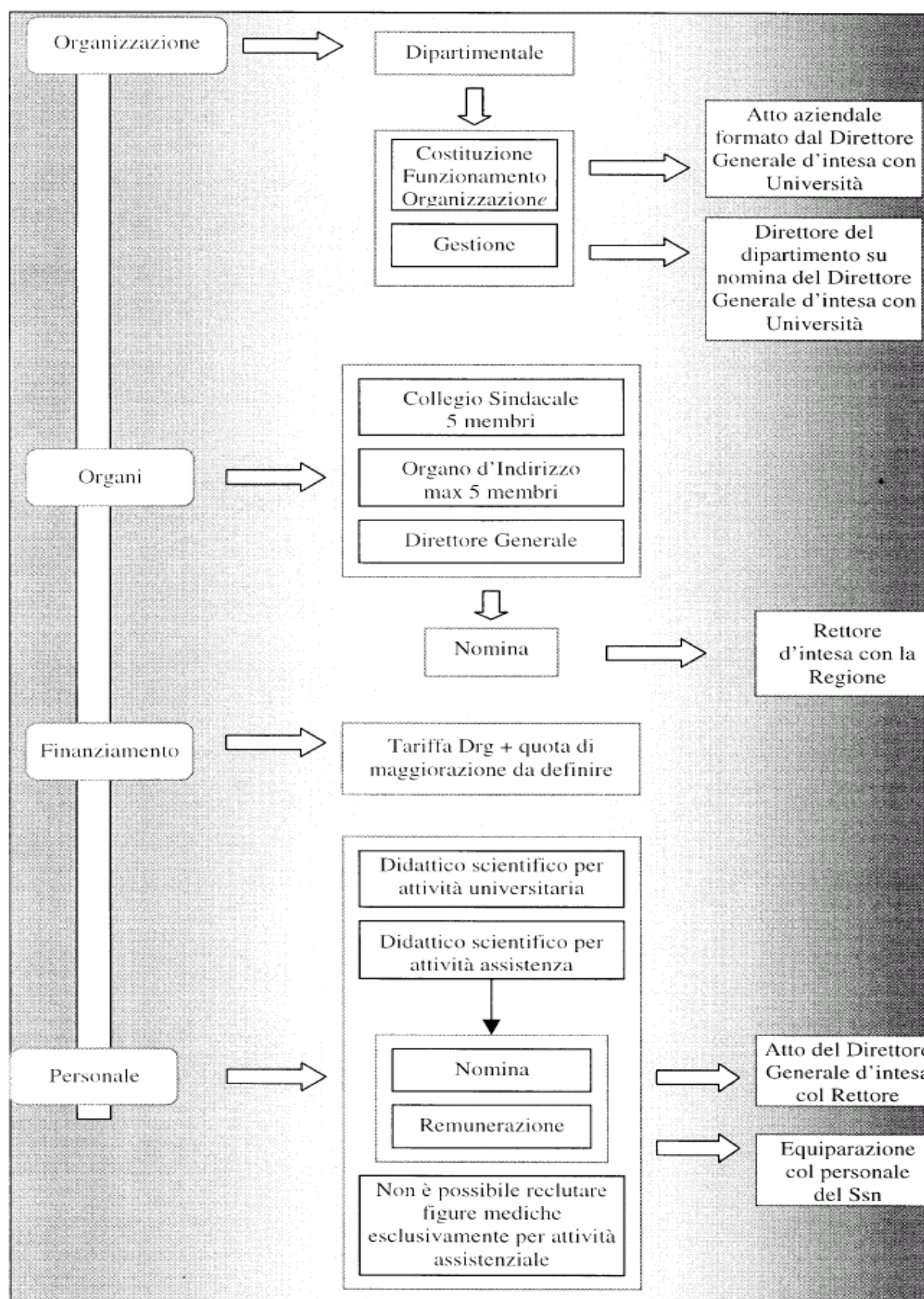
In sintesi nel D.Lgs. 517/99 si è cercato di delineare le direttrici in materia di individuazione, composizione e funzionamento degli organi e organizzazione complessiva delle nuove Aziende in modo da uniformare gli elementi fondanti del nuovo assetto, lasciando spazio alle trattative fra le parti pur richiamando al rispetto dei piani sanitari nazionali e regionali anche nella stipula dei Protocolli d'Intesa tra Università e Regione, come in precedenza evidenziato. (vedi per analisi di dettaglio il capitolo 3).

Ulteriori indicazioni sulla funzionalità del modello adottato verranno fornite nei prossimi due-tre anni, -modello- che dovrà essere verificato e controllato costantemente, soprattutto alla luce dei risultati raggiunti, a causa della complessità del sistema stesso, connesso alla richiesta di partecipazione attiva dell'Università alla produzione degli atti normativi ed organizzativi, concernenti la disciplina ordinamentale dell'AOU .

E a tale riguardo è opportuno accennare che è in atto un processo di trasformazione, (i cui scenari, al momento , sono in evoluzione) di alcune AOU (ex Policlinici Universitari trasformati) in Fondazioni (ad esempio : Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata) reso possibile grazie al D.Lgs 288/03 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n.3).

Sintesi grafica: le caratteristiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria





1.7. Riflessi sui rapporti tra Università e SSN a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione

Come si è accennato al paragrafo precedente con il D.P.C.M. 24 maggio 2001 sono approvate le linee-guida concernenti i Protocolli di Intesa tra Regioni ed Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università. La Commissione interministeriale tecnica che lavora all'impostazione (ed alla stesura materiale dell'atto del Ministro) tiene a precisare nella presentazione del suo lavoro che:

“il doveroso rispetto delle autonomie istituzionali riconosciute sia alle Regioni e alle province autonome sia alle Università, ed una attenta considerazione delle caratteristiche dello strumento delle linee guida, hanno suggerito l'elaborazione di un testo che fornisca indirizzi e direttive di carattere generale, privo di indicazioni di dettaglio che rischierebbero di impedire l'esercizio delle autonomie e di determinare l'irrigidimento delle successive fasi di definizione dei rapporti tra Regioni e Università”.

La componente regionale della Commissione, peraltro, insiste, durante i lavori preparatori per l'impostazione delle linee guida, che le scelte da farsi con i Protocolli d'Intesa - pur nell'ottica di situazioni locali diverse - debbano tutte concorrere alla “..rapida e completa attuazione del quadro tracciato dal D.Lgs. 571/99...”.

Contro l'iniziativa del Governo del 2001 insorgono alcune Regioni che sollevano conflitto di attribuzioni di fronte alla Corte Costituzionale, contestando la competenza dei poteri centrali in questa materia (Protocolli d'Intesa) e la legittimità delle stesse Linee-Guida adottate dal Presidente del Consiglio con il proprio decreto.

Il ricorso presentato dalle Regioni Lazio e Lombardia è depositato in cancelleria della Corte Costituzionale il giorno 18 ottobre 2001, guarda caso lo stesso giorno della promulgazione della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 dal titolo "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001) .

La Legge costituzionale nr.3/2001 resa definitivamente “operativa” con la L. 5 giugno nr.131 ridistribuisce le competenze legislative e regolamentari tra Stato e Regioni con un criterio inverso rispetto al passato , introducendo la competenza *de residuo* delle Regioni.

Il nuovo articolo 117 Cost., così come modificato dalla legge Costituzionale n. 3 del 2001, individua le materie di competenza esclusiva dello Stato, mentre alle Regioni spetta, accanto alla competenza concorrente nelle materie indicate dalla Carta, la competenza (esclusiva) residuale “in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”. Più specificatamente, in tema di Salute, il comma 2, lettera m), riserva alla legislazione esclusiva dello Stato la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. La “tutela della Salute” e la “ricerca scientifica”, nel novellato testo costituzionale, sono “materie” di legislazione concorrente. La potestà legislativa e regolamentare delle suddette “materie” spetta alle Regioni attraverso leggi di dettaglio, mentre la potestà esclusiva riferita alla determinazione dei principi fondamentali compete allo Stato attraverso leggi quadro.

La modificazione del quadro costituzionale ha l'effetto di “aiutare” la Corte Costituzionale a “salvare” le linee-guida governative. Infatti, la Corte Costituzionale trae spunto dalla nuova normativa costituzionale per pronunciarsi, nel conflitto di attribuzioni proposto dalle Regioni, nel senso del venir meno dell'interesse delle Regioni stesse ai ricorsi contro il Governo. La vertenza di Lazio e Lombardia è chiusa pertanto dalla Corte con un'ordinanza di inammissibilità dei ricorsi (*Corte cost., (ord.) 4 novembre 2003, n. 329, in Foro amm. C.d.S., 2003, pag. 3225*).

Il ragionamento giuridico seguito dalla Corte Costituzionale - sostanzialmente per evitare di pronunciarsi sul merito dei ricorsi - è stato il seguente.

Prima dell'entrata in vigore della legge costituzionale di riforma del titolo V

della costituzione - dice la Corte - la normativa adottata dal governo (d.p.c.m. 24 maggio 2001) non aveva avuto alcun effetto concretamente invasivo della sfera di attribuzioni regionali “stante la mancata attuazione della disciplina posta dal d.p.c.m. impugnato”. A partire dall'entrata in vigore della modifica costituzionale (legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3) viceversa la normativa del Governo (cioè le linee guida per i protocolli d'intesa) contenuta nel d.p.c.m. 24 maggio 2001, cambia - secondo il ragionamento della Corte - di natura giuridica e diviene *normativa cedevole*.

Le norme contenute nelle linee-guida possono a questo punto essere sostituite, *nei limiti delle competenze regionali ex art. 117 della nuova cost.*, da una apposita legislazione regionale.

Si deve però riconoscere - soggiunge la Corte Costituzionale nella sua ordinanza - che in forza del principio di continuità tale atto del Governo «mantiene la propria vigenza nell'ordinamento, sia pure con carattere di cedevolezza rispetto all'eventuale intervento normativo regionale».

L'ordinanza della Corte richiama in tema di “cedevolezza della normativa statale” le precedenti sentenze n. 510 del 2002 e n. 187 del 2003.

In conclusione la modifica del Titolo V della Costituzione dà un ampio spazio normativo alle Regioni , essendo in sostanza decadute le linee guida , in quanto sostituibili da apposita normazione regionale, nei limiti delle proprie competenze .

Di fatto, come sarà posto in evidenza nel **capitolo 3**, molte Regioni, ad oggi, nel disciplinare i rapporti tra Università e SSR, non si sono comunque discostate significativamente da quanto contenuto nelle linee guida governative, evidenziando un marcato “non protagonismo”, se non una vera e propria assenza di idee e proposte al riguardo.

Capitolo secondo

La particolare disciplina giuridica del personale universitario coinvolto nell'assistenza.

2.1. L'attività assistenziale del personale docente e ricercatore universitario con la relativa disciplina del trattamento economico .

2.2. L'attività assistenziale esclusiva.

2.3. Cessazione dell'attività assistenziale del personale docente e ricercatore

2.4. Il problema dell'equiparazione tra le qualifiche funzionali e i corrispondenti profili ospedalieri del personale del comparto Universitario ai fini del riconoscimento della indennità perequativa ex art. 31 del DPR 761/79 e del conseguente inserimento del personale nelle nuove fasce art.28 delCCNL-Università.

§§§

2.1. L'attività assistenziale del personale docente e ricercatore universitario con la relativa disciplina del trattamento economico.

Ricerca, didattica e assistenza. Sono i tre compiti istituzionali in cui si condensano le attività del medico universitario. Tortuoso e impegnativo è il percorso tenuto dal legislatore e dai suoi interpreti per definire nel corso degli anni una normativa che contemperasse esigenze così radicalmente diverse, ma non certo rinunciabili.

Con la legge n. 132/68 si afferma il principio che i medici universitari, qualora svolgano attività assistenziale presso strutture idonee allo scopo, siano normativamente equiparabili ai colleghi ospedalieri. L'art. 3 del DPR n. 129/69 equipara di fatto gli apicali universitari (professori di ruolo, aggregati, incaricati), in quanto responsabili di una Divisione o Servizio, ai primari ospedalieri. Analoga equiparazione viene stabilita per aiuti e assistenti. Tal equivalenza si estende a una serie di norme che disciplinano anche l'attività libero-professionale del medico ospedaliero.

La Legge n. 213 del 23 marzo 1971 (la cosiddetta "De Maria") sopprime i compensi fissi e addizionali per ricoveri ospedalieri (art. 1) a carico degli enti mutualistici ed assicurativi.

Nella sua prima applicazione, la legge stabilisce che a decorrere dal 1° gennaio 1971 gli enti ospedalieri e affini debbano versare alle Università, per l'attività assistenziale convenzionata, una somma, calcolata sul numero del personale medico ospedaliero a tempo definito che sarebbe necessaria per gestire analoghi servizi assistenziali.

Tale indennità, in prima applicazione, non è utile ai fini previdenziali e assistenziali. Poi è resa pensionabile con la sentenza della Corte Costituzionale n.126/81.

La suddetta equiparazione non è altro che una logica conseguenza dell'art. 1 del DPR n. 129/69 che, come sopra evidenziato, dispone l'adeguamento dell'organizzazione interna degli Istituti Universitari a quella propria degli ospedali. E' chiara la volontà del legislatore di giungere, di fatto, all'equiparazione tra due realtà organizzative anche sul piano degli istituti normativi, passando attraverso la cosiddetta "corrispondenza funzionale". Nasce quindi un sospetto d'incostituzionalità per la confusione che può derivare dalla difficoltà di integrare istituti normativi talora radicalmente diversi.

Di ciò è investita la Corte Costituzionale che prima con la sentenza n.103/77, stabilisce che l'attività assistenziale è strettamente compenetrata nell'attività didattico-scientifica e ribadisce, poi, con la successiva decisione la n.126/81 che il servizio prestato dai docenti universitari nei reparti clinico-ospedalieri fa parte integrante dei doveri inerenti al loro *status*.

In sostanza la Corte manda un messaggio chiaro: il rapporto del medico universitario è unico, i tre compiti sono inscindibili e si costituisce un solo rapporto di servizio, quello con l'Università da cui dipendono.

Nonostante le citate sentenze e una maggior chiarezza conseguente all'entrata in vigore della legge n. 833/78 e del DPR n. 761/79, molti continuano ad

essere i dubbi interpretativi. Infatti, se i principi generali possono apparire chiari, non altrettanto si può dire della loro ricaduta sui singoli provvedimenti operata dagli Atenei con sedi di Facoltà Mediche.

I principi generali della riforma sanitaria stabiliscono che:

1. il trattamento economico complessivo del personale medico universitario deve essere perequato a quello dei medici dipendenti dal SSN;
2. gli istituti normativi relativi ai secondi devono essere estesi ai primi, tenuto conto delle peculiarità derivanti dai propri obblighi istituzionali (didattica e ricerca);
3. la normativa relativa alla disciplina tempo pieno - tempo definito (art. 35 del DPR n. 761/79) viene estesa agli universitari, tenuto conto delle particolari esigenze derivanti dagli obblighi non assistenziali;
4. il “debito orario” degli universitari è equiparato a quello degli ospedalieri, ma tenendo conto delle diverse esigenze dei secondi derivanti dalle altre attività istituzionali;
5. la corrispondenza funzionale non si applica automaticamente ai medici universitari, ma richiede opportuni adeguamenti in considerazione della “diversità” istituzionale.

Alla luce di quanto sopra i medici universitari che svolgono attività assistenziale ricevono una indennità perequativa utile a far avvicinare la “valorizzazione” dei propri emolumenti a quelli disposti per il corrispondente personale ospedaliero. In particolare l’art. 31 del DPR 761/79 detta un preciso canone ermeneutico :

“ Al personale universitario che presta servizio presso i policlinici, le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati con le regioni e con le unità sanitarie locali, anche se gestiti direttamente dalle università, è corrisposta una indennità, non utile ai fini previdenziali e assistenziali, nella misura occorrente per equiparare il relativo trattamento economico complessivo a quello del personale delle unità sanitarie locali di pari funzioni, mansioni e anzianità; analoga integrazione è corrisposta sui compensi per

lavoro straordinario e per le altre indennità previste dall'accordo nazionale unico, escluse le quote di aggiunta di famiglia.”

Le corrispondenze funzionali del personale docente e ricercatore al personale dei ruoli del SSN sono, poi, definite dall'art. 102 del D.P.R. 11 luglio 1980, n. 382 «Riordino della docenza universitaria» in base al quale :

- il professore ordinario e straordinario è equiparato al medico appartenente alla posizione apicale (primario);
- il professore associato è equiparato al medico appartenente alla posizione intermedia (aiuto);
- l'assistente ordinario del ruolo ad esaurimento ed i ricercatori sono equiparati al medico appartenente alla posizione iniziale (assistente) .

Inoltre, su parere motivato del Consiglio di Facoltà, il Rettore può annualmente deliberare che ai professori associati e ai ricercatori siano attribuite, ai fini assistenziali, qualifiche di livello immediatamente superiore a quelle indicate nel precedente comma, in relazione alla disponibilità di posti vacanti nelle strutture assistenziali a direzione universitaria previste dalle convenzioni.

L'indennità perequativa che integra lo stipendio universitario per corrispondenti funzioni costituisce una non indifferente quota parte del trattamento economico complessivo e, in quanto tale, è utile ai fini previdenziali e assistenziali come stabilito dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 126/81) che dichiara incostituzionali gli articoli 4 della legge n. 213/1971 (De Maria) e l'art.31 del DPR n. 761/79 laddove stabiliscono che tale indennità non è utile ai fini previdenziali e assistenziali.

In sostanza l'indennità De Maria segue le stesse sorti dello stipendio quale elemento accessorio di esso e può essere ridotta e sospesa in rapporto alla sospensione e alla riduzione dello stipendio.

Tale situazione normativo - giurisdizionale non è priva di conseguenze nella pratica, in quanto il TAR Emilia-Romagna, ad esempio, con la sentenza n. 216 del 27/7/83, ha ritenuto l'indennità di che trattasi “parte integrante del

normale trattamento economico” per cui essa spetta anche durante i periodi di congedo straordinario per motivi di studio e per maternità.

L’indennità è, comunque, da corrispondere anche nei casi in cui Regione e Università gestiscano direttamente Policlinici Universitari.

In conclusione sino all’entrata in vigore del D.Lgs 517/99, anche per la giurisprudenza amministrativa investita più volte della questione, l’indennità c.d. De Maria non ha un contenuto corrispettivo dell’attività assistenziale prestata (tenuto conto che non si può parlare di lavoro supplementare o aggiuntivo alla docenza), ma esprime un semplice carattere perequativo (Cort.Cost. 136/1997 ed in senso conforme T.A.R. Lazio - Sez. II - n. 2078/05; T.A.R. Toscana - Sez. I - n. 4583/05; T.A.R. Sardegna n. 1365/2002):

- l’attività di assistenza ospedaliera e quella didattico scientifica si pongono, per il docente medico universitario, tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione (da ultimo Cort. Cost. 71/2001).

A seguito della riforma del S.S.N., con il D.Lgs. 517/99 ed il DPCM 24 maggio 2001 viene dettata una nuova disciplina dei rapporti tra il S.S.N. e l’Università.

Ed in particolare con l’applicazione dell’art. 6 D.Leg. 517/99, viene meno, per i docenti e ricercatori universitari del ramo medico, l’automatica equiparazione del trattamento stipendiale rispetto al personale sanitario del S.S.N. di pari funzioni ed anzianità (l’indennità “De Maria” sopraindicata). La nuova previsione normativa prevede (fermo restando l’obbligo di soddisfare l’impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali per le relative attività istituzionali) di riconoscere – oltre al trattamento erogato dalle Università –un’indennità aggiuntiva commisurata alle responsabilità connesse ai diversi tipi d’incarico ed ulteriormente graduata in relazione ai risultati ottenuti.

Su quest'ultimo aspetto determinante si rileva la nuova "architettura" del CCNL Dirigenza Medica con l'istituzione del Ruolo della Dirigenza del SSN articolata prima su due livelli (dirigenza di I e II livello) e poi in un unico ruolo e unico livello (dirigenza), diversificato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali e distinto per fasce economiche.

Questo nuovo scenario fa venir meno l'automaticità e la portata delle corrispondenze dettate dall'art. 102 del D.P.R. 382/1980.

Perciò anche le tabelle delle corrispondenze allegate alle convenzioni *ex lege* 833 devono essere adattate ai nuovi scenari e si procede per il tramite di accordi locali sottoscritti dalle Università con le Aziende, ove sono definite le corrispondenze funzionali dei professori universitari al ruolo della dirigenza del SSN, tenuto conto del ruolo universitario di provenienza e di quello assistenziale di equiparazione fino a quel momento riconosciuto. Le novità non sono di poco conto e derivano in parte da una constatazione di portata generale.

Infatti, il sistema dell'attribuzione dell'indennità perequativa, evidenzia, nel corso degli anni e, macroscopicamente nell'ultimo periodo di sua applicazione, come l'integrazione stipendiale sia stata generalmente maggiore per le posizioni universitarie più basse (più remunerativa per i giovani ricercatori), meno favorevole, fino ad azzerarsi del tutto, per i professori associati ed ordinari più anziani.

Questo sistema ha garantito, di fatto, al SSN di poter usufruire quasi gratuitamente della prestazione assistenziale offerta dai medici universitari sia nelle strutture convenzionate che nei Policlinici.

L'art. 6 comma 2 del D.Lgs. 517/99 e l'art.3 comma 2 lett.d) delle Linee guida, introducono un **concetto nuovo**: al personale universitario che svolge l'attività assistenziale deve essere corrisposto un *trattamento economico aggiuntivo* graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico ed ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale e gestionale, valutati secondo parametri di efficacia, appropriatezza ed efficienza, nonché

all'efficacia nella realizzazione dell'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca.

Un sistema innovativo che ribalta i termini della questione : non più un raffronto tra il percepito universitario ed il percepibile ospedaliero, bensì un riconoscimento economico aggiuntivo allo stipendio universitario erogato dalla singola Università.

Con il nuovo sistema, il trattamento aggiuntivo d'incarico è tanto maggiore quanto più elevata, è nella graduazione degli incarichi dirigenziali, la posizione ricoperta dal singolo docente (in ordine decrescente: incarico di capo dipartimento, di struttura complessa e così via).

Rispetto, però, alla sua effettiva quantificazione economica la formula adottata dal legislatore appare oltremodo generica nelle sue coordinate:

- erogazione del trattamento nei limiti delle risorse ai sensi dell'art.102 comma 2;
- trattamento da intendersi globalmente considerato;
- quantificazione secondo criteri di congruità e proporzione rispetto al CCNI-Dirigenza medica ;
- formula di salvaguardia (il trattamento economico di equiparazione in godimento all'atto di entrata in vigore del D.Lgs. 517/99 è conservato sino alla attuazione delle previsioni contenute nei protocolli).

A fronte di siffatta formula generica, le singole Università attuano diverse scelte operative: vi sono realtà che continuano ad erogare la indennità De Maria, ancora per alcuni anni, in attesa di riformularne la disciplina all'interno dei Protocolli regionali, altre , invece, adottano l'erogazione del trattamento economico aggiuntivo (il c.d. T.E.AG), ma usando ognuna una propria interpretazione .

Indicativo, per aver contribuito alla sua realizzazione e sperimentato ormai da alcuni anni, l'accordo adottato (sin dall'anno 2002) nella Regione Piemonte tra Università ed Aziende Ospedaliere, che è concepito su un sistema di confronto tra le voci che compongono lo stipendio universitario e quello

ospedaliero (valorizzato secondo il CCNL-Dirigenza Medica vigente nel tempo) che però lavora su due blocchi distinti.

Questo il diagramma di "Teorema", che consente la quantificazione, per ciascun medico universitario, del T.E.AG mensile secondo il CCNL Dirigenza Medica sottoscritto il 3 novembre 2005:

<u>Retribuzione Universitaria</u>		<u>Retribuzione Ospedaliera</u>			
BLOCCO A	Stipendio base	Tabellare			
	I.I.S.	(**) I.I.S.			
	Assegno Aggiuntivo	R.I.A.			
	Assegno personale l. 537/93	Ind.Spec.Medica			
<hr/>		<hr/>		Differenza a carico dell'Azienda	
A1		A2		euro	A2-A1= C1
<hr/>					
<hr/>					
<u>Retribuzione Universitaria</u>		<u>Retribuzione Ospedaliera</u>			
BLOCCO B	Nessuna Voce	Retrib. Posizione unificata			
		Retrib. posizione Aziendale			
		Indennit Rapporto esclusivo			
		Ind. Strutt. Complessa			
<hr/>		<hr/>		Differenza a carico dell'Azienda	
B1		B2		euro	B2-B1= C2
<hr/>					
TOTALI	A1+B1	A2+B2			
<hr/>					
Totale del T.E.AG. a carico dell'Azienda Sanitaria=		C1 + C2			
<hr/>					

(**) dal 2003 l'IIS è conglobata nello stipendio tabellare

Al personale docente e ricercatore medico spetta altresì lo stesso trattamento economico accessorio che il CCNL ed il CCI riservano al personale dirigente del SSN.

Sono voci del trattamento accessorio:

- la retribuzione di risultato
- le indennità per le guardie
- le indennità per la reperibilità
- le indennità legate alle condizioni di lavoro e ai compensi derivanti dalla partecipazione a progetti aziendali.

Tali compensi sono corrisposti in aggiunta alla indennità T.E.AG.

In diretta correlazione con il riconoscimento economico vi è la problematica relativa all'orario assistenziale settimanale che ciascun medico universitario deve svolgere, in virtù della corrispondenza al personale ospedaliero.

La quantificazione del c.d. **debito orario settimanale** è resa difficoltosa dall'impossibilità di scindere il tempo assistenziale da quello didattico-scientifico. Da ciò deriva che l'esigenza assistenziale delle strutture universitarie convenzionate va assicurata dal personale medico interessato, globalmente considerato (art. 35 DPR n. 761/79).

L'orario del medico universitario è estremamente flessibile.

Il riscontro orario degli universitari ha una propria regolamentazione diversa da quella degli ospedalieri, anche se in talune realtà si è manifestata la tendenza a uniformare i controlli dietro la minaccia, da parte ospedaliera, di non riconoscere la corresponsione di determinati istituti di carattere economico. Lo schema-tipo di Convenzione Regione-Università si limita a delineare un mero riferimento quantitativo disponendo che il personale medico universitario, globalmente considerato, presti attività assistenziale per un numero di ore pari a quelle assicurate da una corrispondente unità operativa formata esclusivamente da medici a tempo definito (art.7, 2° co., D.I. 9 novembre 1982). L'Università ha comunque l'obbligo, ovviamente non

previsto per i Policlinici (cui non compete la convenzione con le ASL), di comunicare alle ASL convenzionate il piano trimestrale dell'apporto dei singoli medici universitari all'attività di assistenza. Alla Regione e alle ASL, comunque, non compete alcun obbligo di controllo sull'osservanza dell'orario da parte dei medici clinicizzati. Tale obbligo è di competenza delle Autorità accademiche che, autonomamente, stabiliscono i criteri di verifica e rispondono in sede di convenzione di eventuali inadempimenti relativi agli accordi stipulati.

Gli organi universitari competenti sono in ordine gerarchico: il Rettore, il Consiglio di Amministrazione e, sul piano consultivo, il Senato Accademico ed il Consiglio di Facoltà.

Convenzionalmente (la disciplina è contenuta in molti Protocolli di Intesa Università/SSN) in numerose strutture del SSN con la presenza di clinici universitari il calcolo della percentuale dell'effettiva incidenza dell'attività assistenziale sugli orari settimanali previsti dagli accordi nazionali di lavoro del personale medico del SSN viene conteggiato ricorrendo alla seguente formula che ricomprende, però, nell'orario di servizio del docente universitario anche le attività dedicate alla didattica ed alla ricerca :

a : b = x : 100, dove **a** rappresenta l'orario settimanale che il personale docente destina all'assistenza, variabile da Azienda ad Azienda, e **b** rappresenta la quota dell'orario settimanale sostenuto dal personale medico del SSN previsto dagli accordi nazionali di lavoro (38 ore a tempo pieno e 28,5 a tempo definito- **N.B.** si ricorre ancora al vecchio orario ospedaliero e non al c.d. tempo unico previsto dai più recenti CC.CC.NN.LL.).

Con riferimento al personale docente che presta la propria attività presso i servizi di cura e diagnosi, le percentuali sono calcolate attribuendo, alla gestione universitaria, la metà (arrotondata) della percentuale ottenuta per le unità di degenza, poiché si ipotizza che il personale inserito in strutture prevalentemente sanitarie dedichi all'attività didattica e di ricerca un impegno relativo.

L'assolvimento del debito orario settimanale (circa il 50 % dell'orario dedicato all'attività assistenziale) da parte del medico universitario nei confronti della struttura sanitaria consente a quest'ultimo di aver diritto al relativo trattamento economico integrativo conteggiato secondo i parametri sopra ricostruiti.

2.2. L'attività assistenziale esclusiva

Nel nostro ordinamento giuridico, nell'ambito dell'impiego pubblico, in concomitanza di un rapporto di servizio in essere, l'esercizio di attività lavorativa nelle forme del lavoro autonomo o alle dipendenze di altri soggetti, pubblici o privati, è stato sempre escluso o limitato.

Al personale medico dipendente del SSN, in materia di libera professione, il legislatore, al contrario, dedica, sin dall'origine, una disciplina a carattere speciale che differenzia questi "particolari" dipendenti pubblici.

Infatti, per i medici del SSN, l'esercizio di attività libero - professionale, unitamente all'attività svolta nei reparti degli Ospedali è una sorta di costante normativa.

Già con la legge n. 132/68, il medico in rapporto di lavoro a tempo pieno può svolgere attività libero-professionale all'interno dell'ospedale; il medico in rapporto di lavoro a tempo definito, invece, è autorizzato a svolgere la libera professione extra-moenia.

Questa disciplina di *miglior favore* viene confermata anche con le norme successive: legge 833/78 e D.P.R. 761/79.

Alla stessa stregua del personale medico ospedaliero, i docenti universitari beneficiano di una disciplina "speciale" in materia di libera professione.

L'art. 11 del DPR n. 382/80 definisce l'istituto del tempo pieno-tempo definito per i professori universitari di I fascia (ordinari). In base all'art. 22 tale istituto viene anche esteso ai professori di II fascia (associati). Lo stesso articolo definisce, inoltre, i casi d'incompatibilità e la scadenza biennale dell'opzione per uno dei due tempi (pieno o definito) da parte dei docenti. Tale istituto non è esteso ai ricercatori per i quali la sopra citata legge prevede

esclusivamente il tempo pieno. Ma gli articoli 1 e 2 della legge n. 158 del 22 aprile 1987 introducono il regime d'impegno a tempo pieno e tempo definito anche per gli assistenti e i ricercatori universitari confermati (per quelli non confermati permane l'obbligo del tempo pieno). La Legge n. 158/87 dispone, inoltre, in analogia a quanto accade per i docenti di I e II fascia, che la scelta vada esercitata con domanda da presentare al Rettore almeno due mesi prima dell'inizio di ogni anno accademico (sei mesi per i docenti di I e II fascia).

In sostanza l'articolo 11 del D.P.R. 382/80 rende compatibile, per il docente universitario, lo svolgimento di attività libero-professionali con il solo regime d'impegno a tempo definito. Pertanto il docente medico universitario, previo collocamento a tempo definito ex art. 11, può svolgere attività libero professionale extramuraria, con le conseguenze giuridiche (incompatibilità con le funzioni di Rettore, Preside, etc.) ed economiche (perdita del diritto all'assegno a tempo pieno).

Questa disciplina per i medici ospedalieri e di riflesso per i docenti medici universitari permane in vigore sino al 1992.

Con l'entrata in vigore della legge n. 412/91 (*Disposizioni in materia di finanza pubblica*) lo scenario cambia.

L'art. 4, comma 7, introduce, infatti, due principi "rivoluzionari" rispetto al precedente assetto legislativo riguardante il medico ospedaliero dipendente:

1. con il SSN dal 1° gennaio 1993 può intercorrere un solo rapporto di lavoro;
2. l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti è compatibile con il rapporto unico, purché espletato in strutture non convenzionate con il SSN.

La perdita del diritto di cumulo di più rapporti con il SSN (dipendenza più convenzionamento) è compensata, però, dal conseguimento del diritto, per tutti i medici dipendenti, sia a tempo pieno sia a tempo definito, di svolgere attività libero-professionale fuori dall'orario di servizio.

L'art. 4 comma 7 fa esplicito riferimento anche ai docenti medici universitari, ponendo l'accento, però, sulla circostanza che la verifica delle incompatibilità spetta alle autorità accademiche.

Queste ultime, però, hanno difficoltà nell'applicazione ai docenti universitari delle suddette norme innovative giacché entrano in aperta contraddizione con la legislazione riguardante l'Università sia per il principio dell'obbligatorietà della cadenza biennale dell'opzione sia per la normativa inerente la libera professione dei docenti a tempo pieno. E' necessario un apposito parere del Consiglio di Stato (parere n. 466 del 2 dicembre 1992 - II Sezione) investito della questione dal MURST, per dirimere tutti i dubbi sorti.

Il parere se da una parte conferma il principio dell'autonomia universitaria, dall'altra ribadisce il riconoscimento della peculiarità dei docenti medici universitari che svolgono attività assistenziali, i diritti-doveri dei quali non possono discostarsi radicalmente da quelli riferiti ai medici ospedalieri.

Anche le norme successive prevedono un'automatica estensione della disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria ed extramuraria e relativo diritto di opzione al personale medico universitario, seppur sotto il controllo dell'amministrazione universitaria (es.: l'opzione viene presentata al Rettore dell'Università di appartenenza e non al Direttore Generale dell'Azienda):

- l'art. 4 co. 3 della Legge 724/94 prosegue la linea intrapresa dal legislatore disponendo la sospensione della corresponsione dell'indennità di tempo pieno, limitatamente al 15% del suo importo per il personale che esercita l'attività libero-professionale extramuraria;
- l'art. 1 co. 5-18 della legge 662/96, delinea un nuovo sistema che rappresenta una via di mezzo tra l'incompatibilità parziale e quella totale. Con tale disposizione viene fatta distinzione tra la libera professione intramuraria nelle strutture da cui il personale dipende e la libera professione

extramuraria in strutture accreditate o in ambulatori convenzionati. In particolare i commi da 5 a 15 disciplinano il regime delle incompatibilità dei dipendenti del SSN (o equiparati, cioè i clinici universitari) e sono dirette a promuovere l'esercizio negli ospedali pubblici della libera professione intramuraria; i commi da 16 a 18 mirano, invece, a facilitare l'esercizio della libera professione intramuraria negli ospedali pubblici, attraverso un più facile reperimento degli spazi e stabiliscono il regime per l'accesso e tale servizio;

- il Decreto Ministeriale del 31/7/97 indica le caratteristiche, le categorie professionali, i soggetti della libera professione e disciplina le opzioni, le attività di consulenza ed i consulti, nonché i controlli.

Ma il cambio di rotta radicale sopraggiunge con il D.Lgs 229/99 (c.d. Riforma Bindi) e con il D.Lgs 517/99 (c.d. Bindi-Zecchino) che introducono il regime del rapporto esclusivo con il SSN e la irreversibilità dell'opzione, oggetto di polemiche e di una mole considerevole di ricorsi che si è trascinata per anni avanti il TAR-Lazio, al Consiglio di Stato ed alla Corte Costituzionale. Articolati, complessi e non sempre lineari i motivi di doglianza mossi contro l'impianto normativo contenuti nei ricorsi presentati dai medici ospedalieri e da quelli universitari.

Tra i numerosi ricorsi presentati è possibile sintetizzare le doglianze mosse dagli universitari in :

- 1) la praticabilità dell'opzione per l'attività esclusiva o non esclusiva in mancanza di una previa individuazione di strutture destinate allo svolgimento dell'attività assistenziale intramuraria ;
- 2) la configurazione dell'opzione per l'attività assistenziale esclusiva quale requisito per l'attribuzione degli incarichi di direzione dei programmi finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca oltre che ai fini della attribuzione di incarichi di strutture semplici e complesse;

- 3) la compatibilità tra l'assoggettamento dell'attività assistenziale alle determinazioni organizzative del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'autonomia didattica scientifica del medico universitario;
- 4) la compatibilità dell'automaticità dell'effetto derivante dalla scelta dello svolgimento di attività libero professionale intramuraria o extramuraria sul regime dell'orario di lavoro universitario.
- 5) la mancata partecipazione degli organi universitari alle scelte delle Aziende ospedaliero-universitarie, considerata necessaria per un coerente collegamento tra le attività di assistenza, didattica e di ricerca, la previsione del collocamento a tempo definito ex articolo 11 del D.P.R. 382/ 1980 del personale docente e ricercatore che avesse optato per l'esercizio di attività libero professionale extra muraria .

Tra il 1999 ed il 2006, si assiste, sostanzialmente, ad una "corsa ad ostacoli" che vede il legislatore nazionale e regionale via via rimuovere tutti i paletti normativi che erano stati alla base dei ricorsi vanificando l'esigenza che il TAR-Lazio e la Corte Costituzionale adottino delle pronunzie nel merito delle questioni sollevate , in particolare:

- l'art. 3 del D.Lgs 28 luglio 2000 n.254 , l'art.1 del D.L.23 aprile 2003 n.89 come modificato dalla relativa legge di conversione e l'art.1-quinquies del D.L. 27 maggio 2005 n.87 nel testo integrato dalla relativa legge di conversione, consentono al medico in rapporto esclusivo, di esercitare l'attività intramuraria nel proprio studio privato, previa autorizzazione del Direttore Generale che potrà vietarla ogni qualvolta ravvisi un conflitto di interessi ; vengono anche riconosciuti benefici fiscali per i professionisti che operano questa scelta: i proventi della libera professione intramuraria infatti costituiscono reddito nella misura del 75 % (legge 23 dicembre 2000 n.388) ;
- la Legge 26 maggio 2004, n. 138 conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 29 marzo 2004, n. 81, elimina la irreversibilità dell'opzione e così entro il 30 novembre di ogni anno, il personale medico del SSN e dell'Università può

modificare l'opzione con effetti a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stata effettuata la scelta e scompare inoltre il divieto di assegnare incarichi di struttura assistenziale al personale che ha optato per l'esercizio di attività extra muraria, tuttavia l'attività intramoenia è riservata solo al personale in esclusiva. Tale attività dovrà essere svolta fuori dell'orario di servizio e dopo avere assicurato il regolare svolgimento dell'attività istituzionale.

- la Legge 3 agosto 2007 n.120 che sancisce una nuova ed ultima proroga di 18 mesi per i medici: sono autorizzati a continuare a svolgere la libera professione nei loro studi fino al 31 gennaio 2009. Dopo questa data potranno esercitarla solo dentro le strutture pubbliche. Diciotto mesi durante i quali Regioni ed Aziende Sanitarie dovranno completare la ristrutturazione edilizia e tutte le iniziative necessarie ad assicurare gli spazi all'esercizio della libera professione nelle strutture senza spese aggiuntive per la finanza pubblica.

Di questi giorni la proposta del Governo di concedere una ulteriore ed ennesima proroga (31 gennaio 2010) alla pratica dell'intramoenia allargata negli studi privati dei medici, in attesa che le Regioni provvedano a realizzare i previsti appositi ambiti per lo svolgimento dell'attività libero-professionale.

2.3. Cessazione dell'attività assistenziale del personale docente e ricercatore

La problematica del c.d. pensionamento assistenziale del personale medico universitario scaturisce dall'interpretazione di una precisa disposizione normativa l'art.15 nonies del D.Lgs 229/99 come richiamato dall'art.5 comma 3 del D.Lgs 517/99.

Tale norma, innovando rispetto al passato regime che mai aveva visto per i medici universitari di cui all'art.102 del D.P.R.382/80 la scissione del binomio permanenza in servizio e mantenimento del pieno esercizio delle funzioni assistenziali e direzionali di struttura, dispone, invece, nella prima parte dell'articolo la cessazione dei medici universitari dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali e dalla direzione delle strutture assistenziali al

momento del raggiungimento del limite massimo di età di 67 anni (transitoriamente 70 e 68). Nel secondo cpv. però l'articolo rimette la disciplina delle modalità e dei limiti di utilizzazione del personale universitario (cessato dal servizio) per le specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività di didattica e di ricerca alla previsione della regolamentazione nei Protocolli di Intesa Regione-Università e relativi accordi attuativi.

L'attuazione del sistema dei Protocolli di Intesa, come evidenziato nel capitolo 1, ha richiesto un bel po' di tempo per vedere una sua piena e completa realizzazione e pertanto, a livello nazionale, tutti quei provvedimenti assunti dagli Atenei e/o dalle Aziende Ospedaliere, in applicazione del nuovo regime tendenti a dichiarare la cessazione dell'attività assistenziale convenzionata per i raggiunti limiti di età, vengono impugnati dalla classe medica universitaria, che fonda il proprio ragionamento giuridico sulla presunta violazione del "principio di compenetrazione" delle attività di didattica e di ricerca con l'assistenza del medico universitario.

La questione vede numerosi TAR pronunziarsi nel merito ed in particolare si distingue la sentenza della III sez TAR Lazio (n.5104 del 19 aprile 2000) che dichiara l'illegittimità della cessazione disposta in mancanza della previa adozione dei Protocolli di Intesa disciplinanti le modalità ed i limiti per l'utilizzazione del personale universitario per contrasto con l'effettiva portata dell'articolo 15-nonies.

La parola definitiva comunque è pronunziata dalla Corte Costituzionale che con la decisione del 16 marzo 2001, n. 71 dichiara "...l'illegittimità costituzionale dell'art. 15 nonies del Decreto legislativo 502/1992 novellato (con le modifiche apportate dal decreto legislativo 229/1999) nella parte in cui dispone la cessazione del personale medico universitario dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento dei limiti massimi di età ivi indicati, in

assenza della stipula dei protocolli d'intesa tra Università e Regione previsti dalla norma ai fini della disciplina e delle modalità e dei limiti per l'utilizzazione del personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente connesse all'attività didattica e di ricerca...".

La sentenza, richiamando il principio dell'inscindibilità e compenetrazione tra attività assistenziale ed attività didattica e di ricerca dei medici universitari, sancisce la pregiudizialità cronologica e giuridica tra l'adozione dei Protocolli regionali e la cessazione dalle ordinarie attività assistenziali e direzionali quale condizione indispensabile per garantire ai medici universitari l'esercizio di quel minimum di attività assistenziali inscindibilmente connesse con le attività teoriche didattico-scientifiche.

Alla luce della sentenza della Corte Costituzionale, numerose sono le Regioni che regolamentano nei Protocolli di Intesa le modalità e i limiti per lo svolgimento delle specifiche attività assistenziali strettamente correlate alle attività di didattica e di ricerca svolte dai medici universitari dopo il raggiungimento del limite di età di cui all'art. 15 *nonies*, prevedendo per il medico universitario, superato il limite di età, di svolgere comunque quelle attività assistenziali strettamente necessarie per lo svolgimento delle funzioni didattiche e di ricerca nel periodo di permanenza nei ruoli universitari.

La disciplina del pensionamento assistenziale dei medici universitari torna a far discutere, gli operatori universitari ed ospedalieri, nuovamente con l'entrata in vigore della L.230/05 c.d. riforma Moratti .

Il comma 18 dell'unico articolo di cui si compone la Legge, recita testualmente "...i professori di materie cliniche in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono le proprie funzioni assistenziali e primariati, inscindibili da quelle di insegnamento e ricerca e ad esse complementari, fino al termine dell'anno accademico nel quale si è compiuto il settantesimo anno di età, ferma restando l'applicazione dell'articolo 16 del Decreto legislativo 50311992, e successive modificazioni".

La norma, secondo alcuni commentatori, si presta ad una duplice interpretazione :

- una prima lettura : i professori di materie cliniche in servizio alla data di entrata in vigore della Legge Moratti, cessano comunque dalle funzioni assistenziali e primariati al termine dell'anno accademico in cui compiono 70 anni di età. In questo caso lo svolgimento delle funzioni primariati e assistenziali sarebbe comunque per loro precluso anche in caso di opzione per il biennio di permanenza in servizio ai sensi dell'articolo 16 del D.Lgs 503/1992 ;

- una seconda lettura: la norma consentirebbe, invece, ai professori di materie cliniche in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge di detenere le funzioni assistenziali ed i primariati sino a 72 anni, qualora avessero optato per il biennio di permanenza in servizio. Questa seconda lettura sembrerebbe più rispondente al dettato normativo anche alla luce di quanto previsto nel comma 2 dello stesso articolo unico di cui si compone la Legge Moratti: “i professori di materie cliniche esercitano altresì, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 5 del Decreto legislativo 517/1999, funzioni assistenziali inscindibili da quelle di insegnamento e ricerca”, che, in qualche misura qualifica l'attività assistenziale come attività istituzionale del medico universitario, strumentale al pieno svolgimento delle funzioni didattico-scientifiche.

Il MIUR, con nota del Ministro del 18 gennaio 2006, in risposta ad uno specifico quesito formulato dall'Università di Roma Tor Vergata e inviato per conoscenza ai Presidenti della CRUI, CUN e CNVSU, fornisce la propria interpretazione del comma 18 nel senso che “ i professori di materie cliniche in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge possono mantenere le proprie funzioni assistenziali e primariati, inscindibili da quelle di insegnamento e ricerca, fino al compimento del settantaduesimo anno di età, cioè fino alla conclusione del biennio di trattenimento in servizio, concesso ai sensi dell'articolo 16 del Decreto

legislativo 503-9”».

2.4. Il problema dell’equiparazione tra le qualifiche funzionali e i corrispondenti profili ospedalieri del personale del comparto Universitario ai fini del riconoscimento della indennità perequativa ex art. 31 del DPR 761/79 e del conseguente inserimento del personale nelle nuove fasce art.28 del CCNL-Università.

Il regime dei rapporti tra Università e SSN ha subito una serie forti ripercussioni negative proprio per le vicende legate all’inquadramento, rectius l’equipazione, del personale universitario svolgente l’attività assistenziale rispetto al pari profilo ospedaliero, con relativi strascichi giudiziari complessi e non sempre risolti in modo chiaro. Se per il personale medico docente e ricercatore, tutto sommato, l’applicazione delle norme di riferimento, come esaminate al **paragrafo 2.1**, hanno sempre, poi, visto raggiungere un accordo reciproco tra Università ed Aziende Sanitarie coinvolte, per il personale non medico (rectius tecnico-amministrativo) del comparto universitario, la cosa si è rilevata ben più complessa e tortuosa.

La “norma fonte” che per prima sancisce il diritto del personale universitario a vedersi riconoscere un’indennità che remunererà la “prestazione assistenziale” svolta dal personale non medico che opera nelle cliniche e negli istituti di ricovero e cura convenzionati con gli enti ospedalieri o gestiti direttamente con le Università, è la Legge 15 maggio 1974, n. 200 “Disposizioni concernenti il personale non medico degli istituti universitari” - c.d. piccola De Maria -

Il diritto è affermato dall'articolo 31 del D.P.R. 761/79 (Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali), che al comma 1 prevede:

“al personale universitario che presta servizio presso i policlinici, le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati con le regioni e con le unità sanitarie locali, è corrisposta un'indennità, non utile (diviene pensionabile a seguito della Sent. della Corte Cost. 126/81) ai fini previdenziali e assistenziali, nella misura occorrente per equiparare il relativo

trattamento economico complessivo a quello del personale delle unità sanitarie locali, di pari funzioni, mansioni e anzianità; analoga integrazione è corrisposta sui compensi per lavoro straordinario e per le altre indennità previste dall'accordo nazionale unico, escluse le quote per le aggiunte di famiglia".

Il comma 4 dell'articolo 31 vincola la corresponsione di tale indennità all'equiparazione del personale universitario a quello del SSN, a parità di mansioni, funzioni e anzianità secondo apposite tabelle contenute negli schemi tipo di convenzione di cui all'art. 39 della Legge 833/78.

Con il D.I. 9 novembre 1982 "Approvazione degli schemi tipo di convenzione tra Regione e Università e tra Università e Unità Sanitaria Locale", tali schemi vengono approvati e con l'articolo 7 si introduce una specifica disciplina per il personale universitario non medico, prevedendo che "...ai fini previsti dalla presente convenzione la corrispondenza del personale universitario a quello delle USL viene stabilita nell'allegata **tabella D....**".

L'indennità ex articolo 31 del DPR 761/1979 è un'indennità utile ai fini previdenziali e assistenziali, ha carattere perequativo e la finalità di colmare eventuali disparità registrabili tra i trattamenti economici complessivi del personale ospedaliero e di quello universitario che svolgono la medesima prestazione lavorativa.

L' indennità perequativa ex art.31 DPR 761/79 è corrisposta direttamente dall'Università al proprio personale e la stipula della convenzione con la Regione attiene esclusivamente agli obblighi di provvista finanziaria delle somme necessarie per il pagamento delle indennità e non al diritto dei dipendenti a percepire il relativo trattamento economico.

Una volta stabilita l'equiparazione tra la qualifica universitaria alla posizione corrispondente del personale sanitario, per la sua effettiva quantificazione economica è necessario compiere un'operazione di individuazione delle "voci retributive" da portare a raffronto.

Il criterio di raffronto lavora su "tre gruppi omogenei di voci" facenti parte delle retribuzioni del comparto universitario e di quello sanitario:

- quelle che compongono il trattamento economico complessivo, cioè periodico e continuativo avente natura stipendiale ;
- quelle che compongono il trattamento di natura accessoria, cioè variabile ed occasionale;
- lo straordinario.

La differenza economica tra questi gruppi di voci rappresenta, nel suo insieme, l'indennità assistenziale ex art. 31 D.P.R. 761/79 che viene riconosciuta al dipendente universitario mensilmente e che dovrà essere, comunque, rideterminata in presenza di variazioni giuridiche del dipendente (per es. per passaggio di carriera) oppure di variazioni economiche (per es. aumenti retributivi dovuti all'entrata in vigore di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dei Comparti Università e Sanità) .

Ma tornando all'argomento delle corrispondenze contenute nella **tabella D**, queste sin da subito non trovano, a livello nazionale, un' univoca applicazione, complice anche la circostanza che molti Atenei introducono delle varianti alla tabella di equiparazione nazionale.

Materia del contendere è rappresentata dalla "diversa interpretazione" che le Università e le allora UU.SS.LL. danno alla tabella D) del D.I. 9/11/82, contenente la corrispondenza del personale universitario non medico convenzionato al personale delle UU.SS.LL di pari funzione e mansione.

In particolare le U.S.L. contestano, ad esempio, limitatamente al personale non laureato o non in possesso di laurea specifica, l'equiparazione adottata dalle Amministrazioni universitarie, fondata su di una interpretazione letterale dell'allegato D) del D.I. 9/11/82, per i due profili di Collaboratore Tecnico VII e di Funzionario Tecnico VIII rispettivamente equiparati a Collaboratore 9° livello e Coadiutore 10° livello del comparto ospedaliero.

L'eccezione delle U.S.L. si fonda, sostanzialmente, sul fatto che la norma, cioè l'allegato D), non debba essere interpretata solo secondo un criterio letterale, ma tenendo presente anche il criterio sistematico e quello teleologico, in base al quale la corrispondenza di "pari funzioni e mansioni"

va interpretata secondo la circostanza che il personale universitario deve essere in grado di svolgere le stesse mansioni del personale ospedaliero, possedendone i relativi requisiti, tra i quali innanzitutto la laurea.

Le Università dal canto loro, si schierano, anche per pressione delle OO.SS. universitarie, in difesa del proprio personale eccependo che le conclusioni delle USL sono erranee in quanto non considerano che il personale universitario è stato inquadrato nelle aree funzionali, nelle qualifiche e per profili professionali secondo le mansioni svolte ed i compiti assegnati ex D.P.C.M. 24.9.81 e sulla base di detto inquadramento, poi, viene determinata la corrispondenza con il personale di pari qualifica e mansione del ruolo sanitario ex D.I. 9/11/82.

Inoltre per quanto riguarda l'assunto della mancanza del possesso del titolo di studio specifico in ordine al profilo di inquadramento, le U.S.L. non tengono conto delle norme di legge particolari di cui ha beneficiato il personale universitario e precisamente l'art. 85 della L.312/80, in base al quale il personale universitario in servizio alla data del 1 luglio 1979 è stato inquadrato nei profili professionali di Collaboratore e Funzionario Tecnico secondo le mansioni svolte a prescindere dal titolo di studio.

Com'è immaginabile nasce in quasi tutte le Regioni, nel decennio 1985-1995, un contenzioso, a carico di numerosi Atenei, portati in causa dai propri dipendenti che non si vedono corrispondere gli emolumenti derivanti dalla loro prestazione assistenziale e risolto dai giudici amministrativi in modo disforme sul territorio nazionale.

Occorre, quindi, trovare una soluzione nazionale che arriva con l'1^a tornata contrattuale 1994 - 1997 Comparto Università (la prima, si sottolinea, applicativa dei principi della privatizzazione contenuti nel D.Lgs 29/93), che all'art. 53 pone in evidenza la necessità di revisionare l'ordinamento relativo "...al personale che presta servizio presso le Aziende Policlinico, i Policlinici a gestione diretta, le cliniche e gli istituti Universitari di ricovero e cura convenzionati con le regioni e con le Unità Sanitarie Locali...", precisando che nelle more della revisione, comunque si deve continuare ad applicare l'articolo 31 del

D.P.R. 761/79.

L'esigenza di concepire un'unica e adeguata fonte normativa in grado di applicare le disposizioni dell'art. 31 DPR 761/79 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, si concretizza nuovamente con la 2^a tornata contrattuale.

Il CCNL Comparto Università 1998 - 2001 I° biennio all'articolo 51, comma 2, prevede infatti che:

“Al fine di assicurare l'omogeneità dei trattamenti sul territorio nazionale e di tenere conto delle evoluzioni delle professioni sanitarie, sarà definita entro 12 mesi una tabella nazionale delle corrispondenze tra le figure professionali previste dal CCNL e quelle previste dal CCNL comparto Sanità... ”.

Sino alla definizione della tabella nazionale, ai sensi del comma 4, continuano, però, ad essere corrisposte le indennità di cui all'articolo 31 D.P.R. 761, con riferimento alle collocazioni professionali in essere e alle corrispondenze in essere con le figure del personale del SSN e con riferimento al trattamento economico previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro nel tempo vigenti nel comparto Sanità.

In ogni caso lo scenario, a questo punto, è mutato radicalmente, in quanto in entrambi i comparti (CCNL -comparto Sanità del 19 aprile 1999 e CCNL - comparto Università del 9 agosto 2000) si procede ad una revisione radicale del sistema di inquadramento e del “mansionario” che prevede una nuova classificazione del personale: si introducono le c.d. categorie che soppiantano rispettivamente le qualifiche funzionali universitarie ed i profili professionali ospedalieri.

Il sistema di classificazione del personale inquadrato in categorie professionali, però, tra loro non coincide.

Infatti, quello universitario prevede le categorie professionali **B, C, D** ed **EP** e quello sanitario le categorie **A, B, C, D** oltre a due profili c.d. *Super* (**Bs** e **Ds**).

Il personale tecnico -professionale laureato (Biologo, Chimico, Fisico etc) rimane collocato nel CCNL della Dirigenza tecnico-professionale ed amministrativa.

Il CCNL per il II° biennio economico, per evitare ulteriori problemi interpretativi, detta un'apposita norma dedicata al personale che opera presso le Aziende Policlinico Universitario e le strutture sanitarie convenzionate e stabilisce con l'art. 51 *novellato* che nell'attesa della formulazione di una nuova tabella nazionale delle corrispondenze in grado di garantire l'omogeneità dei trattamenti sul territorio nazionale e di tenere conto delle evoluzioni delle professioni sanitarie, continuano ad essere corrisposte le indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 con riferimento alle collocazioni professionali in essere e alle corrispondenze in essere con le figure del personale del SSN e con riferimento al trattamento economico previsto dai contratti collettivi nazionali nel tempo vigenti nel comparto sanità.

Il nuovo scenario contrattuale, di fatto, fa venir meno le "corrispondenze" sancite ed, in un certo verso, certificate da molti anni tra le parti in virtù della tabella D del D.I. 9/11/82, costringendo molti Atenei, a fare ricorso a pseudo-tabelle formulate "in proprio" e talvolta di intesa con le Aziende Sanitarie, con l'intento di individuare una nuova corrispondenza tra le categorie che risultano ormai disallineate, sulla spinta della circostanza che all'interno di ciascuna categoria ed area tutte le mansioni sono esigibili, in quanto professionalmente equivalenti, a prescindere dalla posizione economica rivestita.

A fare chiarezza ci pensa nuovamente il CCNL (4^a tornata contrattuale 2002-2005) sottoscritto il 27 gennaio 2005 che, con l'articolo 28, introduce le c.d. fasce specifiche nell'ambito delle quali deve essere collocato il personale universitario.

Così, anche in questa tornata contrattuale non si raggiunge l'obiettivo di realizzare la tanto attesa tabella delle corrispondenze sostitutiva della Tabella D), anzi tramonta definitivamente l'idea di utilizzare questo "tecnicismo".

Infatti, in modo del tutto inatteso, ARAN e OO.SS. raggiungono un accordo del tutto nuovo : quello di collocare il personale universitario in fasce equivalenti alle categorie del Comparto sanità.

Si sceglie questa soluzione poiché lo scenario nazionale delle corrispondenze è ormai troppo variegato e difforme da Regione a Regione e la previsione di un'unica fonte contrattuale, avrebbe creato più problemi interpretativi che efficaci soluzioni atte a rendere omogenee le situazioni createsi nel tempo all'interno degli Atenei italiani.

L'articolo 28 è una norma articolata di non facile ed immediata interpretazione che recita :

“A decorrere dall'entrata in vigore del presente CCNL il personale dipendente dalle A. O. U. di cui all'art. 13 del CCNQ per la definizione dei comparti di contrattazione, sottoscritto il 18.12.2002, e il personale dipendente dalle Università così come definito dall'art. 51. comma 1, del CCNL 9.8.2000, è collocato nelle specifiche fasce di cui alla colonna A della successiva tabella”.

I diretti destinatari della norma sono proprio i dipendenti universitari che prestano servizio nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (gli ex Policlinici Universitari che sono oggetto di importanti ristrutturazioni organizzative) e, per effetto dell'esplicito richiamo contenuto nell'articolo 30 del CCNL, anche quelli in servizio nelle Aziende ospedaliere integrate con l'Università (le Aziende Miste) .

In sostanza con l'articolo 28 si prevede il collocamento del personale nelle fasce contenute nella tabella, avuto riguardo al trattamento economico in godimento alla data di entrata in vigore della norma.

Si tratta cioè di una trasposizione nelle fasce, equivalenti alle categorie del Comparto Sanità, all'interno delle quali è prevista una progressione economica secondo i vincoli e le condizioni previste dai contratti del Comparto Sanità.

La collocazione all'interno delle fasce viene però effettuata tenuto conto delle posizioni economiche e giuridiche acquisite dal personale al momento dell'entrata in vigore del nuovo CCNL, il che comporta il mantenimento della posizione finché il dipendente presta servizio nell'Azienda e in caso di trasferimento presso il SSN.

In caso di non sistemazione nelle fasce, il personale mantiene la posizione acquisita con la precedente equiparazione. Detta formula è espressamente “costruita” per il personale di Elevate Professionalità (EP), equiparato alla dirigenza medica - sanitaria, ex articolo 31 D.P.R. 761/1979, qualunque sia il titolo giuridico (inquadramento e/o sentenza favorevole di ottenimento dell’equiparazione) in forza del quale si sia raggiunta detta corrispondenza ai ruoli del SSN.

L’intento tra le parti negoziali nazionali è fin troppo chiaro : salvaguardare le posizioni previgenti ormai consolidate nel contesto organizzativo antecedente la costituzione delle Aziende Integrate facendo ricorso allo strumento giuridico di istituire una sorta di *ruolo ad esaurimento* di quel personale “anziano” non sempre in possesso dei requisiti professionali richiesti dai ruoli del SSN.

Le progressioni economiche orizzontali si svolgono, con oneri a carico delle Aziende, all'interno delle fasce, le progressioni verticali si realizzano, con il rispetto di quanto previsto nell'art. 57 CCNL Comparto Università 1998-2001, secondo il regolamento aziendale da definirsi tra Università e Aziende.

Con detta tornata contrattuale restano ancora aperti e in attesa di soluzioni una serie di problemi quali:

- **(1)** l’esatta ripartizione degli oneri finanziari tra Università ed Azienda ;
- **(2)** la doppia appartenenza dei dipendenti universitari, giuridica all'Università e funzionale alle Aziende (l'organizzazione aziendale fa capo al Direttore Generale dell'Azienda);
- **(3)** la ridefinizione dei tavoli di concertazione e contrattazione con la previsione dell’ammissione ai tavoli di trattativa aziendale anche delle sigle sindacali universitarie non firmatarie del CCNL del comparto Sanità.

Alcune soluzioni ai problemi rimasti insoluti, a una prima lettura, è dato di rinvenirle nel recentissimo nuovo CCNL 2006-2009 sottoscritto il 17 ottobre u.s. (si provvede a segnalarli nel testo contrattuale) che, per una loro

valutazione complessiva, si riportano interamente, riservandosi in futuro ulteriori momenti di approfondimento e di analisi .

ART. 64 - PERSONALE CHE OPERA PRESSO LE A.O.U.

(Art. 28 CCNL 27.01.2005)

1. Il personale dipendente dalle A.O.U. di cui all'art. 12 del CCNQ per la definizione dei comparti di contrattazione, sottoscritto il 11.06.2007 e il personale dipendente dalle Università così come definito dall'art. 51, comma 1, del CCNL 9.8.2000, è collocato nelle specifiche fasce di cui alla colonna A della successiva tabella.
2. Le Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN provvedono, dopo l'applicazione del successivo comma 6, alla collocazione del personale nelle fasce di cui al precedente comma, con riferimento al trattamento economico in godimento.

FASCE A.O.U.	EQUIVALENZA DI POSIZIONE ECONOMICA NEL SSN *
IV	A - ausiliario specializzato
IV	A - commesso
V	B - operatore tecnico
V	B- operatore tecnico addetto all'assistenza
V	B - coadiutore amm.vo
VI	BS - puericultrice
VI	BS - operatore tecnico specializzato
VI	BS coadiutore amministrativo esperto
VI	BS - infermiere generico
VI	BS - infermiere psichiatrico
VI	BS - massaggiatore
VI	BS - massofisioterapista
VI	BS - operatore socio-sanitario
VII	C - assistente tecnico
VII	C - programmatore
VII	C - assistente amministrativo
VIII	D - infermiere professionale
VIII	D - ostetrica
VIII	D - dietista
VIII	D - assistente sanitario
VIII	D - infermiere pediatrico
VIII	D - podologo
VIII	D - igienista dentale
VIII	D- tecnico sanitario di laboratorio biomedico
VIII	D - tecnico sanitario di radiologia medica
VIII	D - tecnico di neurofisiopatologia
VIII	D - tecnico ortopedico
VIII	D- tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
VIII	D - odontotecnico
VIII	D - ottico
VIII	D - audiometrista
VIII	D - audioprotesista
VIII	D - fisioterapista
VIII	D - logopedista
VIII	D - ortottista
VIII	D - terapeuta della neuro e della psicomotricità dell'età evolutiva
VIII	D - tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psico- sociale
VIII	D - terapeuta occupazionale
VIII	D - massaggiatore non vedente
VIII	D - educatore professionale
VIII	D - tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
VIII	D - collaboratore professionale assistente sociale
VIII	D - tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.
VIII	D - collaboratore tecnico professionale
VIII	D - collaboratore amministrativo professionale
VIII	D - tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
IX	DS-collaboratore professionale sanitario esperto
IX	DS - collaboratore professionale assistente sociale esperto
IX	DS-collaboratore tecnico-professionale esperto
IX	DS-collaboratore amministrativo professionale esperto

* Valori economici del CCNL della Sanità riferiti a profili esemplificativi

3. Il **(1)** trattamento economico fondamentale e l'indennità di ateneo delle fasce di cui alla colonna A resta a carico dell'Università per l'importo relativo alla categoria di provenienza, e per la restante parte, ivi compreso il salario accessorio, viene finanziato con l'indennità perequativa prevista dall'art. 31 del DPR n.761/79.

4. La posizione conseguita come nei precedenti commi spetta esclusivamente al personale di cui al presente articolo. La stessa non comporta effetti di trascinamento economico e di conservazione della retribuzione nelle ipotesi di mobilità compartimentale o intercompartimentale del personale stesso verso strutture diverse dalle Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, salvo che presso il SSN medesimo.

5. La mobilità disposta dall'Ateneo si realizza comunque con l'assenso dell'interessato, salvo che per le fattispecie che danno luogo a sanzioni disciplinari o per processi concordati di ristrutturazione aziendale.

Nelle Aziende di cui al successivo art. 66 sono comunque fatte salve le posizioni economiche orizzontali in caso di mobilità non volontaria.

6. Sono fatte salve, con il conseguente inserimento nella colonna A della precedente tabella, le posizioni giuridiche ed economiche, comunque conseguite, del personale già in servizio nelle A.O.U. alla data di entrata in vigore del presente CCNL. Per il personale che, anch'esso già in servizio nelle A.O.U. alla data di entrata in vigore del presente CCNL, non trova collocazione nella medesima tabella di cui al comma 2, ivi comprese le EP, sono fatte salve le posizioni conseguite per effetto delle corrispondenze con le figure del personale del SSN.

7. I benefici economici derivanti dall'applicazione dell'art. 51, comma 4, ultimo capoverso del CCNL 9.8.2000 e art. 5, comma 3, del CCNL 13.5.2003, sono conservati "ad personam", salvo eventuale successivo riassorbimento.

8. Al **(2)** personale di cui al presente articolo e del successivo art. 66 si applica, per quanto concerne i diritti e gli obblighi di formazione professionale, la normativa in vigore nei CCNL Sanità.

9. Per quanto non disciplinato diversamente nel presente capo, al personale universitario collocato nelle fasce come da colonna A della tabella di cui al comma 2, si applicano le norme del presente CCNL.

ART. 65 - PROGRESSIONI ORIZZONTALI E VERTICALI

(Art. 29 CCNL 27.01.2005)

1. La progressione economica orizzontale del personale collocato nelle fasce di cui alla colonna A della precedente tabella si realizza con le modalità, con i valori

economici e alle condizioni previste dal CCNL della Sanità.

2. Sono fatti salvi gli accordi fin qui intervenuti in materia di progressioni orizzontali e verticali.
3. Le progressioni verticali si realizzano attraversano il regolamento aziendale da definirsi con le modalità di cui all'art. 80 del presente CCNL.

ART. 66 – AZIENDE OSPEDALIERE INTEGRATE CON L'UNIVERSITA'

(Art. 30 CCNL 27.01.2005)

1. Le disposizioni di cui al presente capo si applicano anche al personale del comparto Università in servizio presso le Aziende ospedaliere integrate con l'Università (art. 2, lett. b, del d.lgs. 21.12.99, n.517) nonché al personale del comparto in servizio presso le strutture convenzionate di ricovero e cura a carattere scientifico.
2. Nelle Aziende predette la (3) composizione della delegazione sindacale, per il personale del comparto Università, è quella di cui all'art. 9 del presente CCNL. In sede di contrattazione integrativa potranno essere previste, con carattere di reciprocità, norme di raccordo per quanto attiene la composizione di parte pubblica e sindacale, così come indicato dall'art. 4, comma 5, del presente CCNL.

Capitolo terzo

Ricognizione dei modelli regionali e proposta di uno schema-tipo di Protocollo

3.1. Ricognizione dei Protocolli di Intesa Regionali, con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere

Integrate

3.2. Spunti di riflessione finale relativi ai risultati della ricognizione

3.3. Presentazione di un modello di Protocollo di Intesa Regione/ Università

§§§

3.1. Ricognizione dei Protocolli di Intesa Regionali, con particolare riferimento alle problematiche connesse all'istituzione delle Aziende Ospedaliere Integrate.

Nel presente paragrafo si intende illustrare il risultato della “lettura” e della relativa elaborazione e catalogazione delle informazioni contenute nei vari provvedimenti adottati dalle **17** Regioni italiane ove sono presenti le **42 sedi** delle Facoltà di Medicina e Chirurgia (**N.B.** Valle d'Aosta, Trentino Alto-Adige e Basilicata non presentano sul proprio territorio regionale Università con sedi di Facoltà di Medicina) .

L'analisi è stata eseguita allo scopo di individuare le principali tendenze in tema di rapporti tra Università e SSN, con particolare riferimento alle caratteristiche che contraddistinguono il nuovo modello organizzativo costituito dall'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU).

Per compiere l'indagine non si sono utilizzati gli strumenti classici dell'invio di questionari e dell'interlocuzione con gli addetti ai lavori (strumenti accantonati in ragione del limitato lasso di tempo a disposizione e della veste “non ufficiale” del richiedente), ma si è optato per lo svolgimento di una ricerca empirica ed in solitaria del reperimento sui siti istituzionali delle Regioni, delle Università, delle Aziende Sanitarie dei vari Protocolli di Intesa, accordi applicativi, atti aziendali etc.

La ricerca è stata lunga e a volte infruttuosa per il forte ed ingiustificato “senso di riserbo” che taluni uffici hanno nel mettere a disposizione atti che in fondo hanno valenza normativa e pertanto dovrebbero essere accessibili a tutti.

Come che sia i documenti pur trattando di una materia sufficientemente circoscritta, i rapporti tra il Sistema Universitario e quello Sanitario, si differenziano sotto diversi profili, rendendo particolarmente complessa una loro lettura trasversale sistematica.

Per di più il confronto tra le diverse realtà regionali ha evidenziato una forte differenziazione tra i gradi diversi di realizzazione, ma anche approcci diversi nelle Regioni e nelle singole Aziende. In generale, emerge, comunque, un quadro di incertezze negli assetti e nei meccanismi di funzionamento delle nuove AOU, anche laddove il processo di costituzione è più avanzato o formalmente completato.

È indispensabile rilevare a tal proposito come la normativa costitutiva dei nuovi soggetti non abbia modificato sostanzialmente gli ordinamenti, lo stato giuridico, le regole di gestione amministrativa delle sue due componenti costitutive che sono assai diverse e quindi non facilmente amalgamabili, nonostante la circostanza favorevole che vede lo spazio normativo assegnato alle Regioni, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, decisamente più ampio e tale da permettere loro anche la via delle “sperimentazioni gestionali” e del raggiungimento di assetti più avanzati.

Al fine di consentire all’Agenzia il vaglio degli elementi utili raccolti e per una valutazione comparativa degli stessi, s’illustra il metodo di analisi seguito.

In primo luogo si è proceduto con la costruzione di un Quadro Nazionale, aggiornato a gennaio 2008, rappresentativo della presenza, nelle singole Regioni, delle Aziende Integrate e della loro eventuale trasformazione in Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Il Quadro complessivo è riportato nei **Diagrammi 1 e 2** allegati al presente lavoro.

Poi si è passato alla lettura dei vari documenti che si è riuscito a reperire via Web (N.B. la completa banca dati raccolta ed ordinata per Regioni ed Università coinvolte è riportata nell'allegato "CD-Rom").

Il lavoro di analisi è stato organizzato seguendo un percorso logico di indagine che ha visto necessariamente l'individuazione di alcuni **indicatori** che rendessero, poi, possibile un'aggregazione delle informazioni e ne consentissero, quindi, una disamina comparata.

Detti **indicatori** rappresentano gli snodi fondamentali e sistemici ricavabili dalla legislazione nazionale e regionale sviluppati in questi ultimi 10 anni e già in buona parte, descritti nei **capitoli 1 e 2** del presente lavoro.

Di seguito si riportano gli **indicatori** che hanno costituito le "chiavi di aggregazione" delle informazioni e dalla cui disamina è possibile ricavare, in modo sintetico e comparato, quelle che statisticamente rappresentano le scelte e le soluzioni normativo-organizzative "più gettonate" rinvenute nei provvedimenti regionali e/o aziendali per ciascuno dei temi omogenei raccolti.

Rapporti tra Regione-Università-Azienda : risultati della lettura comparata dei Protocolli di Intesa e/o Atti Aziendali delle Aziende Integrate e/o delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Dati relativi alla gestione :

1) partecipazione dell'Università alla programmazione regionale

In tutte le intese finora sottoscritte si è manifestata una forte tendenza a circoscrivere il coinvolgimento universitario alle sedi e alle strutture strettamente connesse con l'insegnamento delle discipline considerate essenziali per la funzione formativa della Facoltà; inoltre solo in pochi casi si esplicita la partecipazione alla definizione degli obiettivi da perseguire

nella ricerca sanitaria finalizzata regionale, fonte sempre più importante di finanziamento dell'acquisto delle costose attrezzature necessarie ad una attività assistenziale d'avanguardia.

L'eccessiva limitazione degli ambiti di coinvolgimento delle Università rende di fatto inefficace il concerto e permette ad alcune decisioni regionali di interferire, anche non volutamente, con gli obiettivi formativi delle Facoltà Mediche, ciò che inevitabilmente accade per tutti i programmi di sviluppo o di contrazione dell'offerta assistenziale di un certo rilievo. Una buona mediazione si è raggiunta in quelle realtà, dove si è ritenuto di estendere il coinvolgimento universitario anche alla programmazione delle sedi coinvolte nelle attività formative dell'area sanitaria (infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnica) e del post-laurea (scuole di specializzazione e master), perché così si è allargata la concertazione ad aree molto più vaste che questo tipo di formazione comporta senza peraltro interferire con il resto della programmazione sanitaria regionale.

2) Compartecipazione dell'Università ai risultati di gestione :

L'art. 10 del DPCM 2001 viene ripreso nella maggioranza dei Protocolli Regione - Università e si prevede espressamente che in caso di risultati negativi di gestione, Regione ed Università concordino appositi piani poliennali di rientro.

L'eccessiva genericità della formulazione però, di fatto, rende inoperativa la corresponsabilizzazione dei due Enti.

Negli accordi Regione - Università non vengono precisati i contenuti e le modalità di applicazione del piano di rientro cui dovrebbero essere obbligati i due "fondatori" (Regione - Università). Il piano di rientro dovrebbe coinvolgere in termini di patrimonio/ personale/ risorse a vario titolo attribuite/budget gestito/sia le strutture a direzione ospedaliera che universitaria, nella dotazione di posti-letto, nella disponibilità di apicalità, nel reclutamento del personale.

In ogni caso il contributo fornito dalle Università è essenzialmente una partecipazione con capitale umano, prevalentemente a carico del bilancio del MIUR, ed un utilizzo delle risorse che possono almeno in parte venire dai fondi di ricerca. L'aumento del 5% (dato medio) della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva, garantito da quasi tutti i Protocolli, non pare d'altro canto adeguato a incrementare in modo significativo i bilanci delle AOU, anche perché di norma tale valorizzazione è utilizzata per ripianare i debiti di gestione più che per potenziare le attività ad elevato ed innovativo contenuto scientifico.

Si segnala la posizione di alcune Regioni che limitano la partecipazione in solido dell'Università al ripiano, per il 50 %, dei soli disavanzi di gestione riguardanti la quota di attività eccedente quanto concordato con la Regione.

Dati relativi al personale :

1) Identificazione delle strutture complesse a direzione universitaria:

L'AOU ha come *mission* quella di favorire lo svolgimento delle attività assistenziali finalizzate alle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei suoi corsi di Laurea tenendo conto sia delle dimensioni minime delle strutture sia dei fabbisogni della fase clinica del percorso formativo previsto dagli ordinamenti didattici.

Restano, però, molto vaghi quali siano i parametri da adottare per raggiungere detto fine e quali debbano essere le modalità idonee a definire le dimensioni delle strutture assistenziali necessarie, soprattutto qualora si manifesti la necessità di un loro incremento a fronte dell'emergere di nuove esigenze. In alcuni Protocolli si fa lo sforzo di individuare alcuni parametri di riferimento atti ad assicurare l'adeguata attuazione della programmazione della funzione di didattica universitaria che dovranno comprendere le diverse forme di assistenza erogate nella struttura: posti letto di degenza ordinaria, Day Hospital, Day Surgery, Day Service, ambulatoriale complessa. Particolarmente preoccupante per le Università coinvolte sembra essere una certa propensione a mettere in discussione le strutture primarie già

attivate, nel senso di coinvolgerle nella tendenza in atto, a diminuire il maggior numero possibile di posizioni apicali, spesso sostituendole con funzioni più semplici, certo meno costose ma non sempre adeguate sul piano gestionale. In sostanza si privilegia la necessità di contenere la spesa attraverso una razionalizzazione dell'offerta assistenziale senza troppo preoccuparsi delle necessità didattiche e di ricerca che dovrebbero avere altrettanta importanza per i rilevanti risvolti che questi due momenti certamente hanno sulla qualità sia dell'assistenza che della formazione.

2) Debito orario degli universitari :

Nella maggioranza dei Protocolli si prevede :

- “ Al fine esclusivo della definizione del fabbisogno di personale per le attività assistenziali nelle singole Unità Operative a direzione universitaria si precisa che la metà del tempo di lavoro del personale universitario, globalmente considerato, è dedicato a compiti didattici e di ricerca” - .

Inoltre in numerosi Atenei, per i clinici universitari, il calcolo della percentuale dell'effettiva incidenza dell'attività assistenziale sull'orario settimanale previsto dagli accordi nazionali di lavoro del personale medico del SSN viene conteggiato, ricorrendo alla seguente formula che ricomprende, però, nell'orario di servizio del docente universitario anche le attività dedicate alla didattica ed alla ricerca :

a : b = x : 100, dove **a** rappresenta l'orario settimanale che il personale docente destina all'assistenza, variabile da Azienda ad Azienda, e **b** rappresenta la quota dell'orario settimanale sostenuto dal personale medico del SSN previsto dagli accordi nazionali di lavoro (38 ore a tempo pieno e 28,5 a tempo definito - **N.B.** si ricorre ancora al vecchio orario ospedaliero e non al c.d. tempo unico previsto dai più recenti CC.CC.NN.LL.).

Con riferimento sempre al personale docente che presta la propria attività presso i servizi di cura e diagnosi, le percentuali sono calcolate attribuendo, alla gestione universitaria, la metà (arrotondata) della percentuale ottenuta per le unità di degenza, poiché si ipotizza che il personale inserito in strutture

prevalentemente sanitarie, dedichi all'attività didattica e di ricerca un impegno relativo.

L'assolvimento del debito orario settimanale (circa il 50 % dell'orario dedicato all'attività assistenziale) da parte del medico universitario nei confronti della struttura sanitaria consente a quest'ultimo di aver diritto al relativo trattamento economico integrativo conteggiato secondo la c.d. indennità T.E.AG.

3) Remunerazione dell'attività assistenziale (il T.E.AG. ex art. 6 del D.Lgs 517/99):

In tutti i Protocolli che è stato possibile esaminare, si affronta il problema della valorizzazione e della remunerazione dell'attività assistenziale del personale medico e tecnico - amministrativo universitario. Non in tutti si prevede il superamento del sistema perequativo di cui all'art.31 del DPR 761/79 (vedi in particolare per il personale docente il **paragrafo 2.1** e per il personale tecnico-amministrativo il **paragrafo 2.4.** del presente lavoro) e la sua sostituzione, valida solo per il personale docente, con la disciplina prevista dall'art. 6 del D.Lgs 517/99, che sancisce il riconoscimento del trattamento economico aggiuntivo (il T.E.AG.), che viene attribuito indipendentemente da qualsiasi valutazione comparativa con lo stipendio corrisposto dall'Università in relazione all'inquadramento accademico. Ciò ha comportato, di fatto, dei disallineamenti, a parità d'incarico e di anzianità, rispetto alle identiche figure professionali ospedaliere presenti nelle Aziende e, nel contempo, il concretizzarsi, rispetto al passato quando vigeva la legge 213/71 c.d. "De Maria", di un aumento considerevole della spesa complessiva sostenuta dalle Regioni per la remunerazione della prestazione assistenziale svolta dai clinici universitari.

Dati relativi alla attività di ricerca e formazione

1) valorizzazione delle attività di ricerca con le sperimentazioni cliniche - progetti finalizzati alle innovazioni scientifiche:

In quasi tutti i Protocolli, si assiste al “rito” della declamazione dell'importanza della ricerca e dell'innovazione che, purtroppo, spesso non si concreta quasi mai in proposte organizzative ed operative ed in assegnazione di risorse finanziarie aggiuntive capaci di dare prospettive di realizzazione alle dichiarazioni di principio.

Si enfatizza molto il ruolo dell'Università auspicando una forte propensione delle attività dei reparti misti universitari-ospedalieri sul versante delle funzioni di ricerca e delle sue ricadute cliniche, soprattutto laddove risultano consolidati i processi organizzativi che hanno portato alla costituzione delle AOU.

In buona sostanza in molte realtà regionali si è consapevoli del fatto che è proprio la presenza dell'attività di ricerca applicata che rende le AOU strutture di alta qualificazione in grado di fornire prestazioni assistenziali di elevata specialità.

Molti, anche nell'ambito delle equipe mediche, hanno colto questo aspetto: dedicare parte delle proprie attività alla ricerca biomedica (intesa nella sua interezza) rappresenta una sorta di investimento a carattere assistenziale.

Di conseguenza, sotto il profilo organizzativo, ci si è posta la domanda come fare ad intercettare e governare meglio questa importante attività a carattere trasversale, quali le possibili misure per creare le condizioni affinché l'attività di ricerca clinica, epidemiologica e dei servizi diventi sempre più parte integrante dell'assistenza sanitaria e del processo di formazione.

La risposta, in alcuni casi, è stata quella di prevedere la creazione di Unità Operative di Ricerca ed Innovazione in staff alla Direzione Generale oppure la nomina di un Direttore Scientifico di Azienda alla stregua degli IRCCS (detta figura è proposta nel modello di Protocollo di Intesa Regione/Università al **paragrafo 3.3**).

In particolare le Unità Operative Ricerca e Innovazione nascono con lo scopo di essere parte attiva nell'identificazione e selezione delle potenziali innovazioni proposte.

In particolare con la loro creazione si tenta di sopperire ad una lacuna riscontrata in questi anni e cioè permettere alle strutture assistenziali presenti nelle AOU di poter partecipare alla realizzazione di progetti e programmi di ricerca Nazionali ed Internazionali banditi dalla U.E., da Società Scientifiche, da Fondazioni che spesso vincolano la definizione delle sedi collaboranti alla presenza ed alla responsabilità gestionale del solo personale universitario.

Il risultato che si raggiunge non è di poco conto, soprattutto in questa fase di deficit finanziario complessivo per il sistema sanitario : possono affluire all'Azienda, dall'Italia e dall'estero, risorse finanziarie "aggiuntive" che vengono in parte impiegate per l'acquisizione di attrezzature scientifiche che, al termine delle ricerche, entrano di fatto nella routine assistenziale.

2) valorizzazione della funzione formativa svolta dall'AOU, con la partecipazione degli operatori del SSN all'attività didattica sia nell'ambito delle Scuole di Specializzazione che dei C.d.L Sanitarie :

Questo specifico argomento oltre a trovare, a volte, solo un semplice richiamo nei Protocolli relativi all'assistenza, viene affrontato e regolamentato in modo esaustivo con i relativi Protocolli di Intesa che disciplinano la materia e precisamente quello ex art. 6 comma 2 (relativo alle Scuole di Specializzazioni) e quello ex comma 3 (relativo alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione - Corsi di Laurea Sanitaria) del D.Lgs 502/02 e s.m.i.

In particolare si coglie l'occasione per porre in evidenza la circostanza che i Protocolli relativi alle Scuole di Specializzazione recepiscono sia la mutata disciplina riferita agli standard formativi (il Decreto MIUR 29.03.2006) sia (e finalmente!) la normativa nazionale, di cui al D.lgs. 368/99, più volte modificata e sospesa nella sua applicazione dal comma 3 dell'art. 8 D.Lgs. 517/99 sino allo stanziamento dei relativi fondi per remunerare gli specializzandi ed entrata definitivamente in vigore dall'anno accademico 2006/2007 con la modifica del comma 2 dell'art. 46 del

368/99, operata dalla legge finanziaria 266/2005. Grazie a questa nuova disciplina gli specializzandi hanno, rispetto al passato, un nuovo status . Essi, infatti, passano dal ruolo di “studenti”, cui viene corrisposta una borsa di studio, a quello di medici abilitati in formazione specialistica, contrattualizzati, sia pure attraverso meccanismi autoritativi (schema-tipo contrattuale elaborato dal Ministero) e, come tali, retribuiti, assistiti da una forma previdenziale garantita ed assicurati obbligatoriamente contro i rischi.

Il risultato di questo mutato assetto è che lo specializzando è titolare di doveri (dedicare il tempo pieno alle attività didattiche e a quelle assistenziali-pratiche determinate dagli organismi della Scuola in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale raggiunto, svolgere un determinato numero di interventi assistenziali con la supervisione di tutor, superare l'esame annuale e quello finale di diploma) e di diritti (ricevere la retribuzione-la cui quantificazione è standard e stabilita a livello nazionale-, essere assistito previdenzialmente ed essere assicurato, poter svolgere attività professionale intramoenia, poter fare sostituzioni e guardie mediche, poter fruire di periodi di sospensione -ad esempio tutela della maternità- con recuperi e senza) il tutto garantito dal contratto e dall'eventualità di rivolgersi al giudice ordinario.

Comunque, con entrambe le due fattispecie di Protocolli di Intesa, sopra richiamati, la maggioranza degli Atenei formalmente garantisce la possibilità agli operatori del SSN (dirigenti medici e personale professionale del comparto) di ricevere incarichi didattici dalle Facoltà di Medicina, sia in qualità di titolari di insegnamento sia di tutor.

Gli incarichi didattici, compresi quelli di tutoraggio, sono conferiti su proposta dei Consigli delle Scuole o di Cd.L., approvati dal Consiglio di Facoltà, e sono contemplati nella programmazione e pianificazione dei DAI proprio al fine di salvaguardare le esigenze assistenziali delle strutture operative coinvolte (es. i dirigenti che partecipano alle attività didattiche possono usufruire di una facilitazione di turni di guardia attiva).

L'attività didattica svolta dal personale del S.S.N. è formalmente documentata dall'Università e può vedersi essere valutata ai fini concorsuali in base alla normativa vigente.

Alcuni accordi tra Università e Aziende Sanitarie disciplinano anche delle apposite intese in ordine all'utilizzo a tali fini degli specifici fondi di Ateneo, previsti dall'art. 6, comma 3, del D.Lgs 517/99, prevedendo, in particolare, le modalità di accesso dei dirigenti sanitari del SSN, che operano nei DAI, impegnati in attività didattica, ai fondi di Ateneo di cui all'art. 4, comma 2, della legge 370/ 99.

In conclusione appare generalmente diffusa, a livello di Atenei, la percezione che il consentire la partecipazione del personale del SSN alla didattica in modo significativo e non residuale, costituisce un fattore favorente l'integrazione culturale e organizzativa tra componente ospedaliera ed universitaria nel processo di costruzione delle AOU.

Dati relativi alla governance

In tutti i Protocolli e/o atti aziendali esaminati si dedica, un ampio spazio, come era prevedibile, ai problemi di governance .

Sinteticamente si riportano gli aspetti salienti di detta problematica con le relative e possibili declinazioni in termini di disciplina, organizzazione, rapporti e/o potenziali conflitti con altri organismi istituzionali:

1) il ruolo della Direzione Generale (D.G.) è comunemente disciplinato come segue:

- *nomina* : effettuata dal Presidente della Regione d'Intesa con il Rettore ;
- *poteri*: il D.G., sentito il collegio di Direzione, adotta l'atto aziendale, talvolta acquisito il parere del Rettore,- parere- a carattere vincolante con riferimento ai Dipartimenti ed alle strutture complesse a direzione universitaria ;

- *adotta atti di gestione* : piani attuativi del PSSR, piani e programmi pluriennali di investimento, bilancio economico pluriennale di previsione, bilancio economico preventivo annuale e bilancio d'esercizio;
- ha la *responsabilità complessiva* della gestione e la rappresentanza legale;
- *attribuzione degli incarichi dirigenziali*, loro valutazione, verifica, sospensione e revoca.

Residuano poi alcune questioni specifiche particolarmente critiche che richiederebbero di essere definitivamente precisate per garantire una migliore funzionalità di sistema all'interno dell'organizzazione delle nuove AOU:

- il reclutamento del personale universitario dovrebbe essere concordato tra Rettore (inteso quale organo esponente la volontà della Facoltà di Medicina) e D.G., affinché tra reclutamento del personale del S.S.N. e personale universitario si possa arrivare ad un grado di realizzazione integrata delle esigenze di assistenza, didattica e ricerca, anche compatibile con le ormai scarse risorse finanziarie disponibili;
- l'acquisizione di tecnologie da parte dell'Università dovrebbe essere concordato con la Direzione Generale per le stesse motivazioni che regolano il reclutamento del personale (N.B. in alcune realtà si tenta di ovviare allo spreco di risorse ricorrendo alla previsione di una Commissione di Azienda mista che vaglia e filtra l'acquisizione di strumenti ed apparecchiature);
- la piena autonomia che dovrebbe essere riconosciuta al D.G. per ciò che concerne la formulazione e l'attuazione di piani di riorganizzazione aziendale (es: soppressione e accorpamento di reparti con relativo trasferimento del personale anche universitario);
- l'effettiva realizzazione di uno strumento di valutazione degli incarichi di natura professionale, di quelli di struttura semplice o complessa, e della direzione di programmi assistenziali anche nei confronti dei docenti e ricercatori universitari secondo quanto previsto dalle norme vigenti per il personale del SSN e le modalità indicate dall'atto Aziendale, facendo ricorso al Collegio Tecnico, nel rispetto però delle procedure previste dall'art. 5

comma 13 del D.Lgs 517/99 (“ Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale di cui all'articolo 3. Sono, altresì, soggetti a valutazione i professori di prima fascia di cui all'ultimo periodo del comma 4. Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne da comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti”).

La valutazione di tutto il personale della AOU costituisce un importante momento strategico, strumento indispensabile per valorizzare il merito e l'assunzione di responsabilità all'interno dell'organizzazione. Senza un adeguato e credibile sistema di valutazione, valido per tutte le componenti, perde valore l'intero impianto delle responsabilità all'interno delle AOU così come codificato dal CCNL in materia di incarichi;

- l'applicazione generalizzata del potere disciplinare e sanzionatorio in capo al D.G. da esercitarsi nei confronti del personale universitario limitatamente all'attività assistenziale, in analogia con quanto previsto per il personale del SSN ;

- la piena e compiuta realizzazione della mission della nuova AOU e cioè l'integrazione di assistenza didattica e ricerca, definendo bene i ruoli ed anche i confini delle rispettive competenze, l'assistenza per il D.G. e la didattica e la ricerca per gli organi dell'Università; al riguardo è impensabile, anche con la costituzione delle AOU, ritenere di poter superare o peggio ancora aggirare i processi amministrativo-gestionali che vi sovrintendono che rimangono ben distinti in capo ai rispettivi organi; allora si potrebbe pensare che il D.G. della AOU, di intesa con gli organismi universitari preposti , fra i suoi nuovi atti tipici, possa proporre un “documento di sintesi unitaria” dell'assistenza, della ricerca e della didattica , ricorrendo ad un “nuovo e qualificante strumento gestionale”, il P.U.A.D.R (programma unitario per l'assistenza, didattica e ricerca) che potrebbe vedere nel Collegio di Direzione la sede adeguata di valutazione ed armonizzazione e nell'Organo di Indirizzo

la sede per verificare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'AOU con la programmazione didattica e scientifica dell'Università.

2) il ruolo dell'Organo di Indirizzo:

- *composizione* : comunemente nr. 3/5 membri Assessore Regionale, Preside della Facoltà, Direttore Regionale, eventualmente esperti esterni all'Azienda ; in alcuni casi si prevede che possa partecipare ai lavori il Rettore, il D.G., anche dei medici facenti parte del Consiglio dei Sanitari ;

(**N.B.** Molti Protocolli e/o atti Aziendali si soffermano in modo analitico e particolareggiato sulla composizione dell'Organo di Indirizzo, la "scelta" rappresenta una fase molto delicata, che va ben soppesata per scongiurare il rischio che detto Organo diventi avulso e terzo rispetto all'Azienda, in quanto gli esperti chiamati a farne parte, devono possedere competenze e capacità di interpretare le esigenze di ricerca, didattica, assistenza e buona gestione connesse alla programmazione della formazione in ambito sanitario ed ai collegati problemi assistenziali);

- *compiti e funzioni* : propone iniziative e misure che assicurino la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale delle AOU, con la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina -verifica la corretta attuazione della programmazione - assume il ruolo di garante che il progetto di integrazione tra le tre dimensioni dell'assistenza della didattica e della ricerca si realizzi nel modo migliore possibile, senza prevaricazioni di una componente sull'altra e a tutela degli interessi sia del SSR che dell'Università.

In alcune realtà regionali è dato di riscontrare però che l'Organo di Indirizzo è spogliato del ruolo proprio che il D.Lgs 517/99 gli affida, quello di "garante", ma gli vengono affidati dalle realtà organizzative aziendali compiti più operativi e di conciliazione, facendogli così assumere il ruolo di una sorta di Alto Collegio Arbitrale, con il compito di dirimere i dissidi e/o i malumori fra le due componenti universitaria ed ospedaliera.

3) il ruolo del Collegio di Direzione:

- *Composizione:* è presieduto dal D.G.(però a volte il D.G. non ne fa parte) e sono componenti di diritto il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, i Direttori dei DAI ed i Vice Direttori, eventualmente i Direttori Sanitari di Presidio , rappresentanza dei coordinatori infermieristici di dipartimento a rotazione semestrale ;

- *Compiti e funzioni:* -elabora proposte in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori- esprime pareri al D.G., che non ne fa parte, relativamente all'integrazione ed alla coerenza tra l'attività assistenziale e l'attività di didattica e di ricerca

Nella nuova organizzazione delle AOU, il Collegio di Direzione, data anche la sua composizione ampia e multidisciplinare, assume un ruolo chiave di supporto al D.G. nel pianificare le principali strategie aziendali e realizzare i processi di integrazione tra l'attività assistenziale e le attività di didattica e ricerca, in quanto, al proprio interno, hanno modo di incontrarsi e di confrontarsi il management aziendale ed il mondo clinico.

4) il ruolo di integrazione tra didattica,ricerca ed assistenza , svolto a "livello centrale" da altri organismi collegiali :

Nei Protocolli e/o atti aziendali si prevede l'istituzione, quali strumenti gestionali aggiuntivi a supporto diretto del management aziendale, di numerosi altri organismi collegiali, con compiti di valutazione e/o approfondimento delle problematiche aziendali a livello generale, che si rilevano utili per avere una "visione centrale" dell'integrazione, ed anche , in un certo senso, per bilanciare la presenza delle articolazioni aziendali periferiche di integrazione costituite, invece, dai DAI.

Di seguito ci si limita a una loro breve elencazione, evidenziando le funzioni principali da essi svolte, senza soffermarsi in modo approfondito alla loro disamina:

- a) **Collegio Sindacale:** esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, mediante verifiche, vigila sulla osservanza delle leggi e la regolare tenuta della contabilità ;
- b) **Consiglio dei Sanitari:** è un organismo elettivo e a carattere consultivo che fornisce parere obbligatorio al D.G. sui principali atti di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari e sui correlati principali investimenti e piani di assegnazione delle risorse relative ai servizi sanitari ;
- c) **Collegio Tecnico:** definisce le regole per l'effettuazione delle valutazioni e verifiche sulla attività e sui risultati raggiunti dai dirigenti, verifica gli incarichi dirigenziali, è a composizione mista nel caso di verifica dei professori e ricercatori universitari;
- d) **Comitato dei Garanti:** esprime pareri circa la sospensione dall'attività assistenziale e l'allontanamento dall'Azienda dei professori e ricercatori ,nei casi di gravi violazioni;
- e) **Nucleo di valutazione:** sottopone a verifica annuale i risultati della gestione dei dirigenti universitari e ospedalieri, nonché i risultati raggiunti da tutti i dirigenti ai fini della attribuzione della retribuzione di risultato.

5) il ruolo di integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza , svolto a "livello periferico" dai Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)

Rinviando alla descrizione più analitica degli aspetti relativi ai criteri di organizzazione interna, organi e sistemi operativi già ampiamente sviluppati al **paragrafo 1.6.** , in questo ambito ci si soffermerà ad illustrare del DAI, la sua principale caratteristica e cioè quella di essere lo strumento organizzativo più forte nelle mani del D.G. per vincere la sfida dell'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza.

Protocolli e atti aziendali si soffermano lungamente nel cercare di delinearne compiti e sfere di attività e nella maggioranza delle previsioni, il DAI viene identificato "quale centro unitario di responsabilità e di costo in grado di garantire l'unitarietà della gestione, il collegamento tra assistenza, didattica e

ricerca, la flessibilità operativa e l'individuazione di quei servizi che, per motivi di efficienza ed economicità, sono comuni al dipartimento, per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza e ambulatoriali”.

Il DAI costituisce il vero banco di prova sul quale, in questo periodo, le AOU si stanno maggiormente confrontando, testando ipotesi di lavoro sul campo al fine di sviluppare strategicamente tutti gli scenari e le prospettive percorribili. Per questa loro precisa e ben delimitata configurazione, i DAI sono, pertanto, comunemente ritenuti, gli strumenti, sui quali fare leva per realizzare l'integrazione che si sta sperimentando all'interno delle AOU, che potrà sempre di più consolidarsi grazie proprio all'articolazione, per così dire, più “periferica” che si è data l'Azienda.

In questo percorso di trasformazione e riorganizzazione dei processi gestionali, si incontra, però, ancora qualche problema .

Innanzitutto una questione d'impostazione generale circa la condivisione di una sorta di “visione etica” che possibilmente andrebbe recepita e valorizzata dal management aziendale: l'organizzazione dipartimentale dovrebbe garantire la miglior efficienza possibile, una maggior elasticità nel riconoscere competenze particolari o nel consentire l'agevole attuazione di attività sperimentali, attraverso una più efficiente gestione delle risorse, soprattutto umane. I tentativi di organizzazione dipartimentale fino ad ora attivati, talvolta, non sembrano andare in questa prospettiva, non riuscendo in particolare a fare del Direttore di Dipartimento un "primus inter pares" con particolari competenze gestionali, ma piuttosto un capo onnipotente imposto per le più disparate ragioni politico, sindacali e/o di accademia. Solo un'adeguata rimodulazione in termini di una valorizzazione del merito e della professionalità di tale figura, potrà consentire di accettare che essa provenga dal personale universitario o da quello ospedaliero in ragione di capacità gestionali accertate, senza che la scelta venga vissuta dall'altra parte come una sconfitta o una prevaricazione . In relazione a ciò, la funzione di

direzione (funzione essenzialmente manageriale) potrà essere svolta indifferentemente sia da personale ospedaliero che universitario, prevedendosi in caso di direzione ospedaliera una specifica responsabilità ad un docente universitario per le attività di didattica e ricerca.

In molti casi si ha la sensazione che i DAI sembrano progettati per favorire gli equilibri professionali e di appartenenza (universitaria -ospedaliera) del suo Direttore, piuttosto che tener conto di effettivi bisogni di integrazione, perpetrando il malcostume di utilizzare le strutture organizzative quale meccanismo principale di gestione e carriera del personale.

Altro aspetto non di poco conto è quello costituito dalla necessità di sciogliere al più presto un'inefficienza gestionale che rischia di ingessare o peggio fermare il processo di integrazione in atto: la co-presenza all'interno dell'AOU, e, di conseguenza, la co-gestione che da questa doppia presenza scaturisce, dei DAI e dei Dipartimenti Universitari (D.U.), i quali, non essendo stati modificati nelle loro finalità e modalità di funzionamento, spesso incrociano "pericolosamente" nello svolgimento delle proprie attività, i DAI, creando delle inefficienze e/o doppioni di attività con dispendio di energie intellettuali ed anche finanziarie.

Si pensi solo alla circostanza che il Direttore del DAI è nominato dal D.G. ed a lui risponde, mentre il Direttore del D.U. risponde ovviamente agli organi dell'Università.

Per di più questi Dipartimenti hanno, poi, una gestione amministrativa separata, dotata di una marcata autonomia amministrativa il DU, che adotta ancora il sistema di contabilità economico-finanziaria (entrate-uscite), inserita, quale centro di costo nei meccanismi amministrativo- contabili dell'Azienda, il DAI, che, invece, adotta il sistema di contabilità economico-patrimoniale (costi-ricavi). Il D.G. spesso finisce con l'impantanarsi per cercare di sbrogliare la matassa delle interrelazioni spesso conflittuali nei rapporti tra i DAI, i DU, i residuali Dipartimenti Assistenziali, a scapito dell'efficienza del sistema. Al momento non paiono esserci le condizioni giuridiche per un

“inglobamento” tra i due Dipartimenti (N.B. occorrerebbe una modifica della normativa nazionale costituita dal DPR 382/80 e regolamento attuativo DPR 371/81), più percorribile appare la strada di riprogettare nei Protocolli Regione-Università e in quelli attuativi, la loro disciplina, riscrivendo un sistema di rapporti tra le due strutture dipartimentali che sul piano operativo avvantaggi l’interrelazione (di risorse umane e finanziarie) e realizzi compiutamente nell’ambito dei DAI, l’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

3.2. Spunti di riflessione finale relativi ai risultati della ricognizione

Analizzando lo stato di applicazione delle disposizioni del D.Lgs. 517/99 emerge, rispetto ai dati raccolti, che alla data del 1 ° novembre 2008:

- nr. **16** Regioni hanno stipulato il Protocollo d'Intesa previsto dall'art. 1 del decreto legislativo sopra richiamato (fanno eccezione : Basilicata, Trentino e Valle d’Aosta che non hanno sedi di Facoltà di Medicina, la Lombardia che non ha mai applicato il D.Lgs 517/99) ;
 - nr. **6** Regioni (Friuli, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) hanno costituito Aziende Ospedaliere a seguito della trasformazione dei Policlinici Universitari a gestione diretta, denominate Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN;
 - nr. **10** Regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Calabria), hanno costituito Aziende Ospedaliere mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'Università, denominate Aziende Ospedaliere integrate con l'Università;
 - quasi tutte le Regioni hanno “formalmente chiuso” il periodo della sperimentazione gestionale ed avviato e/o realizzato il modello dell’AOU .
- In tutte le Regioni, la quasi totalità delle Aziende ha adottato l'atto aziendale e, per le AOU, sono in corso una serie di tentativi per apportare delle varianti

in grado di realizzare la *mission* dell'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza.

Dai suddetti elementi, seppur non rappresentativi della totalità delle Regioni italiane (si pensi che la Regione Lombardia con la presenza di ben 7 sedi universitarie aventi la Facoltà di Medicina, non ha mai dato applicazione al D.Lgs 517/99, ma si è limitata a disciplinare la regolamentazione dell'attività di formazione ex art.6 commi 2 e 3 del D.Lgs 502/92), emerge chiaramente che le Regioni hanno maggiore consapevolezza dell'ampiezza legislativa, oggi loro riconosciuta, per disciplinare l'istituzione delle AOU, ma finiscono spesso, negli atti normativi che poi emanano, per ripercorre senza sostanziali "varianti di autonomia", i contenuti del D.Lgs. 517/99 e delle relative Linee Guida del 2001.

La sottoscrizione dei primi Protocolli d'Intesa risale al 2003, mentre la maggior parte dei medesimi sono stati stipulati oltre il termine previsto per la fase sperimentale previsto dalla D.Lgs 517/99 e cioè il 2004. Da ciò si rileva con chiarezza che sebbene la legislazione abbia previsto uno strumento organizzativo finalizzato a promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra SSN e Università, il cammino intrapreso dalle Regioni è risultato da un lato lento e faticoso e dall'altro incompleto. Questo si evince anche dalla parziale operatività dell'Organo di Indirizzo che avrebbe dovuto costituire l'elemento propulsore della nuova impostazione dei rapporti fra le due realtà istituzionali.

Comunque, a livello nazionale, in questa fase, il modello organizzativo dell'AOU prospettato dal D.Lgs. 517/99 con il quale realizzare in modo compiuto la cooperazione Università/SSN in tema di assistenza, appare sostanzialmente e formalmente avviato.

Tale soluzione sembra consentire rispetto sia all'Azienda Policlinico sia alla Azienda Ospedaliera "mista", un più sostanziale equilibrio tra funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca.

L'AOU ha, infatti, una sola *missione integrata* costituita da formazione, ricerca e assistenza. Sotto il profilo organizzativo, conseguentemente, la strategia impostata dalle Aziende tiene necessariamente conto della suddetta nuova *mission* .

In alcune realtà Aziendali, alla presenza di soli DAI, si è proceduto a riconfigurare una specifica organizzazione per “aree omogenee di attività” che si avvalgono anche del supporto del controllo di gestione che in grado di riconoscere in modo distinto i due filoni di finanziamento presenti in Azienda (universitario ed ospedaliero) .

Tale soluzione organizzativa (la costituzione dei DAI) consente inoltre di attuare una politica del personale che contempera sia l'esigenze dell'Università, sia quelle dell'assistenza proprie del SSN, attesa la dotazione mista di personale.

Va anche aggiunto che la *governance* complessiva dell'Azienda è garantita da un Direttore Generale con poteri manageriali ben definiti, ma, al contempo, è anche, in un certo senso, un “sorvegliato speciale” dei nuovi Organi Collegiali e stretto tra due poteri contrapposti: quello della Regione e quello dell'Università.

L'Università partecipa alla *governance* con il ruolo “ incisivo ” del Rettore (che ad esempio esprime l'intesa con la Regione per procedere alla nomina del D.G.) e con il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, quasi sempre presente nell'Organo di Indirizzo.

In questo nuovo modello non mancano però elementi di criticità rappresentati dal fatto che in presenza, ad esempio, di soli Dipartimenti non integrati, l'Organo di Indirizzo è declassato a un Organo sub-aziendale, con la conseguenza che la politica del personale risulta differenziata e l'organizzazione appare evidentemente disomogenea.

Inoltre vi è il rischio che Regione ed Università non pervengano sempre al bilanciamento dei diversi fini istituzionali e che la non omogeneità dello stato giuridico e dei contratti di lavoro del personale comporti difficoltà operative

nella selezione, verifica e valutazione dei dirigenti e nella graduazione delle funzioni dirigenziali.

Per superare i problemi evidenziati e per evitare che avvenga uno scostamento dal modello ideale a quello reale, nel rapporto tra Università e SSN sarebbe necessario, oltre al ricorso di strumenti normativi idonei e flessibili, uno "sforzo collettivo e cooperativo" sia a livello regionale sia delle singole aziende.

Una sorta di "spirito cooperativo" che potrebbe concretarsi ricorrendo allo strumento costituito dalla "pianificazione sanitaria regionale di medio-lungo periodo", da elaborare e condividere in seno alla Commissione Mista-Paritetica presente in molte Regioni, sia a livello centrale-regionale che aziendale, quale sede naturale per i momenti di elaborazione degli indirizzi generali di attività e di confronto tra i vari portatori di interesse.

Rimane inoltre parzialmente irrisolto il problema dello *status giuridico* dei medici universitari, con particolare riferimento alla questione relativa alla disciplina sostanziale ed alla gestione amministrativa dell'attività assistenziale, nonostante la nuova normativa di carattere generale dettata dalla L.230/05. Si tratta di individuare quale sia l'effettiva portata della salvaguardia dello *status giuridico* universitario rispetto a disposizioni, quale l'art. 5, commi 2 e 3, del D.Lgs.517/99, che stabiliscono l'applicabilità al personale medico universitario, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, delle norme previste per il personale del SSN. Disposizioni che estendono, di fatto, ai medici universitari in pratica l'intera disciplina relativa alla dirigenza ospedaliera (artt. 15, 15-bis, 15-ter, 15-quater, 15-quinquies, 15-sexies, 15-nonies, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i) e prevedono espressamente che dell'attività assistenziale i medici universitari rispondano direttamente al Direttore Generale. Prescrizione, quest'ultima, antitetica rispetto alla precedente disciplina ex art. 102 del D.P.R. n. 382/80 che prevedeva, per le stesse funzioni, la sottoposizione del medesimo personale alle autorità accademiche.

Inoltre si rileva che l'applicazione dell'art. 6 D.Lgs 517/99 (il T.E.AG.) ha incontrato non poche difficoltà attuative che, in alcuni casi, ne hanno comportato l'incompleta applicazione. Difficoltà causate soprattutto dall'estraneità degli istituti della dirigenza unica e contrattazione collettiva alla normativa del ruolo della docenza universitaria il cui stato giuridico è rimasto "riserva di legge".

Nello specifico si pone in evidenza, che in alcuni "modelli economici" regionali, almeno nella prima fase di applicazione del T.E.AG, è assente l'aggancio tra la base stipendiale dei medici universitari con quella dei dirigenti medici del SSN, con la conseguenza, ad esempio, che i giovani ricercatori si sono visti riconoscere una valorizzazione "irrisoria" della propria attività assistenziale, vanificando quella finalità equiparativa del trattamento economico di personale di pari funzioni che era e rimane alla base della convivenza fra le due componenti e della collaborazione tra Università e SSN.

Il tentativo di "parametrazione" trova parziale realizzazione, invece, solo nelle voci accessorie della retribuzione (di posizione e di risultato) decisamente modeste, soprattutto per i giovani ricercatori, rispetto alla base stipendiale. Forse sarebbe opportuno un intervento legislativo univoco tendente a sancire definitivamente e non solo per il periodo transitorio (*) l'aggancio definitivo tra il trattamento economico del personale universitario al trattamento economico di base del personale ospedaliero, affinché venga poi recepito sul piano applicativo in modo uniforme dalle Regioni.

(*) **art. 3 comma 4 del DPCM 24 maggio 2001** : " L'importo del trattamento economico di cui al comma 3, lettera d), viene attribuito dall'azienda all'università e da questa ai docenti universitari. I trattamenti sono erogati nei limiti delle risorse da attribuire ai sensi dell'art. 102, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, globalmente considerate, sono definiti secondo criteri di congruità e proporzione rispetto a quelli previsti al medesimo scopo dai contratti collettivi nazionali di lavoro di cui all'art. 15, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e sono adeguati in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi nazionali

di lavoro della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale. Il trattamento economico di equiparazione in godimento all'atto dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1999 è conservato fino all'attuazione delle previsioni contenute nei protocolli d'intesa. Per i cinque anni successivi all'entrata in vigore del presente decreto ogni professore o ricercatore universitario non potrà percepire, comunque, una retribuzione complessiva inferiore a quella in godimento all'atto dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1999.

Relativamente, infine, alla questione circa la possibilità di limitazione regionale dell'autonomia universitaria ex art. 33 Cost., a seguito della riforma del Titolo V parte seconda della Costituzione, si ritiene che le Regioni, non possano, quanto meno direttamente, ridurre detta autonomia. La potrebbero limitare relativamente a quelle materie per le quali l'art. 117, comma 3, Cost. riconosce loro la legislazione concorrente. Si porta quale esempio la materia ricerca scientifica - materia di legislazione concorrente ex art. 117 comma 3, Cost.- Le Regioni possono avere competenza in via indiretta sulla materia istruzione esercitando la loro competenza in materia di ricerca scientifica atteso che per l'Università tale materia è inscindibile con l'insegnamento e con la didattica. Ma a questo punto l'ulteriore questione che si pone è la seguente: - anche le disposizioni di cui al D.Lgs. 517/99 sono derogabili dalla legge regionale per effetto della riforma del titolo V della Costituzione?

Al riguardo occorre distinguere le norme in materia di personale rispetto a quelle relative all'organizzazione e funzionamento delle strutture sedi naturali di collaborazione fra SSN e Università. Si ritiene che le prime non possano essere oggetto di intervento legislativo regionale. Ciò perché la disciplina dello *status giuridico* del personale universitario è riservata alle leggi dello Stato. Ogni intervento di modifica in tale ambito deve necessariamente realizzarsi a livello legislativo nazionale. Infatti, il D.Lgs. 517/99 prevede, fermo restando lo stato giuridico dei professori e ricercatori universitari, l'applicabilità ai medesimi delle norme stabilite per il personale del SSN, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le Aziende e a quello con il Direttore Generale.

In campo organizzativo il D.Lgs. 517/99 prevede una completa disciplina in materia, rispetto ai soli principi fondamentali che si impongono al legislatore regionale. Si ritiene che, in quest'ambito, le Regioni debbano leggere e quindi applicare la normativa nazionale in combinato disposto con quella regionale, garantendo comunque la partecipazione diretta degli organi universitari alle scelte compiute nell'ambito delle AOU in materia di collegamento tra le attività di assistenza, didattica e ricerca.

In conclusione la cooperazione tra Sanità Regionale e Sanità Universitaria, non si potrà che effettivamente rendere concreto se non grazie ad una serie di "accordi consensuali" in grado di recepire e risolvere d'intesa le varie esigenze avanzate dai vari portatori di interesse.

Decisiva potrebbe anche rilevarsi la collaborazione che si può realizzare a livello nazionale attraverso sistematiche forme di collegamento tra la Conferenza dei Rettori con la Conferenza dei Presidenti di Regione e con l'organismo fondamentale di raccordo, che è la Conferenza Stato- Regioni.

Oltre ciò, sarebbe infine necessaria l'adozione di procedure, di tecniche di coordinamento, sia orizzontale che verticale, di leale collaborazione tra il sistema dell'Università con il sistema dei livelli territoriali, -una collaborazione - che veda definitivamente, anche da parte della classe medica universitaria, l'abbandono della difesa sterile delle proprie prerogative che ormai nell'opinione pubblica sono viste quali non più sostenibili privilegi.

Un ultimo spunto di riflessione che costituisce anche una segnalazione degna di rilievo e che si contraddistingue per la novità della tecnica legislativa che si intende realizzare, è quella contenuta in una recente proposta normativo-organizzativa avanzata nell'ambito di un programma APQ regionale diretto dal Prof. Balduzzi per la Regione Piemonte .

"...Per consolidare anche in Piemonte il modello di AOU quale risulta dalla normativa nazionale e dopo gli artt. 9 e 21 della legge regionale n. 18 del 2007, si può prevedere di prorogare il termine relativo alla sperimentazione gestionale previsto dall'art. 2, comma 3, del D.Lgs. n. 517 /99 prevedendo, in

luogo degli strumenti ivi ipotizzati per introdurre eventuali adattamenti al modello unico alla luce delle esperienze realizzate (atto di indirizzo e coordinamento, ovvero provvedimento legislativo), **un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della l. n. 131 del 2003.** (*). In tal modo, le realtà regionali nelle quali il modello deve ancora consolidarsi avrebbero lo spazio temporale per farlo, mentre quelle in cui il modello si è già consolidato potrebbero concorrere alla definizione finale del medesimo. Si tratta di un terreno dalla quanto mai comprovata delicatezza, in ragione della copresenza in esso di due tipi di autonomia, entrambi costituzionalmente previsti: quella regionale, rafforzata dal nuovo Titolo V e che ha visto estendersi la competenza legislativa (concorrente) sulla materia della ricerca scientifica; quella universitaria, cui pure il nuovo Titolo V potenzia l'autonomia (a volerla considerare, almeno in parte, rientrante nell'ambito materiale dell'istruzione)

(*) testo del comma 6. " Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3.3. Presentazione di un modello di Protocollo di Intesa Regione/ Università

In quest'ultimo paragrafo si sottopone all'attenzione dell'Agenzia una bozza-proposta , ci si augura utile per lo sviluppo del dibattito in corso, di un "Protocollo di Intesa tipo", all'interno del quale si è cercato di inserire tutta una serie di soluzioni tecnico-giuridiche-organizzative, che, alla luce delle indicazioni sin qui elaborate e sopra illustrate, tentano, almeno nelle intenzioni di chi scrive, di proporre soluzioni ad una parte delle criticità emerse in questi anni nell'ambito dei rapporti Università/Sanità .

Si tratta di un Protocollo "leggero" agganciato alle recenti disposizioni normative, nazionali e regionali, fermi restando i riferimenti ancora validi del D.Lgs 517/99.

Perché leggero? In quanto, in particolar modo per l'AOU, sono stati inseriti solo una serie di principi cui i singoli atti aziendali si dovranno richiamare, facendo ricorso al potere di autonomia di introdurre delle "varianti" legate alle situazioni contingenti e locali.

Si compone di **16 articoli** che cercano di affrontare ad ampio spettro tutte le varie problematiche inerenti i rapporti tra Facoltà Mediche e SSN per l'attività assistenziali.

Questi in estrema sintesi, i punti chiave :

- 1) AOU sede primaria e privilegiata dei rapporti Università/SSR, ma si prevede la presenza di strutture universitarie anche in altre ASO ed ASL della Regione ;
- 2) AOU: tre organi principali (organismo paritetico d'indirizzo strategico-direttore generale-collegio di direzione) - la previsione di altri organi collegiali "centrali" da compiersi con l'atto aziendale;
- 3) Atto Aziendale, quale vero e proprio Statuto di Autonomia dell'AOU ;
- 4) L'introduzione dei DAI, quale modello organizzativo peculiare "periferico" delle AOU per organizzare e gestire in modo efficace ed efficiente la *mission* aziendale che deve prevedere la compenetrazione della didattica, della ricerca e dell'assistenza ;

- 5) Compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione
- 6) Stretto raccordo nelle AOU dell'attività di ricerca con la ricaduta assistenziale ed aggancio a specifiche norme regionali che finanziano l'attività di ricerca (ad esempio in Piemonte la Legge c.d. Bairati approvata nr. 6 il 24 gennaio 2006).
- 7) introduzione della figura del Direttore Scientifico dell'AOU
- 8) chiarezza riguardo al problema assicurativo e della legge 626 .

Testo del Protocollo

**PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONEE L'
UNIVERSITA' PER LA DISCIPLINA
DELL'INTEGRAZIONE FRA ATTIVITA' DIDATTICHE, SCIENTIFICHE
ED ASSISTENZIALI DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA .**

Articolo 1- (Partecipazione delle Università alla Programmazione Regionale)

Articolo 2.- (Criteri e parametri per l'individuazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca delle Facoltà Mediche)

Articolo 3 - (Azienda Ospedaliero-Universitaria)

Articolo 4 - (Gli Organi Aziendali)

Articolo 5- (Atto Aziendale)

Articolo 6- (Dipartimenti ad attività integrata - DAI)

Articolo 7- (Identificazione, definizione e dimensionamento delle strutture assistenziali complesse)

Articolo 8 (Finanziamento ed aspetti patrimoniali dell'AOU)

Articolo 9 (Compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione)

Articolo 10 (Personale Universitario)

Articolo 11 (Collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi nonché alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione)

Art.12 (Attività di Ricerca)

Art.13- (Responsabilità civile ed assicurazione)

Art. 14 (Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)

Art. 15- (Durata)

Art. 16- (Norme transitorie e finali)

**PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONEE LE
UNIVERSITA'PER LA DISCIPLINA
DELL'INTEGRAZIONE FRA ATTIVITA' DIDATTICHE,
SCIENTIFICHE ED ASSISTENZIALI DELLA FACOLTA' DI
MEDICINA E CHIRURGIA .**

La Regione , di seguito definita Regione, in persona del Presidente della Giunta Regionale in carica,, nata a e per la carica domiciliata ain,165,
;

E

le Università degli Studi di, di seguito definita Università, in persona del Magnifico Rettore in carica,, nato a- il e per la carica domiciliato ain Via;

RICHIAMATI

- la L.Cost. 18.10.2001, n.3;
- la L. 5 .06.2003 n.131 ;
- il DLgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il DLgs 517/99 ed il D.P.C.M. 24.05.2001
- la L.R. n. ;
- il Piano Socio-Sanitario.....;

nel rispetto delle reciproche finalità, della autonomia propria delle due Istituzioni e del principio della leale collaborazione,

SI DANNO RECIPROCAMENTE ATTO

della volontà di regolamentare i rapporti tra Servizio Sanitario Regionale ed Università al fine di pervenire ad un esercizio concertato di funzioni ispirato ai seguenti principi e criteri:

- rafforzare i processi di collaborazione ed integrazione tra Università e

Servizio sanitario regionale, sviluppando metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario ed il sistema formativo tali da rispecchiare la comune volontà di perseguire, in modo congiunto, obiettivi di qualità, efficienza e competitività rispetto alle esigenze assistenziali, alla formazione del personale medico e sanitario ed al potenziamento della ricerca biomedica e clinica;

- assicurare in modo efficace, nel quadro della programmazione sanitaria, alla quale l'Università è chiamata a contribuire per quanto di competenza, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle finalità di didattica e di ricerca;
- assicurare l'inscindibilità e la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca;
- impegno alla reciproca informazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza ;
- assicurare il rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e degli organi della medesima, nonché delle strutture nelle quali si attua l'integrazione tra attività assistenziale, didattica e ricerca;
- assicurare i processi formativi sulla base del fabbisogno di personale sanitario in relazione ai modelli organizzativi dei servizi;
- assicurare il rispetto dello stato giuridico del personale dei rispettivi ordinamenti e delle funzioni istituzionali, dei rispettivi Enti convenzionati;
- impegno ad individuare, nell'ambito della programmazione regionale e locale, sedi di attività formativa relativa alle lauree sanitarie ed alle scuole di specializzazione, anche presso strutture ospedaliere e territoriali delle Aziende Sanitarie delle aree di rispettiva competenza per lo svolgimento integrato delle attività didattiche ;
- impegno ad individuare , qualora non siano disponibili sedi presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria o presso le predette Aziende sanitarie,

sedi, con le medesime modalità, anche presso strutture private accreditate, il tutto nel rispetto dell'autonomia aziendale per le proprie responsabilità gestionali e dell'autonomia universitaria per l'attuazione delle funzioni didattiche e scientifiche;

- estendere eventualmente la collaborazione fra Regione ed Università, con modalità da concordare, agli apporti formativi e tecnico-scientifici di altre Facoltà, diverse da quelle di Medicina e Chirurgia, in relazione a specifiche esigenze del Servizio sanitario regionale;
- impegno delle parti a mantenere rapporti negoziali autonomi con le organizzazioni sindacali dei lavoratori per la piena responsabilizzazione di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale e locale
- convenire che le intese intercorse fra la Regione e l'Università dovranno trovare successiva realizzazione nell'ambito dell'atto aziendale e/o degli accordi attuativi adottati dai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie, degli altri Enti convenzionati, di intesa con il Rettore, nel rispetto dei contenuti del presente Protocollo.

TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO

in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999, n. 517

CONCORDANO E STIPULANO,

il seguente Protocollo d'intesa per la regolazione dei rapporti tra la Regione e le Università.....:

Articolo 1

(Partecipazione delle Università alla programmazione regionale)

Le Università e la Regione, nel rispetto delle reciproche autonomie e finalità istituzionali, convengono che le Università concorrano alla

programmazione sanitaria regionale, alla definizione degli indirizzi di politica sanitaria e di ricerca nonché alla definizione dei modelli organizzativi , per quanto interessa, le strutture e le attività essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca. Tali attività si svolgono , in modo primario, nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e, secondo specifici accordi, in altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale o in altre strutture sanitarie ex artt. 41-42-43 della L.833/78.

L'integrazione tra Università e Regione riguardo alla funzione formativa e di ricerca e all'attività assistenziale si realizza, oltre che in relazione alle esigenze relative ai corsi di laurea sanitaria , corsi di laurea specialistica e di specializzazione come previsto dai specifici Protocolli di intesa , anche con riferimento alle altre attività formative (ad esempio l'ECM) previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale in modo da favorire la massima integrazione tra attività di assistenza, di didattica e di ricerca, assumendo, quali obiettivi condivisi, i vincoli conseguenti alla nuova configurazione dell'assetto organizzativo della Sanità Regionale, nello sforzo di adeguarla all'evoluzione del processo di deospedalizzazione e di riorganizzazione della rete dei servizi.

3. Ai fini di cui sopra, in sede di adozione o di adeguamento del Piano Socio-Sanitario Regionale, la Regione acquisisce, in ordine alle materie di cui al presente articolo, il parere delle Università.

Articolo 2.

(Criteri e parametri per l'individuazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia)

1. Tutte le tipologie di attività assistenziali necessarie alle attività di formazione e ricerca proprie delle Facoltà di Medicina e Chirurgia devono essere ricomprese all'interno delle strutture sanitarie di cui all'allegato n. 1

del presente Protocollo , suscettibile di aggiornamento ai sensi dell'art.1 comma 1.

Le strutture interessate devono assicurare lo svolgimento pieno ed integrato delle funzioni assistenziali, didattiche e scientifiche attraverso l'individuazione di soglie operative consistenti nei livelli di attività minimi (**commento :altro parametro i Lea ?**) secondo parametri riconosciuti a livello nazionale e regionale secondo criteri di essenzialità, efficacia, efficienza assistenziale e di economicità nell'allocazione ottimale delle risorse umane e strutturali, e per la formazione specialistica in base alla previsione dello specifico Protocollo d'intesa.

Salvo diverse risoluzioni assunte nell'atto aziendale, il numero complessivo dei posti letto riferito alle attività assistenziali necessarie a quelle didattiche e di ricerca è determinato, di norma, dalla somma di quelli correlati al:

- numero degli immatricolati al primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, nel rapporto di **3 posti letto** per ciascun studente;
- numero degli immatricolati al primo anno delle Scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel rapporto di **1 posto letto** per ciascun contratto di formazione per specializzazioni cliniche.

2. Le attività di cui al comma 1 sono espletate prioritariamente presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria che assume, per la sua specificità, la funzione di supporto primario per le attività didattiche e scientifiche proprie delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

A tal fine le risorse ivi presenti, compresi i posti letto, previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale, saranno ripartiti, in ciascun presidio, di norma, in modo paritario tra le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera.

Nell'ambito della programmazione regionale e locale si individuano, previa intesa con l'Università, le strutture del S.S.R. che, oltre alla Azienda Ospedaliero - Universitaria, saranno sede di attività formativa relativa alle lauree sanitarie.

L'Università e la Regione attraverso i Protocolli di cui all'art. 11 del presente atto, stabiliscono le modalità per una efficace utilizzazione del personale del Servizio Sanitario Regionale per lo svolgimento di funzioni didattiche e di ricerca.

Articolo 3

(Azienda Ospedaliero-Universitaria)

1. La Regione e le Università danno atto che l'Azienda Ospedaliero Universitaria (di seguito definita AOU), assume, per la sua specificità, la funzione di supporto primario per le attività didattiche e scientifiche proprie delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

2. L'AOU opera nell'ambito della programmazione sanitaria regionale e concorre sia al raggiungimento degli obiettivi posti da quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università in un rapporto di stretta collaborazione tra le due istituzioni.

A tal fine , anche attraverso l'atto aziendale, l'AOU deve:

- consentire lo svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia in un quadro di coerente integrazione con l'attività assistenziale e con gli obiettivi della programmazione regionale;
- garantire l'unitarietà nell'indirizzo, programmazione e conduzione aziendale, nel rispetto di tutte le sue specificità ed articolazioni;
- valorizzare la struttura dipartimentale e tutta la dirigenza aziendale (medici, sanitari, tecnici ed amministrativi), anche con la puntuale individuazione di competenze e deleghe;

- favorire la partecipazione attiva e propositiva di tutti gli operatori alla conduzione aziendale al fine di garantire efficienza ed efficacia di intervento;
- garantire un rapporto di pariteticità tra i Dipartimenti ad attività integrata e le strutture complesse a direzione universitaria e strutture complesse a direzione ospedaliera;
- garantire negli Organi e Comitati, nelle direzioni di struttura complessa e nella gestione aziendale una equilibrata partecipazione della componente ospedaliera ed universitaria.

3. Le strutture, comprese quelle a direzione universitaria, dovranno uniformare la propria azione a criteri di economicità, efficienza ed efficacia e saranno oggetto di valutazione annuale attraverso criteri predefiniti e parametri validati sul raggiungimento degli obiettivi negoziati e sulla coerenza della loro attività ai criteri predetti. Sulla base di specifici accordi condivisi, i risultati di tali valutazioni si porranno quali presupposti per premi o sanzioni, anche di natura economica, che saranno erogati con riferimento alle disposizioni vigenti per il Servizio Sanitario.

4. Il Direttore Generale elabora la proposta di atto aziendale sulla base dei criteri definiti dalla Giunta Regionale e dal presente Protocollo e, raggiunta l'intesa con il Rettore dell'Università, adotta l'atto aziendale. Le modifiche al predetto atto potranno essere adottate seguendo la stessa procedura.

Articolo 4

(Gli Organi Aziendali)

Sono Organi dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria :

- a) l'Organismo paritetico di indirizzo strategico ;**
- b) il Direttore Generale ;**
- c) il Collegio di Direzione ;**
- d) il Collegio Sindacale**

a) l'Organismo paritetico di indirizzo strategico :

- l'Organismo paritetico di indirizzo strategico , è composto da **nr. 5** membri ed è presieduto da un Presidente scelto all'interno del medesimo, nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore.

I componenti, che durano in carica **4** anni e possono essere confermati una sola volta, sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, di cui tre nominati dalla Regione, tra i quali uno d'intesa con il Rettore e due dal Rettore. Tra i membri nominati dal Rettore di diritto, vi è il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia (o suo delegato in caso di assenza o impedimento) . Tra i membri nominati dalla Regione di diritto vi è il Direttore Generale dell'Assessorato alla tutela della salute e sanità (o suo delegato in caso di assenza o impedimento).

Il Direttore Generale dell'AOU partecipa ai lavori dell'Organismo , senza diritto di voto.

L'Organismo paritetico d'indirizzo strategico ha quali precipui compiti quelli di :

- definire le modalità per lo sviluppo di iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione generale dell'attività assistenziale della Azienda e la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia e verificare la corretta attuazione del presente Protocollo di intesa e dei relativi provvedimenti aziendali;
- definire gli obiettivi del piano programmatico, comprendente il programma poliennali degli investimenti (ad esempio il piano edilizio) ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività ed alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca ;
- esprimere il proprio parere sugli strumenti di programmazione economico finanziaria e sui risultati dell'attività istituzionale e proporre , nel caso di risultati negativi della gestione aziendale, i relativi piani di rientro;

-definire le line-guida per assicurare progressivamente la gestione unificata delle attività amministrative universitarie ed ospedaliero-aziendali;

- esercitare ogni altra funzione attribuitagli da leggi e regolamenti.

Al Presidente dell'Organismo compete un'indennità nella stessa misura di quella attribuita al Presidente del Collegio sindacale.

L'Organismo paritetico di indirizzo strategico si avvale per le proprie funzioni delle strutture e del personale dell'Azienda senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

b) il Direttore Generale :

- Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore dell'Università.

Con separato atto, stipulato d'intesa tra il Rettore e l'Assessore Regionale alla tutela della salute e sanità, verranno disciplinati i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività del Direttore Generale e le relative procedure di conferma e revoca.

Il Direttore Generale, che è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della sua gestione e ne assicura il regolare funzionamento anche secondo le direttive(**commento : in alternativa indirizzi strategici /linee guida**) impartite dall' Organismo paritetico di indirizzo strategico.

Il Direttore Generale esercita tutte le funzioni che gli sono demandate da disposizioni di legge o da regolamenti e/o atti di diritto privato nei limiti e nelle forme previste dal Codice Civile e dalle leggi speciali.

(commento: l'elencazione di altri compiti e/o funzioni possono essere previsti nell'atto aziendale....)

Il Direttore Generale può delegare propri compiti e/o funzioni al Direttore Amministrativo, al Direttore sanitario, ai dirigenti; la delega è conferita per atto scritto nei modi e nelle forme previste per la singola tipologia di attività delegata e può essere revocata nelle stesse forme seguite per il conferimento.

Il Direttore Generale elabora ed adotta in particolare :

- **l'atto aziendale** , acquisito il parere del Rettore ; tale parere è vincolante in riferimento ai Dipartimenti ad attività integrata (DAI) ed alle strutture complesse a direzione universitaria che li compongono ;
- il **P.U.A.D.R** (programma unitario per l'assistenza, didattica e ricerca) che costituisce il “documento di sintesi unitaria” dell'assistenza, della ricerca e della didattica ;

3) il Collegio di Direzione:

E' presieduto dal D.G. e sono componenti di diritto il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, i Direttori dei DAI ed i Vice Direttori, eventualmente i Direttori Sanitari di Presidio , rappresentanza dei coordinatori infermieristici di dipartimento a rotazione semestrale ;

Il Collegio di Direzione :

- elabora proposte in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori
- esprime pareri, relativamente all'integrazione ed alla coerenza tra l'attività assistenziale e l'attività di didattica e di ricerca .

4) Il Collegio Sindacale

- Il Collegio sindacale è composto da cinque membri, ciascuno designato:

- dalla Regione;
- dal Ministro dell'Economia ;
- dal Ministro della Salute;
- dal Ministro dell'Istruzione Università e Ricerca;
- dall'Università.

Il Collegio sindacale svolge le funzioni di cui all'art. 3 ter del Decreto Leg.vo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni in particolare :

- esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile mediante verifiche;
- vigila sull'osservanza delle leggi

- verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili
- accerta la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, custodia o cauzione ;
- redige una relazione trimestrale su tutti i controlli eseguiti ed esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell'Azienda;
- esamina il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale di esercizio ed esprime le proprie osservazioni in una relazione che trasmette al Direttore Generale

(commento : si suggerisce di rinviare la previsione ed i compiti degli altri organi e/o organismi (monocratici o collegiali) dell'AOU, all'atto aziendale , anche al fine di far esercitare alle AOU la propria autonomiain particolare :

-Consiglio dei Sanitari, Nucleo di valutazione, Direttore amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Scientifico(**nuova figura da prevedere**), Collegio Tecnico, Collegio di verifica della dirigenza, Collegio Arbitrale, Comitato Etico etc

Articolo 5

(Atto Aziendale)

1. L'atto aziendale viene adottato e modificato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università con la procedura indicata dal presente Protocollo. Esso è l'atto di diritto privato che definisce e disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'AOU necessario per l'esercizio delle sue attività e trova fondamento nel presente Protocollo d'intesa, diventandone piena attuazione.

2. L'atto aziendale, fatte salve ulteriori disposizioni regionali, individua:

- l'elenco dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI) e dei Dipartimenti assistenziali (DA);
- i rapporti fra DAI e Dipartimenti universitari (DU), assicurando nel

funzionamento dei Dipartimenti integrati la compatibilità con le competenze dei Dipartimenti universitari;

- l'elenco delle unità operative assistenziali complesse e semplici che compongono i DAI ed i DA, indicando quelle a direzione universitaria, nonché quelle a direzione ospedaliera, fermo restando che entrambe possono avere al loro interno l'apporto di personale universitario e di personale del Servizio Sanitario Nazionale e nella salvaguardia dei compiti istituzionali del personale universitario;
- i principali collegamenti interdipartimentali;
- l'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali del personale docente universitario, previo confronto con le Organizzazioni Sindacali di appartenenza. La rilevazione deve essere effettuata con metodologia analoga a quella utilizzata per la rilevazione delle presenze del personale medico ospedaliero;
- le procedure per la costituzione, la modifica o la soppressione, l'organizzazione interna e le modalità di funzionamento dei dipartimenti aziendali e delle strutture semplici e complesse. In riferimento ai Dipartimenti ad attività integrata o a unità operative a direzione universitaria, le procedure stesse devono essere definite d'intesa con il Rettore;
- le modalità per il coinvolgimento del Collegio di Direzione nel governo clinico e nella definizione della organizzazione assistenziale aziendale;
- le modalità per il coinvolgimento del Consiglio dei Sanitari, organismo consultivo rappresentativo dei professionisti operanti nell'Azienda;
- le procedure per l'istituzione di un Collegio tecnico per la valutazione e le verifiche delle attività svolte;
- le procedure di nomina e di revoca dei direttori di Dipartimenti, dei direttori delle strutture assistenziali complesse e dei responsabili delle

strutture assistenziali semplici;

- le procedure per l'attribuzione e la revoca dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del D.Lgs 517/1999;
- le procedure per la nomina del Comitato di garanti, di cui all'articolo 5, comma 14, del D.Lgs. 517/1999;
- l'elenco dei docenti universitari che svolgono attività assistenziale presso l'AOU e le modalità di aggiornamento del predetto elenco;
- i criteri di afferenza ai DAI del personale universitario tecnico-amministrativo;
- le modalità di attribuzione delle quote di specializzandi e di iscritti ai corsi di laurea delle professioni sanitarie alle strutture assistenziali;
- quant'altro riguardi l'adozione degli atti normativi interni di carattere generale.

3. L'atto aziendale deve prevedere che per l'adozione dei seguenti atti di gestione l'AOU acquisisca, il preventivo parere dell'Organismo paritetico di indirizzo strategico:

- piani attuativi del piano sanitario regionale
- piani e programmi pluriennali di investimento
- bilancio economico preventivo e bilancio d'esercizio;
- il P.U.A.D.R. (programma unitario per l'assistenza, didattica e ricerca) che costituisce il "documento di sintesi unitaria" dell'assistenza, della ricerca e della didattica ;

4. Nell'atto aziendale verrà definito l'impegno sulla trasmissione all'Università, che ne darà comunicazione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, delle informazioni statistiche sull'attività svolta secondo le modalità di rilevazione previste per il Servizio Sanitario Regionale. Le risultanze complessive saranno esaminate periodicamente dalle parti per la programmazione degli interventi organizzativi che si rendessero eventualmente necessari per migliorare la qualità dell'assistenza e per

accrescere l'efficienza dei servizi.

5. L'atto aziendale disciplina, nell'ambito di appositi indirizzi e intese di livello regionale, le modalità della partecipazione congiunta delle organizzazioni sindacali universitarie ed ospedaliere al tavolo di relazioni sindacali con l'Azienda, così come la partecipazione, nella delegazione di parte pubblica, di una rappresentanza dell'amministrazione universitaria. Per le trattative relative all'area negoziale medica, anche in caso di assenza di rappresentanza sindacale, la componente universitaria sarà comunque costituita da personale medico indicato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Resta ferma l'autonomia negoziale della dirigenza medica del Servizio Sanitario Regionale per tutta la normativa contrattuale di specifica pertinenza.

Articolo 6

(Dipartimenti ad attività integrata - DAI)

1. I Dipartimenti ad attività integrata (DAI) rappresentano il modello di dipartimento peculiare dell'AOU. Essi devono assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca attraverso una composizione coerente di tutte le attività al fine di assicurare il più alto livello possibile di coesione fra prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed attività didattico-scientifica, fondendo al meglio le differenti e complementari competenze istituzionali dell'Università e del Servizio Sanitario Regionale.

I Dipartimenti Universitari permangono come parte fondamentale dell'organizzazione universitaria ed i loro rapporti organizzativi e funzionali con i DAI sono definiti da norme statutarie e appositi regolamenti formulati d'intesa fra Rettore e Direttore Generale e sulla base della programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

All'interno dell'AOU possono sussistere, in regime transitorio (**prevedere una data termine**) oltre ai DAI anche i Dipartimenti assistenziali (DA), al fine di

soddisfare puramente le esigenze dei servizi sanitari. A tali dipartimenti assistenziali possono partecipare, in casi particolari, anche unità operative assistenziali universitarie.

I DAI ed i DA assorbono i Dipartimenti misti, ove esistenti.

2. I Dipartimenti aziendali possono essere organizzati secondo le seguenti tipologie:

- per aree funzionali
- per gruppo di patologie, organi ed apparati
- per particolari finalità assistenziali.

I DAI sono individuati in sede di programmazione concordata tra l'AOU e l'Università, tenendo conto della programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e della necessità di collegamento ad essa della programmazione aziendale.

I DAI sono costituiti da strutture complesse, da strutture semplici e da programmi infra o interdipartimentali, individuati nell'atto aziendale, tenuto conto delle esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, a direzione universitaria ed ospedaliera.

Nell'atto aziendale è individuata la specifica organizzazione di supporto amministrativo di cui si avvale il Direttore di Dipartimento per l'esercizio delle proprie funzioni gestionali e direzionali.

Possono essere previsti programmi interdipartimentali, finalizzati all'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca di più Dipartimenti, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

3 Il Direttore del DAI è nominato dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, ed è scelto tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il Dipartimento, sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. Il DAI è organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo, in modo da

garantire, nel rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse finanziarie allo stesso assegnate, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa.

Il Direttore del Dipartimento assume responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche. La valutazione annuale del Direttore del Dipartimento viene condotta attraverso la verifica operata dal D.G., sentito il Rettore in caso di Direttori Universitari ed in base a linee guida concordate con l'Organismo paritetico di indirizzo strategico del conseguimento degli obiettivi attribuiti all'azienda.

Al Dipartimento devono essere assegnati dal Direttore Generale dell'Azienda quote concordate di risorse, riguardo al margine operativo positivo complessivamente raggiunto, per garantire l'adeguamento e il miglioramento continuo degli strumenti utili all'attività assistenziale, tenuto conto del bilancio aziendale complessivo.

(commento : ulteriori indicazioni sono rinviate all'apposito Regolamento Aziendale

Articolo 7

(Identificazione, definizione e dimensionamento delle strutture assistenziali complesse)

1. Le attività e le strutture assistenziali complesse e/o semplici , comprese quelle funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei Corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia, sono individuate nell'atto aziendale, d'intesa con il Rettore e sentito il Collegio di Direzione, sulla base di soglie operative, consistenti nei livelli minimi di attività definiti sia secondo criteri di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'impiego delle risorse professionali, sia di funzionalità e di coerenza

con le esigenze della didattica e della ricerca nonché nel rispetto dei DD.MM. 1 agosto 2005 e 26 marzo 2006 relativi al riassetto delle Scuole di specializzazione.

2. Per le attività assistenziali tali livelli minimi di attività sono rappresentati da un adeguato numero di casi trattati o da adeguati volumi di attività richiesti dalla programmazione regionale per garantire la qualificazione della struttura.

3. Per le esigenze della didattica e della ricerca, inscindibili da quelle assistenziali, tali livelli sono indicati dalla programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, tenuto conto, fra l'altro:

- a) del numero dei docenti universitari assegnati alla struttura, da definire nell'atto aziendale;
- b) del numero medio di allievi che ad essa ordinariamente afferiscono e del conseguente carico didattico;
- c) dell'esistenza di coordinamenti e/o partecipazioni a progetti finanziati da organismi nazionali ed internazionali;
- d) della disponibilità di laboratori sperimentali;
- e) della produzione scientifica nei settori scientifico-disciplinari, valutata con parametri oggettivi .

4.. Nell'ambito delle AOU è prevista la costituzione, in via sperimentale, di unità operative complesse di particolare interesse per la ricerca e l'assistenza ai sensi dell'art.12.

Articolo 8

(Finanziamento ed aspetti patrimoniali dell'AOU)

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'AOU concorrono risorse messe a disposizione sia dalla Regione, per il tramite del Fondo Sanitario Regionale (FSR) , sia dall'Università.

2. Gravano sul F.S.R.:

- a) i corrispettivi delle prestazioni prodotte, secondo i parametri di finanziamento dell'assistenza ospedaliera stabiliti dalla Regione;

- b) i trasferimenti per il finanziamento dei maggiori oneri indotti sulle attività assistenziali dalla didattica e dalla ricerca;
- c) i finanziamenti per funzioni a rilievo regionale non finanziabili a prestazione;
- d) le assegnazioni finalizzate a programmi o progetti di ricerca biomedica e di innovazione assistenziale ed organizzativa proposti dall'AOU riconosciuti di interesse comune da Regione ed Università.

3 . Il concorso dell'Università è costituito, invece, dall'apporto del personale docente e tecnico-amministrativo e dalla messa a disposizione di beni mobili ed immobili.

Gli oneri sostenuti dall'Università per la retribuzione del personale universitario inserito nelle attività assistenziali e per le immobilizzazioni e per le attrezzature universitarie utilizzate anche per l'assistenza sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria dell'AOU ed evidenziati nei rispettivi atti di bilancio. A tal fine nell'atto aziendale sono previsti appositi allegati nei quali viene rilevato lo stato di funzionamento e la situazione finanziaria e contabile dell'AOU, così come viene definita l'entità contabile delle risorse patrimoniali (immobili, attrezzature, arredi, dotazione finanziaria, ecc.) e delle unità di personale medico e tecnico amministrativo , per la quota parte delle attività di rilevanza assistenziale, conferite alla nuova Azienda dall'Università, dalla Regione e da altri Enti.

4. I beni e gli immobili di proprietà dell'Università, per la parte adibita ad attività assistenziale ed indicati in apposito elenco allegato all'Atto Aziendale, vengono concessi in comodato d'uso all'AOU, fermi restando i relativi titoli di proprietà e diritti reali, ove e fino a quando essi vengono adibiti a tale attività e nell'ambito dell'attuale assetto istituzionale dell'AOU.

I beni immobili sono valutati come apporto patrimoniale ai sensi dell'art. 7 comma 1 D. Lgs n. 517.

Per i beni mobili successivamente acquisiti dall'Università per essere adibiti ad attività assistenziale è necessario il preventivo parere dell'Azienda.

L'AOU cui è rimessa la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili, individua nel proprio bilancio i finanziamenti necessari per curare i singoli beni, come la sostituzione di attrezzature ed il loro adeguamento, qualora destinati a nuove finalità assistenziali.

5. In applicazione del dell'articolo 7 comma 2 del D.Lgs 517/99, l'AOU è collocata nella fascia di presidi a più elevata complessità assistenziale in virtù dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca.

La Regione si impegna a tal fine a corrispondere direttamente all'AOU una integrazione pari almeno al 7% della valorizzazione annua dell'attività assistenziale complessiva una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa del personale che avrebbe dovuto sostenere l'AOU per produrre la stessa attività in carenza dell'apporto della componente universitaria. Tali risorse vengono evidenziate nel bilancio aziendale e saranno impiegate prioritariamente per la copertura degli oneri del personale universitario, secondo quanto concordato fra Rettore e Direttore Generale, sentita la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

6. La Regione e le Università, sulla base di specifici progetti di attività assistenziale o di ricerche applicate, possono attribuire all'AOU specifici finanziamenti. L'AOU può acquisire autonomamente ulteriori risorse per attività espletate in favore di terzi.

Articolo 9

(Compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione)

1. Le modalità di compartecipazione ai risultati di gestione dell'AOU da parte dell'Università trovano definizione nel momento in cui si avrà la certificazione con contabilità analitica negli atti di bilancio, dei risultati dell'attività e della gestione delle strutture a direzione ospedaliera ed universitaria e del grado di raggiungimento degli obiettivi concordati.

2. La Regione e le Università concordano sul perseguimento dell'obiettivo di

una gestione efficiente dell'AOU, partecipando al monitoraggio della gestione economico finanziaria ed adottando per la parte di rispettiva competenza misure di contenimento dei costi coerenti con le risultanze del monitoraggio stesso.

Concordano, altresì, che in caso di risultati positivi di gestione, salvo che per la quota destinata al ripiano di eventuali risultati negativi degli anni precedenti in base di piani di rientro concordati, gli stessi siano utilizzati per il finanziamento di programmi di ricerca di interesse aziendale e di sviluppo della qualità delle prestazioni.

3. La Regione e le Università concordano che in caso di risultati finanziari negativi evidenziati attraverso la sopracitata certificazione nella gestione dell'Azienda, per il tramite dell'Organismo paritetico di indirizzo strategico verranno previsti piani di rientro poliennali, anche attraverso l'utilizzo parziale delle risorse relative al riconoscimento dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalla didattica e ricerca.

Concordano, inoltre, che vengano avviate, per una garanzia comune dei fini sopra evidenziati, le verifiche più attente alla completa individuazione della produzione assistenziale sia universitaria che ospedaliera, nei limiti dell'appropriatezza delle prestazioni rese.

Il piano di cui sopra viene sottoposto alla Giunta Regionale ed al Consiglio di Amministrazione delle Università.

4. Entro **90 gg** dalla stipula del presente Protocollo d'intesa, attraverso apposita gestione separata, sono accertate le attività e passività relative alla gestione dell'assistenza sanitaria dell'AOU, determinatesi relativamente agli esercizi

A tal fine la Regione e le Università, d'intesa, provvedono alla nomina di un apposito gruppo di lavoro misto .

Articolo 10

(Personale Universitario)

1. Il personale universitario docente e tecnico-amministrativo che opera

presso le Aziende e le strutture di cui all'allegato n. 1 è individuato con appositi atti dei Direttori Generali, d'intesa con il Rettore.

Tali elenchi sono suscettibili di essere aggiornati temporalmente sulla base delle determinazioni assunte in virtù del presente Protocollo. L'inserimento negli elenchi del personale convenzionato del personale universitario di nuova assunzione ed assegnato alle strutture assistenziali universitarie è subordinato all'accettazione della singola Azienda.

2. Fermo restando il proprio stato giuridico, al personale universitario docente e tecnico-amministrativo, si applica, per quanto attiene all'esercizio della attività assistenziale, le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale richiamate dal D.Lgs. n. 517/99 nonché le altre norme che ne facciano esplicito riferimento.

3. Il trattamento economico del personale universitario convenzionato è definito mediante accordi con le Aziende ove il predetto personale opera.

In particolare le risorse necessarie al finanziamento del trattamento economico del personale universitario aggiuntivo al trattamento economico erogato dall'Università, in applicazione dell'art. 6 del D.Lgs 517/99, sono globalmente costituite dai fondi a tal fine erogati sino alla data di sottoscrizione del presente Protocollo dalle singole Aziende e saranno adeguati per effetto degli incrementi previsti dal CCNL della dirigenza medica, della dirigenza sanitaria e del comparto che verranno definiti nazionalmente.

Tale fondo si intende comprensivo degli importi relativi alle indennità di risultato o di posizione non ancora definiti e/o ivi ricompresi alla data di sottoscrizione del presente Protocollo.

Nel fondo sopra concordato trovano, di norma, risposta i seguenti compensi, che tendono non ad equiparare la retribuzione del personale docente universitario alla dirigenza medica, ma a concretizzare il riconoscimento di quanto dovuto ai docenti ed equiparati universitari per l'attività complessiva da essi svolta e di cui il Servizio Sanitario Nazionale usufruisce.

In particolare si tratta di:

- a) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico affidati dall'azienda o dall'Istituto;
- b) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale e gestionale, valutati secondo parametri concordati fra il Direttore Generale ed il Rettore, di efficacia, appropriatezza ed efficienza, nonché di efficacia nella realizzazione della integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca;
- c) l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro;
- d) altri emolumenti aggiuntivi riconosciuti a seguito del raggiungimento di obiettivi predefiniti.

**Diagramma esemplificativo per
il personale docente e ricercatore**

<u>Retribuzione Universitaria</u>		<u>Retribuzione Ospedaliera</u>	
BLOCCO A	Stipendio base	Tabellare	
	I.I.S.	(**) I.I.S.	
	Assegno Aggiuntivo	R.I.A.	
	Assegno personale l. 537/93	Ind.Spec.Medica	
<hr/>		<hr/>	
A1		A2	Differenza a carico dell'Azienda
			euro A2-A1= C1
<hr/>			
<hr/>			

<u>Retribuzione Universitaria</u>		<u>Retribuzione Ospedaliera</u>	
BLOCCO			
B			
Nessuna Voce		Retrib. Posizione unificata	
		Retrib. posizione Aziendale	
		Indennit Rapporto esclusivo	
		Ind. Strutt. Complessa	
		Differenza a carico dell'Azienda	
B1		B2	euro B2-B1= C2
TOTALI	A1+B1	A2+B2	
Totale del T.E.AG. a carico dell'Azienda Sanitaria=		C1 + C2	

(**) dal 2003 l'IIS è conglobata nello stipendio tabellare

Il personale universitario docente e tecnico-amministrativo in convenzione, al momento di entrata in vigore del presente Protocollo, non potrà percepire comunque una retribuzione complessiva inferiore a quella definita sulla base della graduazioni delle funzioni in essere.

4. La Regione e le Università convengono che i trattamenti di cui sopra sono attribuiti mensilmente all'Università dall'Azienda o Ente accreditato presso il quale il sanitario è convenzionato. Gli oneri contributivi relativi sono a carico delle Aziende o Enti, i quali li attribuiranno all'Università per il relativo versamento.

Il personale universitario docente e quello tecnico amministrativo previsto in convenzione presterà un orario di presenza in servizio utile alla corresponsione dell'indennità integrativa, quale verrà fissato nell'atto aziendale o negli accordi che verranno definiti con ogni singola Azienda o

Ente accreditato, sulla base del piano di lavoro della struttura di appartenenza e della programmazione dell'attività di didattica e di ricerca e delle necessarie attività assistenziali.

Il personale universitario docente e quello tecnico amministrativo equiparato a dirigente del ruolo sanitario che svolge attività assistenziale è responsabile dei risultati assistenziali conseguiti, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati ed alle specifiche funzioni loro attribuite, ai sensi del D.Lgs. 517/99, articolo 5 commi 2 e 3.

5. La Regione e le Università, fermo restando l'impegno orario assistenziale minimo che verrà definito a livello di Azienda o Ente, concordano che, ai fini della determinazione della dotazione organica e della programmazione delle attività, la quantificazione dell'impegno assistenziale medio fornito dall'Università, per un equilibrato rapporto con quello previsto per la dirigenza del Servizio sanitario nazionale, è da contrattare approssimativamente in un range dal 50% al 65% in relazione alla realtà considerata.

6. La Regione e le Università concordano che al personale docente di cui all'articolo 15 nonies del D.Lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, trova applicazione la disciplina introdotta dall'art.1 comma 18 della L.230/05.

7. La Regione e le Università nell'intento, inoltre, di facilitare le intese relative ai fabbisogni formativi in armonia alle scelte riorganizzative dei servizi assistenziali, concordano sulla necessità di trovare modalità automatiche di applicazione dell'art. 5, comma 4, del D.Lgs 517/99 garantendo ai docenti di I fascia ai quali non sia stato o non sia possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il necessario supporto dell'attività assistenziale quale indissolubile requisito all'attività didattico-formativa, attraverso l'affidamento o la gestione di specifici programmi.

8. La Regione e le Università concordano che al personale tecnico-

amministrativo appartenente al comparto dell'Università compreso negli elenchi convenzionali, continuano ad essere corrisposte le indennità sulla base delle funzioni conferite. Concordano, peraltro, di approfondire le procedure di utilizzazione del personale tecnico-amministrativo sulla base dell'effettivo rapporto funzionale con l'Azienda .

9 La Regione e le Università convengono sulla necessità che i Rettori consultino le Organizzazioni Sindacali universitarie per gli aspetti incidenti sul rapporto di lavoro del personale dipendente dell'Ateneo, inerenti il presente articolato.

Articolo 11

(Collaborazione fra Università e Regione per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale connesse alla formazione degli specializzandi e alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione)

1. Con gli specifici Protocolli d'intesa, stipulati tra la Regione e le Università, sono disciplinate le modalità per la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e le Facoltà di Medicina e Chirurgia per ciò che concerne:

- a) la formazione specialistica;
- b) i corsi di laurea delle professioni del comparto sanitario;
- c) la formazione permanente dei medici e del personale del comparto sanità ivi compresa quella dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con il coinvolgimento delle strutture ordinistiche e delle organizzazioni di.

2. I suddetti protocolli definiscono le modalità e i termini per la partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale all'attività didattica pre- e post-laurea, sulla base dei seguenti criteri:

- a) il personale del Servizio sanitario regionale partecipa all'attività didattica, esercitando docenza, tutorato e altre attività formative, nel rispetto

dell'ordinamento didattico e dell'organizzazione delle strutture didattiche dell'Università;

b) le Università e le Aziende, nell'ambito delle rispettive competenze, definiscono di concerto modalità e forme di partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale all'attività didattica;

c) l'attività didattica viene svolta salvaguardando le esigenze relative all'esercizio delle attività assistenziali.

L'Università concorda con l'Azienda le modalità di utilizzazione del personale del Servizio sanitario regionale anche ai fini del riconoscimento, da parte dell'Azienda, del maggiore impegno professionale.

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale alle quali è attribuita la funzione di coordinamento delle attività svolte in collaborazione con l'Università nella formazione degli specializzandi, nei corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, saranno individuate nell'intesa di cui al primo comma, su indicazione della Regione.

Art.12

(Attività di Ricerca)

1. La Regione e le Università concorrono, con propri finanziamenti, all'attuazione di programmi di rilevante interesse per la Regione e per le Università, definiti in sede di Comitato di intesa Regione-Università, finalizzati a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative. A tali programmi la Regione concorre per il triennio 2008-2010 con un finanziamento di.....

2. La Regione e le Università, nell'ambito delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali, concorrono alla promozione di programmi di ricerca biomedica e sanitaria e di trasferimento tecnologico nelle AOU e nelle altre sedi di cui all'allegato 1 .

In particolare le AOU si devono caratterizzare :

- per il contributo diretto che la ricerca di base può dare allo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative;
- per il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali sviluppate dalla ricerca traslazionale;
- per la sperimentazione continua di tecnologie e modelli diagnostico-terapeutici, linee guida, atti a migliorare costantemente il rapporto costo/beneficio dell'assistenza.

Sede dell'attività di ricerca nelle AOU sono i DAI , nell'ambito dei quali la ricerca è svolta sia dal personale universitario che dal personale ospedaliero.

4. Le AOU, al fine di incentivare l'attività di ricerca, possono prevedere l'istituzione di un **Direttore Scientifico**, prescelto fra esperti di riconosciuta competenza in campo scientifico, con particolare riferimento alle tematiche sanitarie.

Spetta al Direttore Scientifico, la valutazione sulla validità scientifica dei progetti di ricerca presentati dai Dipartimenti, da finanziare nell'ambito dei fondi previsti dal presente articolo, nonché la valutazione sulla congruenza fra i suddetti progetti e i piani di attività aziendale.

Il Direttore Scientifico (laddove istituito) fa parte , in qualità di esperto, del Collegio di Direzione.

Il rapporto di lavoro del Direttore scientifico è disciplinato dagli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile.

Il Direttore Scientifico è nominato dal Direttore Generale su designazione del Rettore dell'Università, acquisita l'intesa con la Regione.

Il provvedimento di nomina ne definisce la durata in carica e i compiti, che comunque debbono limitarsi alle problematiche connesse con la ricerca, con esclusione di qualunque attività gestionale.

5. L'attività di ricerca che si svolge in nome e per conto dell'AOU deve essere inserita nella programmazione annuale aziendale e finanziata secondo le indicazioni contenute nel bilancio di previsione.

A tale scopo il bilancio medesimo deve prevedere annualmente apposita voce ed appositi fondi, sulla cui destinazione esprime parere obbligatorio il Direttore Scientifico, laddove istituito.

Art.13

(Responsabilità civile ed assicurazione)

L'AOU, le ASO, le ASL, sono responsabili civilmente per l'attività assistenziale svolta dal personale universitario, dagli iscritti alle scuole di specializzazione di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dai titolari di contratti di ricerca e dottorandi che interagiscono con attività assistenziali e dai laureati in medicina e chirurgia che effettuano il tirocinio pre abilitazione.

A tal fine le AOU, le ASO, le ASL provvedono a stipulare apposite ed adeguate polizze di assicurazione, ai sensi e nei limiti stabiliti dalle vigenti normative sanitarie, per la responsabilità civile derivante da danni a terzi ricoverati o comunque assistiti anche ambulatorialmente nelle unità operative per fatti dei soprarichiamati soggetti.

L'Università si farà carico dell'onere assicurativo relativo alla responsabilità civile per danni a terzi ricoverati o comunque assistiti per fatto derivate dalla mera attività formativo-didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia .

Art. 14

(Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)

In applicazione dell'articolo 10 del Decreto Interministeriale 5.8.1998, n.363 (norme per l'individuazione di particolari esigenze delle università ai fini delle norme del D.Lgs 19.9.1994 n.626 e s.m. i.), la Regione e le Università concordano che, al fine di garantire la salute e la sicurezza del personale che presta la propria opera presso le AOU, le ASO, le ASL di cui al presente Protocollo, il soggetto cui compete gli obblighi di datore di lavoro previsti dal d.lgs 626/1994 è individuato per le attività assistenziali nel Direttore Generale dell'Azienda, o nel datore di lavoro individuato per le strutture private accreditate.

Art. 15

(Durata)

Il presente Protocollo d'Intesa entra in vigore dalla data della stipula ed ha la durata di anni 3 . Lo stesso Protocollo si intende rinnovato di anno in anno, se non viene data comunicazione di recesso, da una delle parti, almeno 6 mesi prima della scadenza.

Le spese relative ai bolli legali sono ripartite in parti uguali tra le tre Amministrazioni.

Il presente Protocollo d'Intesa, non comportando oneri finanziari per tutti i contraenti, potrà essere registrato, a tassa fissa, in caso d'uso, dalla parte che vi abbia interesse.

Art. 16

(Norme transitorie e finali)

1. Entro **180 gg.** dalla sottoscrizione del presente Protocollo, i Direttori Generali delleAziende Ospedaliero-Universitarie , esperite tutte le procedure di cui al presente Protocollo, trasmettono alla Giunta Regionale il nuovo atto aziendale di cui all'articolo 5.

Trascorso tale termine infruttuosamente, il Presidente della Giunta regionale adotta, di concerto con il Rettore interessato, le determinazioni di competenza.

L'atto aziendale entra in vigore dopo l'approvazione da parte della Giunta regionale.

2. La Regione e le Università concordano che in caso di disaccordo in ordine alla interpretazione e/o variazioni di quanto concordato nel presente Protocollo d'intesa e dei relativi atti ed accordi aziendali, la questione è demandata al **Comitato di intesa Paritetico** .

3.Le Aziende Ospedaliero-Universitarie di cui all'articolo 3 del presente Protocollo, subentrano definitivamente ed a tutti gli effetti, a far data dall'approvazione del nuovo atto aziendale, nei rapporti attivi e passivi,

interni ed esterni, delle rispettive e preesistenti Aziende Ospedaliere integrate con l'Università; il Direttore Generale adotta i provvedimenti necessari.

4. Gli Organi collegiali delle AOU, in carica al momento dell'approvazione del presente provvedimento, cessano dalle funzioni all'atto dell'insediamento dei rispettivi nuovi Organi di cui all'articolo 3.

5.. La Regione e le Università concordano che le disposizioni generali del presente Protocollo si applichino, per quanto compatibili, alle strutture pubbliche e private accreditate che erogano assistenza, con le quali verranno concordate convenzioni con l'Università sulla base dei principi contenuti nelle premesse e nei singoli articoli

ALLEGATO N. 1

STRUTTURE SANITARIE SEDI DI UNITA' OPERATIVE COMPLESSE A DIREZIONE UNIVERSITARIA

Modello organizzativo-aziendale di Tipo A)

AZIENDE OSPEDALIERO UNIVERSITARIE :

(*)Le Unità Operative Complesse a direzione universitaria sono indicate nell'atto aziendale

Modello organizzativo-aziendale di Tipo B)

AZIENDE SANITARIE , sedi di parte del percorso formativo dei Corsi di Laurea :

(*)Le Unità Operative Complesse a direzione universitaria sono indicate nell'atto aziendale

Modello organizzativo-aziendale di Tipo C)

Altre strutture sanitarie ex artt. 41-42-43 della L.833/78.

Rapporti tra l'Università ed il S.S.N.

Normativa significativa:

- L. 17 luglio 1890, n. 6972
- R.D. 31 agosto 1933, n. 1592 – artt. 27-35 ed art. 84
- L. 12 febbraio 1968, n. 132 – art. 1, terzo comma
- d.P.R. 128/69 – art. 7
- d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 – artt. 3-4
- L. 27 marzo 1971, n. 213
- D.M. 24 giugno 1971 art. 7 (Schema Convenzione ex art. 1 L. 132/68)
- d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4
- L. n. 386/74 art. 18
- L. 16 maggio 1974, n. 200
- L. 23 dicembre 1978, n. 833 – art. 39
- d.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 – art. 31
- d.P.R. 11 luglio 1980, n. 382 – art. 102
- D.I. 9 novembre 1982 (Schema Convenzione ex art. 39 L. 833/78) - Approvazione degli schemi tipo di convenzione tra regione e università e tra università e unità sanitaria locale.
- D.lgs. 502-517 come modificato ed integrato dal D.lgs. 229/99
- D.Lgs. 21-12-1999, n. 517 Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- D.P.C.M. 24-05-2001 Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59
- D.Lgs. 28-07-2000, n. 254 Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

A.S.S.R., Studio sullo stato dei rapporti tra Servizio sanitario Nazionale e Università in tema di assistenza, didattica e ricerca, Roma , febbraio 2007

BALDUZZI R., L'Autonomia universitaria dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, in *Le istituzioni del federalismo*, 2004, 263 ss.

BALDUZZI R., Art. 4, in *Aa. Vv., Commentario al D.Lgs. n. 229/1999*, a cura di F. Roversi Monaco, Milano, Giuffrè, 2000, 164 ss.

BALDUZZI R., Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale, in *le Regioni*, 2005, 5, 717 ss.

BALDUZZI R., Quanti sono i sistemi italiani? Un'introduzione, in *ID* (a cura di) *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005, 9 ss.

BALDUZZI R., La legge n. 419/1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 2, 1999.

BALDUZZI R., L'università tra Stato e Regioni, in *L'autonomia del sistema universitario. Paradigmi per il futuro*, a cura di A. D'Atena, Torino, Giappichelli, 2006, 27 ss.

BALMA R., L'azienda ospedaliera universitaria, in *Ragiusan*, Roma, n. 202/203, 2001.

BARDUSCO A., I rapporti tra il servizio sanitario nazionale e l'università, in *San. Pubbl.*, 1993, 589 ss.

BARDUSCO A., Servizio sanitario e università, in *San. Pubbl.*, 2004, 953 ss.

BARDUSCO A., Pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale: le cliniche universitarie, in *San. Pubbl.*, 1997, 1115 ss.

BARONI V., I poteri dell'organo di indirizzo nell'Azienda ospedaliero-universitaria costituita tra Regione Campania e Seconda Università di Napoli. Un ipotesi ricostruttiva, in *Sanità Pubblica e Privata*, Rimini, n. 2005.

BRACCI M., Sui Rapporti tra le Università e gli ospedali clinici, in Studi senesi in memoria di Ottorino Nannini, Milano, 1957, 436 ss.

CAIA G., Medici universitari e incompatibilità di cui all'art. 4, 7° comma, l. n. 412 del 1991, in San. Pubbl., 1994, 409 ss.

CARNEVALI G., I protocolli d'intesa regione-università, in Ragiusan, Roma, 2002.

CARNEVALI G., LAURO R., Rapporti tra SSN e università, in Falcitelli N, Trabucchi M., (a cura di) Rapporto Sanità '99. Livelli di governo e di responsabilità nel Servizio sanitario nazionale, il Mulino, Bologna, 1999.

CARUSO E., Clinica universitaria, in Enc. Dir., VII, Milano, 1960, 212 ss

CHIELLINI L., L'orario assistenziale dei medici universitari, in Sanità Pubblica, Rimini, n. 4, 2002.

CHIELLINI L., Il problematico pensionamento assistenziale dei professori universitari, in Sanità Pubblica, Rimini, 2002

CECCARELLI K., Lo status del medico universitario nel quadro della nuova riforma «Bindi», in San. Pubbl., 2000, 1461; Ragiusan, 2001, 204, 160 ss.

CORBETTA C., Sul conflitto Stato-Regioni nel mutato quadro costituzionale in merito ai protocolli regioni-università, in Ragiusan, Roma, n. 243/244, 2004.

CORBETTA C., Il quadro normativo relativo alle attività del personale sanitario universitario: esigenza di un nuovo esame delle questioni (Nota a Corte cost., ord. 12 aprile 2005, n. 152, Agrifoglio), in San. Pubbl., 2005, 5, 80 ss.

DE LEONARDIS P., Cliniche universitarie, in Enc. giur., VI, Roma, Ist. Enc. It., 1988, ad vocem, 1 ss.

EDITORIALE, Processo di aziendalizzazione dei policlinici universitari, in Mecosan, Roma, n. 16, 1995.

FROSINI S., L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie "integrate". in *Ragiusan*, 265/266, 283 ss.

FRANZONI A., Il percorso parallelo delle riforme del sistema formativo universitario e delle professioni sanitarie non mediche, in *Ragiusan*, Roma, n. 249/250, 2005.

IANNOTTA R., Lo stato giuridico e il trattamento economico del personale medico universitario, in *L'università ed il servizio sanitario nazionale*, Atti del convegno nazionale, Bologna 25 e 26 gennaio 1985, Giuffrè, Milano, 235 ss.

IMMORDINO M., Il limite di età dei medici universitari e l'assistenza ospedaliera,, in *Ragiusan* 2001, 206/207, 235 ss.

MATTIONI A., Salute e assistenza. Rapporti tra "livelli di governo " dopo la recente revisione costituzionale, in *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V* (a cura di R. Balduzzi, G. Di Gaspare), Milano, Giuffrè, 2002, 51-68

MELONI F., FILIGHEDDU E., SEQUI R., SORRENTINO G., I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali? in *Mecosan*, Roma, n. 30, 1999.

MICOSI P., Sul finanziamento dei policlinici universitari, in *Ragiusan*, 169, 306 ss.

MONTINI M., L'attività libero professionale dei professori e ricercatori universitari presso le aziende ospedaliere-universitarie, in *Lavoro nella Giurisprudenza*, n. 5, 2000.

NICOSIA G., Dell'autonomia dei policlinici universitari, in *Ragiusan*, 176, 33 ss.

RACCO M., Il docente delle facoltà di medicina: diarchia tra rettore e direttore generale, in *Rass. amm. sanità*, 2000, 165 ss.

RAMPINI M., Sul tema dei rapporti convenzionali tra università ed enti ospedalieri, in *Foro amm.*, 1976, 2012 ss.

RAMPULLA F.C., Le aziende integrate: i nuovi rapporti tra università e servizio sanitario nazionale, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 3, 2000.

RAMPULLA F.C., Le incertezze linee guida per i rapporti tra università e servizio sanitario nazionale, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 7/8, 2001.

RAMPULLA F.C., TRONCONI L.P., Il decreto legislativo di riforma degli Ircs: un'opportunità perduta, in *Sanità Pubblica e Privata*, Rimini, 2, 2004.

RAPPORTI ANNUALI Cergas-Bocconi (OASI) e Ceis-Università di Tor Vergata

ROVERSI MONACO F.A., Gli ospedali policlinici universitari e le cliniche universitarie autogestite nel sistema delle convenzioni tra università, regioni e unità sanitarie locali, in *L'università ed il servizio sanitario nazionale*, Atti del convegno nazionale, Bologna 25 e 26 gennaio 1985, Giuffrè, Milano, 163 ss.

ROVERSI MONACO F., Commento all'art. 6-bis, in *Il nuovo Servizio Sanitario nazionale*, Rimini, 2000.

SALUSTRI A., Il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 nella prospettiva del processo di riforma degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, in *Sanità Pubblica e Privata*, Rimini, n. 7/8, 2004.

SAITTA F., Su talune ipotesi di incompatibilità dei docenti universitari medici, in *San.Pubbl.*, 1995, 721 ss.

SANVITI G., I rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università, in *Sanità Pubblica*, Rimini, n. 7/8, 1999.

STADERINI F., La riforma del titolo V della Costituzione, Ragiusan, Roma, n.225/226,2003.

TALARICO G.M., Il nuovo organo di indirizzo delle Aziende ospedaliere universitarie. Il caso dell'AOU costituita tra Regione Campania e Seconda Università di Napoli, in *Sanità Pubblica e Privata*, Rimini, n. 3, 2005.

Quadro nazionale della presenza delle Facoltà Mediche con relativo modello organizzativo dei rapporti tra Università e SSN

REGIONE	UNIVERSITA'		MODELLI ORGANIZZATIVI	
	con sedi di Facoltà di Medicina (nr.42 sedi)	Aziende integrate con il SSN fase transitoria di sperimentazione denominazione (periodo : anni 2000-2005)	Aziende integrate con l'Univ. fase transitoria di sperimentazione denominazione (periodo : anni 2000-2005)	
PIEMONTE	Linee guida L.G/ per la regolamentazione dell'assistenza ex art. 1 DLgs 517/99 P.I. unico tra Regione/Univ. Piemontesi sottoscritto: il 2/4/2001	riferimento anni 1999-2005 Univ. del Piemonte Or."A.Avogadro" Univ. di Torino (nr.2 sedi di Facoltà)	ASO Maggiore della Carità (NO) - feb.2004 ASO S.Giovanni Battista di Torino-feb 2004 ASO S.Luigi di Orbassano - feb 2004	
LOMBARDIA	L.R.31/97 modif. con L.R. 16/2/2004 P.I. SSR/Università DGR VII/20850 del 16/2/2005 P.S.S.R.VIII/0257 del 26/10/2006 : punto 5.3.e 5.4 il ruolo dell'Università N.B. Si consiglia la lettura del PSSR 07-09(presente in banca dati) x comprendere il c.d. Sistema Lombardo che prevede la costruzione di una "rete" regionale della formazione,della ricerca e dell'assistenza	Univ. dell' Insubria (VA) Univ. di Pavia Univ. di Brescia Univ. Bicocca di Milano Univ. di Milano Statale Univ. S.Raffaele di Milano Univ. Cattolica S.Cuore di Milano	A.O. di Varese con + Strutture.. significativa Osp. di Circolo e Fondazione Macchi -Polo universitario dal 1998 IRCCS Policlinico San Matteo A.O. Spedali civili di Brescia + Strutture..significativa Osp. dei Bambini - Polo universitario dal 1998 A.O. San Gerardo di Monza-Ospedale Clinicizzato IRCCS Osp.Maggiore di Milano, A.O.Istituti Clinici di Perfezionamento, Istituto Besta ed Ist. Tumori Ospedale S.Raffaele (IRCCS di diritto privato) componente della Fondazione Centro S.Raffaele del Monte Tabor	
VENETO	L.R. n.5/1996 Programmazione Ospedaliera Regionale DGR n.3574 del 21/12/2001 costituz.Dipartimenti P.I. Regione/Univ. di Verona del 1/10/2002 ProtocolloAttuativo del P.I. tra Regione e Univ. Verona 20.05.2004	Univ. di Verona Univ. di Padova	Az.Ospedaliera di Verona con due sedi Osp.Civile Maggiore di Borgo Trento Ospedale Policlinico G.B.Rossi di borgo Roma Az.Ospedaliera di Padova che riunisce gli Ospedali: S.Francesco Grande,Ospedale Giustiniano,Ospedale Civile	
FRIULI V.GIULIA	D.R.G. n. 3479 del 10.11.2000 "Linee per la gestione del S.S.R. nell'anno 2001" DGR .3534 del 29.11.2004 L.R. n.1 del 2.2.2005 costituz.della AOU Decreto del Presidente della Giunta reg.le nr.56 del 5/4/2004 Azienda Integrata	Univ. di Udine Univ. di Trieste	Polo Ospedaliero Integrato tra Policlinico U. e A.O.S.Maria della Misericordia tra il 1995 ed il 2005 due istituzioni distinte	
LIGURIA	P.I. Regione/Università di Genova 13.03.2004	Univ. di Genova	A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste A.O. San Martino	
TOSCANA	L.R. n. 40/2005 (e s.m.i.) di disciplina del S.S.R. art. 33 (Aziende Ospedaliere Universitarie) e allegato A (Le aziende regionali ospedaliero-universitarie ed i presidi ospedalieri gestiti) P.I. Regione/ Istituzioni Universitarie della Toscana 2004	Univ. di Firenze Univ. di Siena Univ. di Pisa	A.O. Careggi di Firenze A.O. Meyer (Firenze) A.O. Senese A.O. Pisa	
EMILIA ROMAGNA	Accordo in attuazione del Protocollo d'intesa tra Regione e Università dell'Emilia-Romagna, per le attività assistenziali, tra l'Università di Bologna e l'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi 28.05.1999 P.I. Regione/ Università dell'Emilia Romagna del 18.03.1998 ai sensi del Comma I Art. 6 del Dlgs 1992 n.502 e s.m.i. D.G.R.del 31.210.2000 n.1882 Direttiva alle Aziende Sanitarie della Regione per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'art 3 D.lgs 229/99	Univ. di Bologna Univ. di Ferrara Univ. di Modena Univ. di Parma	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università (nata dalla trasformazione del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna A.O. integrata con l'Università (nata dalla trasformazione dell'Arcispedale di Ferrara) A.O. integrata con l'Università (nata dalla trasformazione del Policlinico di Modena) Azienda Ospedaliera integrata con l'Università (nata dalla trasformazione degli Ospedali Riuniti di Parma)	
UMBRIA	P.I. unico Regione/Università -dicembre 2004- in attuazione dell'art.9 L.R. 29/04 L.R.23.12.2004 n.29 "Norme generali sull'Organizzazione ed il funzionamento del S.S.R." in particolare Art. 9 Relazione fra S.S.R. e Università L.R.: 23-02-2005, n. 15 Modalità per il conferimento di incarichi di struttura nelle aziende sanitarie regionali	Univ. di Perugia	A.O. di Perugia integrata con L'Università	
MARCHE	L.R. Marche n. 13/2003 Piano Sanitario Regionale 2003/2006 D.G. R. n. 31 del 13/01/2004, contenente "Linee guida per la definizione del protocollo di intesa finalizzato all'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università" P.I. Regione /Università Politecnica delle Marche 27.09. 2004	Univ. Politecnica delle Marche	A.O. "Ospedali riuniti Umberto I- Lancisi-Salesi"	

ABRUZZO	D.G. R. n. 31 del 13/01/2004, contenente "Linee guida per la definizione del protocollo di intesa finalizzato all'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università"			Univ. G.d'Annunzio-Chieti/Pescara	Ospedale Clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti
	D.G. R. n. 1035 del 07/09/2004 approvazione schema protocollo di intesa.			Univ. dell'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore dell'Aquila
	DGR nr.209 del 5/4/2004 recepito con DPCM 24/11/2004 applicazione del D.Lgs 517/99 sul territorio regionale con le due Università Abruzzesi				
MOLISE	Istituzione della Facoltà di Medicina settembre 2005			Univ. del Molise (Campobasso)	A.O. Antonio Cardarelli di Campobasso
LAZIO	P.I. stipulato fra la Regione Lazio e l'Università La Sapienza di Roma in data 3 agosto 1999.			Univ. di Roma "La Sapienza"	
	decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 luglio 1999			I° Facoltà di Medicina	Az. Policlinico Umberto I (I° Facoltà)
	Decreto Legge 341/1999 Interventi straordinari e urgenti per il Policlinico Umberto I di Roma e l'Azienda ospedaliera S. Andrea in Roma.			II° Facoltà di medicina	A.O. Sant'Andrea (II° Facoltà)
	(conv. In legge 453/99)			Univ. di Roma Tor Vergata	Az. Policlinico (PTV) Tor Vergata
	DGR 6002 del 5/8/94 P.I. Regione/Libero Istituto Campus Biomedico 1993/95			Univ. Cattolica S. Cuore di Roma	UCSC Policlinico Gemelli (in regime di convenzione)
	DGR 629 del 2/5/01 P.I. Regione /Università Campus Biomedico			Univ. Campus Biomedico di Roma	Policlinico Campus Biomedico (in regime di convenzione)
CAMPANIA	L.R. n.24 del 29/12/2005				
	P.I. 18/7/2003 Regione/Univ. Federico II			Univ. Federico II di Napoli	A.O.P.I. "Federico II" costituita il 31/7/2003
	P.I. del 20/7/2004 Regione/ Il Univ. di Napoli 18.10.2005. Accordo di Programma MURST/UniSA x istituzione della Facoltà di Medicina			Seconda Univ. di Napoli Univ. di Salerno (Campus di Baronissi)	A.O.P.I. Il Univ. di Napoli costituita il 20/7/2004 A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona- (A.I. con l'Università)
PUGLIA	P.I. Regione / Univ. relativo all'integrazione 12/3/2003 Accordo Uni/Az. Policlinico 15 nonies 21/7/2003			Univ. di Bari	Az. Policlinico "Policlinico Consorziale- Bari"
	P.I. Regione/ Università di Foggia 11.03.2003			Univ. di Foggia	A.O. Ospedali Riuniti-Foggia
CALABRIA	Legge Regionale 11/2004			Univ. Magna Grecia di Catanzaro	A.O.I. Mater Domini di Catanzaro
	P.I. Regione/ Università Magna Graecia di Catanzaro 2004				
SICILIA	P.I. unico Regione/Univ. Siciliane del 18/11/2003 (N.B Il Protocollo ha con le singole Università, nr.3 tre accordi separati attuativi)			Univ. di Catania	Az. Policlinico Univ. di Catania -nov.2003
				Univ. di Messina	A.O.Uni Policlinico G.Martino
				Univ. di Palermo	A.O.Uni Policlinico P.Giaccone -Palermo
SARDEGNA					
	P.I. unico Regione/Univ. Sarde del 11/10/2004			Univ. di Cagliari	Presidio Ospedaliero S.Giovanni di Dio
				Univ. di Sassari	Az. Policlinico Univ. di Sassari

Quadro nazionale della presenza delle Facoltà Mediche con relativo modello organizzativo dei rapporti tra Università e SSN				
REGIONE	Leggi Regionali L.R./Protocolli di Intesa P.I./ Linee guida L.G/ per la regolamentazione dell'assistenza ex art. 1 DLgs 517/99 riferimento anni 2006-2007-2008	UNIVERSITA' con sedi di Facoltà di Medicina (nr.42 sedi)	Protocolli/Accordi Università/Regione per la costituzione delle A.O.U. DGR 17 dicembre 2007	Azienda Ospedaliero Universitaria periodo di costituzione (anni 2006-2007-2008)
PIEMONTE	P.SSR 2007-2009 approvato con L.R. n.18/2007(6 agosto 2007) DGR 17/12/2007 Piano di riorganizzazione delle ASR costituzione delle AOU dal 1 gennaio 2008	Univ.del Piemonte Or."A.Avogadro" Univ.di Torino (nr.2 sedi di Facoltà) (1° Facoltà)		A.O.U. Maggiore della Carità (NO) - A.O.U. S.Giovanni Battista di Torino-
LOMBARDIA		(11° Facoltà a partire dal 1.11.08) Univ. dell' Insubria (VA) Univ. di Pavia Univ. di Brescia Univ. Bicocca di Milano		A.O.U. S.Luigi di Orbassano Trasformazione in Fondazioni dell' IRCCS San Matteo-2006
VENETO	Pre-Intesa Regione/Univ. Padova e Verona e A.O.U.I. 30-01-2006 Protocollo Attuativo del 24.06.2008 in applicazione dell'art. 14, comma 5, Della Pre-Intesa tra Regione Veneto e Università di Padova e Verona Il 30.1. 2006	Univ. di Verona	N.B è ancora in corso processo di Integrazione x la trasformazione in AOU Protocollo Attuativo in applicazione art. 14 Pre-intesa del 30-01-06 tra Univ. Verona ed A.O. Istituti Ospitalieri di Verona del 24.6.2008	A.O.Istituti Ospitalieri di Verona A.O.U. di Padova
FRIULI V.GIULIA		Univ. di Udine Univ. di Trieste	P.I. Regione/Univ. X gestione dell'AOU sottoscritto il 9 gennaio 2006	A.O.U. S. Maria della Misericordia di Udine costituita da gennaio 2006 (nata dell'accorpamento dell'AO Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine) A.O.U. "Ospedali riuniti di Trieste"
LIGURIA		Univ. di Genova	Accordo Attuativo del protocollo generale di intesa del 2004 (contestuale al protocollo generale d'intesa 2004)	A.O.U. San Martino
TOSCANA	P.S.R. 2005-2007: ALLEGATO 6 - PROTOCOLLO DI INTESA TRA LA REGIONE TOSCANA E LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE, PISA E SIENA; Allegato 7 –Protocollo di intesa in tema di salute tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa P.I. Università di Pisa e Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana per l'Organizzazione delle Attività assistenziali, 26.06.2008	Univ. di Firenze Univ. di Siena Univ. di Pisa Univ. di Bologna Univ. di Ferrara Univ. di Modena Univ. di Parma	Atto aziendale A.O.U. Careggi 25.07.2003 (modificato nel 2006) Atto aziendale Azienda Ospedaliera Universitaria Anna Meyer Atto Aziendale Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	A.O.U. Careggi di Firenze A.O.U. Meyer (Firenze) A.O.U. Senese A.O.U. Pisa A.O.U. Policlinico S. Orsola- Melipighi di Bologna A.O.U. Arcispedale S.Anna di Ferrara A.O.U. Policlinico di Modena A.O.U. di Parma
UMBRIA	P.I. Regione/Università regolante i rapporti tra Università e SSN 3 maggio 2006	Univ. di Perugia	N.B. in corso processo di integrazione	A.O. Polo Unico ospedaliero-universitario S.M della Misericordia di Perugia (A.I. con l'Università)
MARCHE		Univ. Politecnica delle Marche	Atto Aziendale Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi 18.02.2005	A.O.U Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi di Ancona
ABRUZZO	Accordo siglato il 6 marzo 2007 tra Ministero della Salute, MEF e Reg.Abruzzo Piano Sanitario Regionale, approvato con Legge regionale 10 marzo 2008 n.5	Univ.G.d'Annunzio-Chieti,Pescara Univ. dell'Aquila		A.O.U. SS Annunziata di Chieti A.O.U. S.Salvatore dell'Aquila

MOLISE	<p>Istituzione della Facoltà di Medicina settembre 2005 P.I. Regione/Università sottoscritto nel 2006</p>	Univ. del Molise (Campobasso)	N.B. in corso processo di integrazione	A.O. di rilievo Nazionale Antonio Cardarelli di Campobasso (A.I. con l'Università)
LAZIO	<p>L.R. n.26/07 art. 42 :Norme relative alle Aziende Integrate Ospedaliere-Universitarie</p>	<p>Univ.di Roma "La Sapienza" (I^a Facoltà di Medicina) (I^a Facoltà di Medicina</p> <p>Univ.di Roma Tor Vergata</p> <p>Univ.Catolica S.Ciure di Roma</p> <p>Univ.Campus Biomedico di Roma</p>	<p>A.O.U. Policlinico Umberto I (I^a Facoltà)</p> <p>A.O.U. Sant'Andrea (II^a Facoltà)</p> <p>Trasformazione in Fondazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria</p> <p>Policlinico Universitario Tor Vergata-feb. 2008</p> <p>UCSC Policlinico Gemelli (in regime di convenzione)</p> <p>Policlinico Campus Biomedico(in regime di convenzione)</p>	
CAMPANIA	<p>D.G.R. n.465/2007 Piano Regionale Ospedaliero 17/11/2006 x il triennio 2007-2009</p>	Univ. Federico II di Napoli	Atto Aziendale 12.12.2007; Piano Organizzazione e Funzionamento Aziendale	A.O.U. Federico II di Napoli
PUGLIA	<p>DGR 31.1.2008 n.95 Documento di indirizzo economico-funzionale del SSR l'anno 2008</p>	<p>Seconda Univ. di Napoli</p> <p>Univ.di Salerno (Campus di Baronissi)</p> <p>Univ.di Bari</p> <p>Univ. di Foggia</p>	<p>N.B. in corso processo di integrazione</p>	<p>A.O.U. Seconda Università di Napoli</p> <p>A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona-2006 (A.I. con l'Università)</p> <p>A.O.U. Ospedale Policlinico Consorziale di Bari</p> <p>A.O.U. Ospedali Riuniti di Foggia</p>
CALABRIA		Univ.Magna Grecia di Catanzaro	N.B. in corso processo di integrazione	A.O.Policlinico Universitario Mater Domini di Catanzaro (nel 2006 trasformazione in Azienda Integrata)
SICILIA	<p>Atto Agg. al P.I. 2003 relativo alla nomia D.G. 5/2/2007 x UNIPA</p> <p>Decreto 31.12.07 dell'Assessorato x riduzione delle strutture dirigenziali complesse e strutture semplici</p>	<p>Univ.di Catania</p> <p>Univ.di Messina</p> <p>Univ.di Palermo</p>		<p>A.O.U.Vittorio Emanuele- Ferrarotto - S. Bambino</p> <p>A.O.U.Policlinico G. Martino di Messina</p> <p>A.O.U. Policlinico G. P. Giaccone (ex Policlinico)</p>
SARDEGNA	<p>L.R. n.10 del 28/7/2006 (Riordino dei S.S.R.-Sardegna) Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008 (Busar n.4 dell'8.2.06)</p>	<p>Univ.di Cagliari</p> <p>Univ.di Sassari</p>	<p>DGR n.13/7 del 30/3/2007 costituz. AOU</p> <p>DGR n.17/2 del 27/4/2007 costituz. AOU</p>	<p>A.O.U. di Cagliari</p> <p>A.O.U. di Sassari</p>