

SERVIZIO STUDI E DIVULGAZIONE NORMATIVA

GIORGIO VALANDRO

APPUNTI MINIMI SUI RAPPORTI TRA UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
2008

Documento ad uso esclusivamente interno, aggiornato al 31 gennaio 2011

APPUNTI MINIMI SUI RAPPORTI TRA UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO

Indice sommario

1. Cenni introduttivi	1
2. Evoluzione e problematicità dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale	1
3. Quadro normativo e principi (dal “principio di inscindibilità” al “principio di necessaria integrazione”).	2
4. Una questione fondamentale: le strutture complesse a direzione universitaria e l’attribuzione degli incarichi assistenziali (cenni).	4
5. Verso l’Azienda integrata: una soluzione “inevitabile”?	5

1. Cenni introduttivi.

Il rapporto di collaborazione tra le istituzioni ospedaliere e le università risale ad antica data: con il diffondersi delle moderne metodologie didattiche e di ricerca basate sull’osservazione clinica, il coordinamento tra apparato dell’assistenza ospedaliera ed apparato dell’insegnamento e della ricerca medica universitaria si è evoluto, particolarmente nel recente periodo, secondo *una tendenza alla compenetrazione funzionale* legittimata dai contenuti polivalenti del diritto alla salute (art. 32 Cost.), a cui fanno da contrappeso le specifiche istanze di garanzia costituzionale dell’autonomia universitaria (art. 33 Cost.).

Invero, già dalla fine dell’Ottocento viene a profilarsi il superamento del precedente regime ispirato a criteri di netta separazione tra l’insegnamento clinico e l’attività assistenziale svolta dalle strutture ospedaliere. Con la previsione normativa dello svolgimento obbligatorio delle attività cliniche a favore delle facoltà medico-chirurgiche vengono a costituirsì le *cliniche universitarie*, l’ordinamento interno delle quali si adegua all’organizzazione dei corrispondenti servizi ospedalieri.

In tempi relativamente più recenti, a seguito dell’*istituzione (con legge n. 833 del 1978) del Servizio Sanitario Nazionale* (organizzato a livello locale in conformità al “nuovo” assetto regionale dello Stato), si ripropone l’esigenza di una più razionale distribuzione di competenze, finalizzata ad assicurare una gestione sistematica e programmatica delle attribuzioni costituzionali spettanti, rispettivamente, alle regioni ed alle università ubicate sul territorio regionale.

2. Evoluzione e problematicità dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale.

L’apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alla realizzazione degli obbiettivi della programmazione sanitaria e l’utilizzazione, da parte delle medesime facoltà, di idonee strutture delle unità sanitarie locali allo scopo di soddisfare le proprie esigenze di ricerca e di insegnamento, sono sanciti dall’art. 39 della legge 833/78, il quale individua la *preminenza dello strumento convenzionale* per la regolamentazione tanto dei rapporti tra regioni e università, quanto dei rapporti tra le stesse università e le unità sanitarie locali. E’ venuto in tal modo a costituirsì un sistema convenzionale organizzato su due livelli: I) *Protocolli d’intesa* tra regione ed università ubicate sul territorio; II) *Convenzioni attuative* tra università e unità sanitarie locali.

A seguito delle due successive riforme del Servizio Sanitario Nazionale (d.lgs. 502 del 1992 e d.lgs. 229 del 1999, c.d. riforma Bindi) viene mantenuto, per quanto riguarda i rapporti con le università, il menzionato sistema convenzionale su due livelli, tenendo conto però della progressiva *regionalizzazione* del SSN e dell’*aziendalizzazione* dei presidi ospedalieri, da un lato, e della sempre maggiore *autonomia universitaria*.

Questo sistema convenzionale, anche e soprattutto perché organizzato regionalmente e su due livelli, ha comportato una disomogenea realizzazione dell’integrazione tra le amministrazioni interessate, con notevoli differenze non solo da regione a regione, ma anche all’interno della medesima regione. In effetti, l’esigenza di integrazione fra attività assistenziali e attività didattiche e di ricerca solleva numerose e complesse problematiche (giuridiche e gestionali) concernenti il coordinamento dell’agire delle amministrazioni del servizio sanitario e delle università coinvolte. Problematicità che, in assenza di una legislazione chiara ed univoca a livello nazionale, può essere affrontata e risolta unicamente ricorrendo, caso per caso, a compromessi ed accordi a livello locale, con esiti non sempre omogenei se non addirittura diametralmente opposti, in ragione delle diverse situazioni concrete in cui si è chiamati ad operare.

A fronte di siffatta problematicità, dunque, l'elasticità ed il margine di discrezionalità che residua a fronte di un impianto normativo spesso lacunoso se non contraddittorio, possono in fine dei conti essere considerati la via più idonea, oltre che obbligata, per regolamentare i rapporti tra università e servizio sanitario.

Si deve considerare, infatti, che nel perseguire fini istituzionali *distinti, ma ciò nondimeno inscindibili*, le università e le aziende ospedaliere di riferimento mettono a disposizione *personale, beni mobili ed immobili, risorse finanziarie ed apparati organizzativi*, i quali, in ragione dell'ambivalenza della loro destinazione ed utilizzazione, vengono a compenetrarsi e talvolta a confondersi, più che a fondersi, in assetti istituzionali caratterizzati da alto grado di *contraddittorietà*. In tale contesto, risulta dunque essere inevitabile il sorgere di difficoltà di coordinamento tra le iniziative gestionali e gli atti amministrativi che i due diversi ordini di istituzioni intraprendono *nella loro autonomia*, con conseguenti e frequenti conflitti di competenza, disarmonie e incoerenze nelle attività svolte. Tutto ciò in palese dispregio non solo dei sempre più stringenti limiti di spesa che vincolano particolarmente i bilanci delle aziende ospedaliere, ma anche più in generale delle *esigenze di efficienza, efficacia ed economicità* dell'attività pubblica (rispettivamente di assistenza e di didattica e ricerca).

D'altra parte, la *necessità di integrare le attività di assistenza con le attività di didattica e ricerca* rischia continuamente di entrare in conflitto con l'irrinunciabile principio di autonomia delle università e delle aziende ospedaliere nel perseguire i rispettivi fini istituzionali. Così, se è competenza delle regioni e delle aziende ospedaliere la programmazione e la gestione delle attività assistenziali, che sono fine ed insieme strumento della formazione medica e sanitaria, al contempo le università ubicate nel territorio non rinunciano, e non devono rinunciare, alla propria autonomia nella programmazione e gestione delle attività didattiche e di ricerca, le quali sono a loro volta inscindibili dalle corrispondenti attività assistenziali.

Anche il legislatore ha mostrato di riconoscere questa situazione di compenetrazione funzionale, stabilendo, tra le altre cose, che «*le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali*» e che «*la programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie*» (art. 6¹ del d.lgs. 502/92). E ancora. Nel dettare la nuova disciplina dei rapporti tra università e SSN (d.lgs. 517/99), il legislatore ha ritenuto di dover ridefinire il ruolo delle università nella programmazione socio-sanitaria (vedi anche le *Linee guida del 2001, «concernenti i protocolli d'intesa da stipulare fra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale»*).

3. Quadro normativo e principi (dal “principio di inscindibilità” al “principio di necessaria integrazione”).

La disciplina dei rapporti tra università e Servizio sanitario, e in particolare la disciplina giuridica dei ricercatori e dei professori della facoltà di medicina e chirurgia, per quanto concerne l'esercizio dell'attività assistenziale presso il Servizio sanitario nazionale - già regolata dall'art. 102 del D.P.R. 382 del 1980 (in relazione art. 31 del D.P.R. 1979, n. 761), dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e dai Protocolli d'intesa Regione Veneto–Università di Padova del 1989 – è oggi rinvenibile principalmente nei seguenti testi normativi:

- [Decreto legislativo n. 517 del 1999](#) («Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario nazionale ed università»), che modifica ed integra il d.lgs. 502/1992 [cliccare sul link per accedere al testo aggiornato];
- [D.P.C.M. 24 maggio 2001, recante «Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università»](#) [cliccare sul link per accedere al testo];
- [Protocollo d'intesa fra la Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona. Le aziende ospedaliere universitarie integrate \(AOUI\), 2006](#) [cliccare sul link per accedere al testo disponibile in F:\CondivisioneStudiNorme];
- [Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992](#) («Riordino del Servizio sanitario nazionale»), e successive modificazioni [cliccare sul link per accedere al testo aggiornato al momento della consultazione];

- [CCNL Area Dirigenza Medico - Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale parte normativa quadriennio 2006-2009](#) [cliccare sul link per accedere al testo].

Il principio informatore della materia può senza dubbio essere considerato l'ormai risalente *principio di inscindibilità dell'attività assistenziale dalle attività di didattica e ricerca*¹. Tale principio, non immune da una certa vaghezza, se è idoneo ad esprimere la necessaria interdipendenza tra le attività istituzionali (didattica e ricerca) e l'attività assistenziale svolta dai ricercatori e dai professori universitari, non chiarisce invece con sufficiente precisione la "gerarchia" che viene ad istituirsi tra i due ordini di attività (ossia se e quale dei due, ed eventualmente come, debba prevalere sull'altro), lasciando così impregiudicata anche la questione delle procedure e delle competenze spettanti all'Ateneo ovvero alla Regione per la salvaguardia delle prerogative, rispettivamente, universitarie e assistenziali.

I. In linea generale, si può dire che nella prassi, anche in forza del rigido sistema di equiparazione automatica stabilito dall'art. 102 del D.P.R. 382/80 (vedi *infra*), si è attribuita al principio una interpretazione nel senso della prevalenza dell'attività istituzionale di didattica e ricerca su quella assistenziale, generalmente considerata come conseguente, funzionale alla prima. Il ricorso, da parte degli atenei, all'argomento del "principio di inscindibilità" nei rapporti con le aziende ospedaliere/ULSS regionali ha comportato - ferma restando l'individuazione su base convenzionale delle strutture a "direzione universitaria" (Protocollo d'intesa Università di Padova-Regione Veneto del 1989) – che i procedimenti ed i criteri di assegnazione delle funzioni assistenziali ai medici universitari fossero di competenza quasi esclusivamente universitaria (in particolare del consiglio della Facoltà di medicina e chirurgia).

II. Il d.lgs. 517/99, pur non abbandonando il principio di inscindibilità (implicito nell'idea stessa di «integrazione» a cui si informa la novella), costituisce nondimeno un'inversione di tendenza rispetto ad una interpretazione "sbilanciata" in senso universitario. Emblematica in questo senso è la disposizione di cui al comma 12 dell'art. 5, la quale – stabilendo che «lo svolgimento di attività libero professionale intramuraria comporta l'opzione per il tempo pieno e lo svolgimento dell'attività extramuraria comporta l'opzione per il tempo definito ai sensi dell'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382» – sembrerebbe addirittura capovolgere il rapporto, subordinando lo *status* giuridico del docente universitario alla disciplina prevista per il personale medico del Servizio sanitario nazionale (tanto da aver sollevato dubbi sulla legittimità costituzionale della citata disposizione²).

Invero, già l'art. 1 del d.lgs. 517/99, a conferma del fatto che si tratta di una "evoluzione" e non certo un abbandono del principio di inscindibilità, da un lato demanda ai protocolli d'intesa tra regione e università il compito di assicurare «la *funzionalità* e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca» dell'attività assistenziale «necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università», dall'altro sottopone i protocolli d'intesa ad apposite linee guida (v. DPCM del 2001) che si informano a principi diretti a «promuovere e disciplinare *l'integrazione* dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca ... secondo un principio di «*leale collaborazione*» tra Servizio sanitario nazionale e università»³. L'art. 5, inoltre, stabilisce espressamente che «le

¹ Esplicitamente o implicitamente affermato dalla normativa vigente come da quella previgente e consolidato anche nella giurisprudenza costituzionale (C. Cost. n. 71 del 2001, C. Cost. n. 136 del 1997, C. Cost. n. 126 del 1981, C. Cost. n. 103 del 1977), è stato più recentemente ribadito anche dall'art. 2 del Protocollo d'intesa Regione del Veneto - Università di Padova: «Premessa l'inscindibilità delle funzioni didattiche e di ricerca da quelle assistenziali...» e, infine dalla legge 240/2010, la quale, alla lettera c), comma 2, art. 2 stabilisce che «ove alle funzioni didattiche e di ricerca si affianchino funzioni assistenziali nell'ambito delle disposizioni statali in materia, le strutture [ossia le scuole, *ndr*] assumano i compiti conseguenti secondo le modalità e nei limiti concertati con la regione di ubicazione, garantendo l'inscindibilità delle funzioni assistenziali dei docenti di materie cliniche da quelle di insegnamento e di ricerca».

² La Corte Costituzionale ha peraltro ripetutamente dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 12, sollevata in riferimento agli artt. 3, 33, 76 e 97 della Costituzione (ordinanze nn. 152, 174 e 187 del 2003).

³ A proposito dell'integrazione/collaborazione delle attività assistenziali didattiche e di ricerca leggi anche, fra gli altri, l'art. 2 comma 1 delle Linee guida (DPCM del 2001): «L'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca svolte dal servizio sanitario regionale e dalle università risponde all'esigenza di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia nell'obiettivo

attività assistenziali svolte dai professori e dai ricercatori universitari *si integrano* con quelle di didattica e ricerca» (comma 2). Ed ancora, proprio in riferimento al tema che qui ci occupa, l'art. 5, comma 3 delle Linee guida del 2001, stabilisce che «per l'attribuzione e la revoca dell'incarico di direttore di dipartimento ad attività integrata e di struttura complessa a direzione universitaria, l'atto aziendale stabilisce le procedure per la realizzazione dell'intesa, che *tiene conto delle esigenze formative e di ricerca oltre che di quelle assistenziali*, fra il direttore generale ed il rettore, il quale procede nel rispetto delle specifiche normative universitarie che definiscono il ruolo delle facoltà di medicina.»

Si vede, allora, come il principio di inscindibilità (ossia di necessaria interdipendenza tra attività assistenziale e attività di didattica e ricerca) venga assorbito dal *principio di necessaria integrazione*, alla luce del quale l'inscindibilità deve essere intesa, in conformità a quanto stabilito dalla normativa vigente.

Il punto di arrivo di questo processo di integrazione dovrà essere, come è noto, la costituzione della c.d. Azienda ospedaliero-universitaria integrata (di cui al d.lgs. 517/99), nel cui atto aziendale (adottato dal direttore generale, d'intesa con il rettore, secondo criteri stabiliti in sede di Protocolli d'intesa⁴) dovranno essere disciplinati, tra le altre cose, «la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria» (art. 3 comma 2 del d.lgs. 517/99), nonché «le procedure per la realizzazione dell'intesa... per l'attribuzione e la revoca dell'incarico di direttore di dipartimento ad attività integrata e di struttura complessa a direzione universitaria» (art. 5 comma 2 delle Linee guida del 2001).

4. Una questione fondamentale: le strutture complesse a direzione universitaria e l'attribuzione degli incarichi assistenziali (cenni).

In questo contesto un ruolo fondamentale è giocato, ieri come oggi, dai *protocolli d'intesa*, accordi attraverso i quali le regioni e le università ubicate nel territorio individuano le strutture assistenziali nelle quali viene svolta l'attività didattica e di ricerca delle facoltà di medicina e chirurgia. Questo delle *strutture complesse (a direzione universitaria ovvero ospedaliera)*, e della loro titolarità (c.d. primariato), è invero la cartina di tornasole del grado d'integrazione (e dei relativi problemi di coordinamento e conflitti di competenze) tra le università e le aziende ospedaliere di riferimento. In effetti, se la struttura complessa è l'unità organizzativa fondamentale delle aziende ospedaliere nel perseguitamento delle attività assistenziali, al contempo *le strutture complesse a direzione universitaria sono il punto di riferimento fondamentale e imprescindibile* per lo svolgimento della formazione e della ricerca medica e sanitaria.

Al tema della titolarità delle strutture complesse si ricollega, come è ovvio, la più generale questione del reclutamento e dell'assegnazione di attività assistenziali al *personale docente universitario*, il quale, pur rimanendo dipendente dell'università di appartenenza, entra a far parte delle dotazioni organiche delle aziende ospedaliere. Anche in questo caso, nonostante venga a crearsi un rapporto diretto tra università e azienda ospedaliera per la risoluzione delle problematiche giuridiche ed economiche in ordine alla gestione del personale medico-universitario, il rapporto con la regione continua ad essere uno snodo cruciale, anche e soprattutto in considerazione dei vincoli finanziari e normativi che le regioni stesse legittimamente pongono alle aziende ospedaliere ubicate sul territorio⁵.

Prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1999 («Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed università»), in virtù del *principio di inscindibilità* (tra attività assistenziale e attività didattica e di ricerca) e del *sistema di equiparazione automatica* sancito dall'art. 102 del DPR 382/80, l'attribuzione degli incarichi assistenziali dei docenti universitari era di *competenza quasi esclusiva delle facoltà di medicina e chirurgia*, mentre le aziende ospedaliere si

condiviso di concorrere al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, alla crescita qualitativa dei processi formativi ed allo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del Servizio sanitario nazionale».

⁴ Così l'art. 3 delle Linee guida del 2001.

⁵ Questo vale a maggior ragione, se si tiene conto della riforma del titolo V della Costituzione, che attribuisce competenza generale alle regioni in materia sanitaria.

limitavano a prendere atto dell'assunzione, da parte dell'università, di personale docente-medico che in tal modo entrava sull'organico ospedaliero, anche scavalcando eventuali limiti finanziari e normativi imposti alle medesime aziende ospedaliere. Senza entrare nel dettaglio, basti pensare che la nomina a professore ordinario, da parte della facoltà di medicina e chirurgia, comportava l'automatica attribuzione del cruciale incarico di direttore di struttura complessa (o quantomeno il riconoscimento del corrispondente trattamento economico).

Con l'entrata in vigore del d.lgs. 517/99, si assiste invece ad un *tendenziale spostamento di competenza dalla facoltà di medicina e chirurgia al direttore generale*: per tornare al nostro esempio, l'incarico di direzione di struttura complessa viene attribuito non più dalla facoltà di medicina e chirurgia, bensì dal direttore generale (seppure d'intesa con il rettore).

Più in generale, però, i problemi concernenti la programmazione sanitaria, l'assunzione e la gestione del personale, l'utilizzo dei beni mobili ed immobili, sono destinati a trovare una nuova soluzione organizzativa, auspicabilmente più efficace e razionale, nell'ambito delle cosiddette aziende integrate (aziende ospedaliero-universitarie), le quali sono chiamate a svolgere in modo unitario e coerente le funzioni assistenziali e le funzioni di didattica e di ricerca, sulla base di protocolli d'intesa stipulati tra Regione ed Università.

5. Verso l'Azienda integrata: una soluzione “inevitabile”?

L'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) è uno dei più recenti modelli organizzativi chiamati a soddisfare le esigenze di integrazione di due distinti ordinamenti: servizio sanitario (nazionale e regionale) e università ubicate sul territorio.

La costituzione di aziende ospedaliere universitarie (cc.dd. aziende integrate) è *il punto di approdo del menzionato d.lgs. 517/99*, il quale come detto disciplina appunto i rapporti tra SSN e sistema universitario.

L'AOU (istituzione sconosciuta dalla normativa previgente) ambisce ad essere un ente avente *personalità giuridica pubblica, dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*. Essa è chiamata a svolgere in modo unitario e inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del SSR, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela della salute, e del sistema universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle proprie finalità didattiche e di ricerca.

Già da questi primi cenni, si comprende come si tratti di una riforma di grande momento, destinata a modificare profondamente i rapporti tra sistema universitario e sistema sanitario, rappresentando le aziende ospedaliero-universitarie il *livello massimo di penetrazione* nel lungo processo di integrazione tra presidi ospedalieri e facoltà di medicina e chirurgia. E' anche vero, però, che le *difficoltà organizzative e gestionali (oltre che giuridiche e politiche)* che può incontrare la costituzione di una istituzione unica ed autonoma, la quale fa tuttavia riferimento a due compatti diversi della pubblica amministrazione (università e sanità), fanno sorgere *forti dubbi in ordine ai tempi, se non addirittura alla possibilità, di una concreta attuazione di siffatta istituzione*.

In effetti, al di là del periodo transitorio (peraltro formalmente già scaduto, previsto dall'art. 2 del d.lgs. 517/99), volendo fare una panoramica sullo “stato dell'arte” nella costituzione dell'azienda integrata, si può notare come vi siano stati *tempi e modi diversi di procedere nelle diverse regioni italiane*.

In alcuni casi le regioni e le università ubicate nel territorio si sono limitate a stipulare i protocolli d'intesa, in conformità alle Linee guida del 2001, senza però procedere alla costituzione dell'azienda integrata. In altri casi sono stati costituiti in via sperimentale dei singoli dipartimenti ad attività integrata, operando a livello locale senza coinvolgimento della regione di riferimento. Solo raramente è già stata costituita l'azienda ospedaliero-universitaria: anche in questi casi, però, si tratta di atti formali a cui non ha fatto seguito l'effettiva realizzazione del nuovo modello organizzativo. Non mancano, infine, casi in cui non è stata data alcuna attuazione al d.lgs. 517/99, almeno per quanto riguarda l'azienda integrata.

Tutte queste considerazioni (*problematicità* dei rapporti tra università e SSN; *evoluzione giuridica ed economica* del sistema sanitario e delle università; *assenza di un quadro normativo di riferimento preciso e coerente*; *varietà di soluzioni* adottate sul territorio nazionale) confermano l'opinione che la regolamentazione dei rapporti tra università e SSN, per un'efficiente ed efficace gestione degli aspetti assistenziali delle facoltà di medicina e chirurgia, può essere garantita solamente attraverso l'utilizzo dello *strumento convenzionale*, in quanto dotato di precisione e rigore normativo, ma al tempo stesso sufficientemente flessibile da adattarsi alle diverse situazioni concrete delle realtà locali: dove la discrezionalità tecnica e politica trova la propria ragione ed il proprio limite nell'esigenza del buon andamento della cosa pubblica e nella legge.