

 Giuseppe Giordano ¹

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - UNIVERSITÀ UN RAPPORTO IN CONTINUA EVOLUZIONE

 UN PO' DI STORIA

Il rapporto tra sanità ed università (Facoltà di Medicina) ha subito negli anni una notevole evoluzione, specie dal 1978 in poi, da quando cioè è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/1978) e poi successivamente dal 2001, quando con la modifica del titolo V della Costituzione, la gestione della sanità è stata, di fatto, regionalizzata. Le due istituzioni, pur essendo entrambi articolazioni di uno stesso ed unico Stato, sono state e rimangono (non è così in altri paesi) strutture separate, ed in parte anche in competizione, afferenti a Ministeri differenti (la sanità al Ministero della Salute, l'Università al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca), con tutto quello che comporta in termini di stato giuridico, di contratti e di procedure di sviluppo di carriera.

 DALLA “CONVENZIONE” AL
“PROTOCOLLO D'INTESA”

Un ruolo importante di tale evoluzione è stato il passaggio del rapporto tra le due istituzioni da “convenzione” a “Protocollo d'Intesa”.

Un passaggio che non è stato e non è solo nominale. Anche la 833/78 infatti come la legislazione precedente (D.P.R. 129/69 ed il relativo schema tipo ministeriale (DM 24 giugno 1971) aveva continuato ad individuare nella convenzione lo strumento più adeguato a “realizzare un idoneo **coordinamento** delle rispettive funzioni istituzionali” (Sanità ed Università) per regolamentarne i rapporti, e definire in tal modo a) l'apporto della Facoltà di Medicina alle attività assistenziali e b) l'utilizzazione della Facoltà di Medicina delle strutture del SSN.

La “convenzione” sostanzialmente consiste in un accordo tra due realtà in parte **estranee** e che tali continuano a rimanere, che trovano una reciproca utilità e quindi, come tale, rimane in una qualche misura opzionale e le parti mantengono la propria specifica identità.

Trattandosi di due strutture pubbliche e statali, l'esigenza di una maggiore integrazione, oltre che collaborazione, era non solo auspicabile ma anche doverosa.

E' nel 1992 con il D. Lgs. 502/92 e relative linee guida del 1997 che si formalizza questa diversa esigenza regolamentando le reciproche integrazioni tra SSN ed Università attraverso un nuovo e diverso strumento giuridico ed operativo, il “Protocollo d'Intesa” che deve definire “le modalità della reciproca **collaborazione**” integrando assistenza, didattica e ricerca.

Dalla collaborazione della “convenzione” si passa all'integrazione del “Protocollo d'Intesa”, un passaggio significativo ed importante per entrambi le istituzioni.

Comincia un processo di integrazione operativa tra due strutture dello stesso Stato, che peraltro operano nello stesso campo, e che sono quindi chiamate (obbligate) ad operare sinergicamente per garantire ad entrambi la realizzazione delle proprie finalità, che sono quelle di garantire salute ed istruzione, entrambi settori che caratterizzano l'impegno di Welfare degli stati, incluso il nostro.

I modelli individuati sono sostanzialmente due:

1) policlinici a gestione diretta da parte dell'Università, vedi il Policlinico La sapienza di Roma, un modello idoneo per le grandi realtà, con la presenza nello stesso territorio di ospedali

anche a dimensione regionali, e 2) policlinici e/o ospedali clinicizzati a gestione mista con presenza di strutture e personali misto, in parte universitario ed in parte ospedaliero, un modello più idoneo per realtà più piccole (anche per evitare doppioni).

Il D. Lgs. 502/92 peraltro innova profondamente il ruolo del personale ospedaliero che opera nelle aziende miste riconoscendo anche al medico ospedaliero, almeno nelle scuole di specializzazione, oltre alle funzioni assistenziali, anche funzioni di didattica e ricerca disponendo che “la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall’ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa”.

▼ L’AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA

Un’ulteriore accelerazione avviene nel 1999 con il D. Lgs. 517 e relativa linea-guida (DPCM 24/5/2001) che prefigura un nuovo modello organizzativo e gestionale, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU), ma, forse, sarebbe più appropriato chiamarla, per la prevalenza dei ruoli, Azienda Universitaria-Ospedaliera.

Un’Azienda nuova, quindi, unica, “avente autonoma personalità giuridica”, ed “unitarietà strutturale e logistica”, con due azionisti di riferimento (Regione ed Università), con una gestione mista (Presidente della Giunta e Rettore) e con propri organi di gestione, in parte differenti, rispetto alle altre aziende sanitarie e/o ospedaliere. Tra i due azionisti c’è comunque una qualche asimmetria, quasi sempre a favore della componente universitaria.

Rispetto alle aziende ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale i cui organi sono il Direttore Generale e il Collegio Sindacale, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha tra i suoi organi, in più, il Collegio di Direzione ed un Organo di Indirizzo con compiti di pianificazione e controllo.

Il modello della nuova Azienda Ospedaliero-Universitaria si caratterizza, rispetto alle altre aziende ospedaliere, a) per una missione più complessa (assistenza, didattica e ricerca integrate), b) per una organizzazione più complessa (tutti gli atti sono adottati d’intesa con il Rettore, e c) per una

co-gestione regione-università. (Ministero Salute, Workshop 1 Aprile 2011).

In realtà sempre nel 1999 il parlamento italiano pochi mesi prima aveva approvato un altro D. Lgs., il 229 noto come legge Bindi, che era intervenuta con un proprio articolato (Artt. 6 e 6 bis) a definire in una logica di continuità con il precedente D. Lgs. 502/92, i rapporti tra SSN ed Università.

Con il 517 cambia la prospettiva e rispetto al modello precedente, nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria, sostanzialmente diventa prevalente la mission dell’Università rispetto a quella del SSN.

Nella logica del D. Lgs. 502/1992 e del 229/99, infatti, i protocolli d’intesa regolamentavano l’apporto della Facoltà di Medicina “alle attività assistenziali”, mentre nella logica del D. Lgs. 517/99 i protocolli d’intesa determinano, nel quadro della programmazione sanitaria, “l’attività assistenziale necessaria alle università”.

Da un “dovere” da parte del SSN di garantire spazi all’università per sviluppare la propria mission si passa ad un “diritto” dell’Università a poter disporre di spazi assistenziali per le proprie finalità. La “Golden Share”, in sostanza, nelle AOU passa dal SSN all’Università, dalle Regioni agli Atenei.

▼ IL PERSONALE

L’elemento che caratterizza e definisce l’attività della docenza universitaria della Facoltà di Medicina è la completa integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza in una dimensione che la Corte Costituzionale definisce di “compenetrazione” (Sentenze 103/77, 126/81).

Ciò implica tutta una serie di diritti e di doveri che, per ultimo, anche il D. Lgs. 517/99 recepisce e definisce, incluso l’impossibilità da parte del personale universitario di “poter recedere dall’assistenza”.

Il ruolo del professore universitario infatti che opera in strutture con compiti assistenziali è regolato sul piano giuridico ed economico da specifiche norme, quelle che regolamentano, anche sul piano contrattuale, il personale dipendente del servizio sanitario.

Lo stato giuridico del personale dipendente dall'Università, fermo restando lo status universitario (concorsi, contratti, carriere), nello svolgimento delle attività assistenziali si uniforma alle "norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale" e "risponde al Direttore Generale". Già il D.P.R. 382/80: "il personale docente universitario e i ricercatori, assumono per quanto concerne l'assistenza i diritti e i doveri previsti per il personale di corrispondente qualifica del ruolo regionale".

La parte economica sostanzialmente risponde al principio dell' "equiparazione" integrando lo stipendio universitario con una quota aggiuntiva da parte dell'azienda (indennità c.d. De Maria).

Dal 1999 con il D. Lgs. 517/99 si definisce, per il personale docente, un nuovo strumento di integrazione economica e consiste nell' accesso diretto a due voci stipendiali della Dirigenza Medica e sanitaria, il salario di posizione "graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico" ed il salario di risultato "graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale e gestionale". Per il personale non docente sembrerebbe rimanere in vigore la normativa dell'equiparazione, come prevista, secondo lo schema della De Maria, dall'art. 31 del D.P.R. 761/99, poiché non sarebbe stata abrogata dal D. Lgs. 517/99 (Cassazione Civile, sentenza n. 5510/2018).

CRITICITÀ

L' istituzione della nuova Azienda, l'AOU dotata di una propria "personalità giuridica" e di propri organi, in parte diversi da quelli delle altre aziende ospedaliere e/o sanitarie, avrebbe dovuto comportare, probabilmente, anche una rimodulazione degli stati giuridici e contrattuali di tutti coloro che vi lavorano. E ciò, purtroppo, non è stato e, a quanto pare, non sarà (almeno non è nelle previsioni) neanche in futuro.

Ciò, come ovvio, costituisce una prima ed importante criticità, almeno per le aziende miste, perché mette insieme personale di diversa appartenenza (Ministero Salute e Regione e Ministero Istruzione),

con diversi contratti (addirittura una parte del personale universitario non è contrattualizzato), diverse modalità di selezione (concorsi) e differente sviluppo di carriera (la dirigenza ospedaliera è inquadrata su due livelli, e quella universitaria su tre), senza prevedere una minima normativa di armonizzazione e /o di progressiva integrazione, se non per la sola parte economica.

Se poi le cose nella pratica quotidiana continuano a funzionare lo si deve probabilmente alla buona stella che caratterizza le questioni italiane ed in larga misura, forse, alla buona volontà dei singoli impegnati nelle reciproche attività, siano essi ospedalieri od universitari.

In prospettiva (purtroppo solo teorica) l'istituzione dell'AOU potrebbe determinare alcune condizioni per realizzare anche da noi quegli "ospedali di insegnamento" che esistono in altri paesi europei, superando la dicotomia tra ospedale del SSN e policlinico universitario? Spes... ultima dea

RIFERIMENTI LEGISLATIVI E NORMATIVI

1. L. n. 833/1978: Istituzione del servizio sanitario nazionale; (Art. 39).
2. L. Costituzionale n. 3/2011: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (Art. 116, 117).
3. D.P.R. 129/1969: Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura.
4. DM 24 giugno 1971: Approvazione dello schema tipo di convenzione per la disciplina dei rapporti fra istituti pubblici di ricovero e cura e le università.
5. D. Lgs. 502/1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421; (art. 6)
6. DM 31 Luglio 1997: Linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa Università-Regioni.
7. D. Lgs. 517/1999: Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
8. DPCM 24/5/2001: 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.
9. Ministero della Salute: Dipartimenti per il Governo Clinico e l'integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca. Fascicolo Governo Clinico-Dipartimenti 2/2011.
10. D. Lgs. 229/1999 : Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419; (art. 6).
11. Sentenze Corte Costituzionale n. 103 del 2/6/1977, n 126 del 10/7/1981, n. 71 del 16/3/2001.
12. D.P.R. 382/1980: Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica, art. 102.
13. D.P.R. 761/1979: Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali; (art. 31).