

# SSR E UNIVERSITA' : L'INTEGRAZIONE POSSIBILE

Convegno Aress-Regione Piemonte

“IL GOVERNO DEI COSTI IN  
SANITA'”

Torino, 24.05.12

**Paolo Simone**

Docente universitario Uni.To in aspettativa

Direttore Sanitario d'Azienda A.S.L.To1

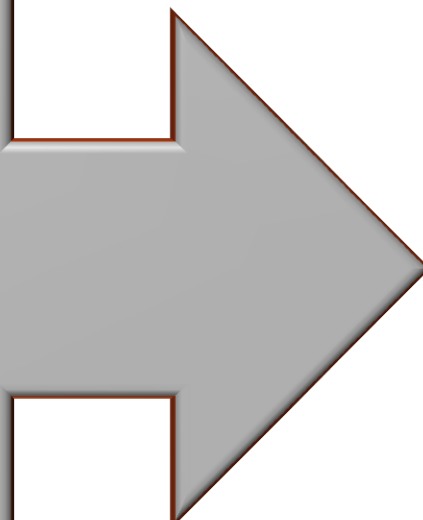


# La fotografia del presente

- A.O.U. 30 (22 ex A.O. e 8 ex Pol.)
- Policlinici privati 2 (Roma)
- IRCCS 31 (10 dir. pubbl., 13 dir. priv., 5 fondaz. dir. pub., 3 fondaz. dir. priv.)
- A.O. 24 (caso Lombardia)
- Presidi ospedalieri di ASL 22
- Ospedali privati 6 (3 CdC priv. accr., 2 ospedali classificati, 1 ospedale qualificato)

Totale in Italia : 115 ospedali  
d'insegnamento

Fonte : Rapporto Oasi 2010



Teaching Hospital  
in Italy

# Panoramica nazionale

- Modello «lombardo» : AA.OO. convenzionate con le Università (No AOU)
- Relazione biunivoca (es. Verona e Padova)
- Vari poli didattici Facoltà (Milano-Univ.d.studi, Roma-Sapienza, Bari-Univ.d.studi)
- Teaching-Hospital con più Università (es. Ist. Auxologico Italiano, IRCCS Bambin Gesù)

(fonte : rapporto O.A.S.I. 2010)

# Programmazione regionale

- Maggior parte Reg segue linee-guida nazionali 2001
- **Si** ad elaboraz. PSR per parti inerenti Univ. e definiz. programmaz.sanit.concernente Did & Ric (richiesta parere obbligatoria)
- E&R, FVG,Sar,Sic,Tos,Umb e Ven **SI** a redazione comune piani applicativi dei PSR e progr. per Ric.
- Cal,FVG,Pug,Sar,Sic e Ven **SI** a Comm.Parit. Perman. per monitoraggio applicazione Protocollo e formulaz. proposte per PSR e vari progetti
- Pug e Tos prevedono un Comitato Regionale di coordinamento delle UNIV (Pareri per programmaz.)

# Finanziamento aggiuntivo



- Sette reg. : E&R (8%), Lig(8%), Pie(5,5%) ,Pug(5%), Sic(5%), Umb(6%) e Ven(8%) **SI** a integrazione economica dal 5 all'8% ad Az. con Univ. (art.6 c.2 DM 31/07/97),decurtata del risparmio delle spese per il personale ipoteticamente assunto per le stesse prestazioni effettuate dall' Università.
- Due Reg (Cal e Cam) maggioraz. 20% delle prestaz.rispetto a tariffe
- Quattro (FVG,Mar,Sar,Tos) o determinaz. annuale o fondi per finalità specifiche.

# Risultati di gestione



- I protocolli dovrebbero prevedere le quote percent. dei risultati di gestione. Pochi lo fanno. Il Piemonte non prevede le eventuali azioni da svolgere in base ai risultati di gestione : piani di rientro (se neg.), finanziam.programmi assistenziali (se pos.)

# MISSION AOU



- I Protocolli Regioni/Univ. prevedono:
  1. Integrazione funzioni Ass Ric Did (Pie, Cal, FVG, Ven)
  2. Raggiung. obiet. programm. naz. e reg.  
(Cal e FVG)
  3. Qualità, Efficienza, Efficacia, Economicità (FVG)
  4. Valorizz. risorse umane Osp e Univ (Ven)

# Integrazione ASS RIC DID



- Solo principi generali (Pie, Sar, FVG)
- Criteri e parametri per integrazione Ass Ric Did rinviando definizione ad altri accordi (Cal, Cam, Mar e Tos)
- Esplicitano criteri e param. (linee guida nazionali 2001) con predefiniti rapporti stud./letti (3 letti per stud.) e/o correlandoli a n° iscritti Sc.di Spec. o C.d.L. prof. sanitarie.



# D.A.I.

- In quasi tutti i casi l'applicazione della legge che prevede l'integrazione tra dipartimentalizzazione universitaria ed ospedaliera è disattesa o enunciata senza una concreta realizzazione.



# Obiettivi da integrare nei futuri protocolli

## REGIONE

- **RAZIONALIZZAZIONE**
- **CONTENIMENTO SPESA**
- **COORDINAMENTO RETE OSPEDALIERA**
- **UMANIZZAZIONE**
- **PROGRAMMAZIONE IN RAPPORTO A RISORSE**
- **COERENZA ATTI AZIENDALI E OBIETTIVI REGIONALI**
- **QUESTIONE SPECIALIZZANDI**

## UNIVERSITA'

- **INSCINDIBILITA'**  
Assistenza Didattica  
Ricerca
- **DIDATTICA** qualità e  
logistica
- **SALVAGUARDIA  
AUTONOMIA**
- **Definizione OFFERTA  
FORMATIVA**
- **VALORIZZAZIONE  
ADEGUATA** apporto  
universitario

# OBIETTIVI PRIORITARI

- Formazione e specializzazione futuri medici (deve avvenire all'interno della rete ospedaliera con pari dignità fra strutture ospedaliere ed universitarie)
- Ricerca scientifica (obiettivo comune nelle strutture di riferimento regionale)
- Erogazione di assistenza sanitaria specializzata

# CRITICITA'

- **Funzione assistenziale** : prospettiva temporale di breve periodo. Deve confrontarsi con tre esigenze :
  - 1) Tutela della salute (art. 32 Cost.)
  - 2) limitatezza risorse
  - 3) necessità di coordinarsi all'interno di una rete
- **Funzione didattica** : prospettiva temporale di medio periodo.
  - 1) Trasferimento conoscenze
  - 2) Metodologia modulata sull'aggiornamento continuo, sulla ricerca e sull'innovazione

# CRITICITA'

- **Funzione di ricerca :** prospettive di lungo periodo : necessità di raccordarsi alla ricerca di base, alle potenzialità del territorio di riferimento, all'innovazione delle metodiche assistenziali e ai limiti del budget
- **Integrazione tra sistemi diversi** con finalità solo in parte comuni. La «mediazione» avviene tramite Protocolli d'Intesa che debbono riferirsi ad uno Schema-tipo nazionale

# CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA



NUOVO **PROTOCOLLO D'INTESA** REGIONE ED  
UNIVERSITA'

# Integrazione Ospedale-Università

## Ambiti dell'integrazione

- Integrazione sul piano normativo
- Integrazione sul piano organizzativo
- Integrazione sul piano della programmazione e della contrattazione dei budget (assistenza, ricerca, didattica)
- Individuazione di indicatori del processo integrativo

## Risultati attesi

- Protocolli per la gestione integrata del personale universitario e ospedaliero
- Creazione dei Dipartimenti ad Attività Integrate (D.A.I.) ex lege (DLgs 517/99)
- Pianificazione ad obiettivi integrati & coinvolgimento di tutti i soggetti nei progetti di ricerca
- Indicatore generale d'integrazione che tenda al 100%

## Le cose da evitare in un protocollo «ideale» tra Regione ed Università

- Pedissequa riproduzione della normativa nazionale
- Ignorare l'occasione fornita dall' ampliamento autonomia regionale
- Fotocopiare precedente protocollo
- Non sfruttare elementi innovativi (vedi esempio della Città della Salute e della Scienza di Torino)
- Dare spazio ad egoismi, personalismi e settarismi
- Temere le sfide del futuro per cullarsi nelle certezze del presente
- Considerare prerogative come privilegi (vedi esempio della gestione delle Scuole di Specializzazione e dei relativi tirocini pratici).



# SCENARI DEL PASSATO

La torre eburnea e il  
fortino assediato .... l'un  
contro l'altro armati.



# I NODI FONDAMENTALI

Pluralità  
interessi

Storici  
steccati

Diversità  
sistemi

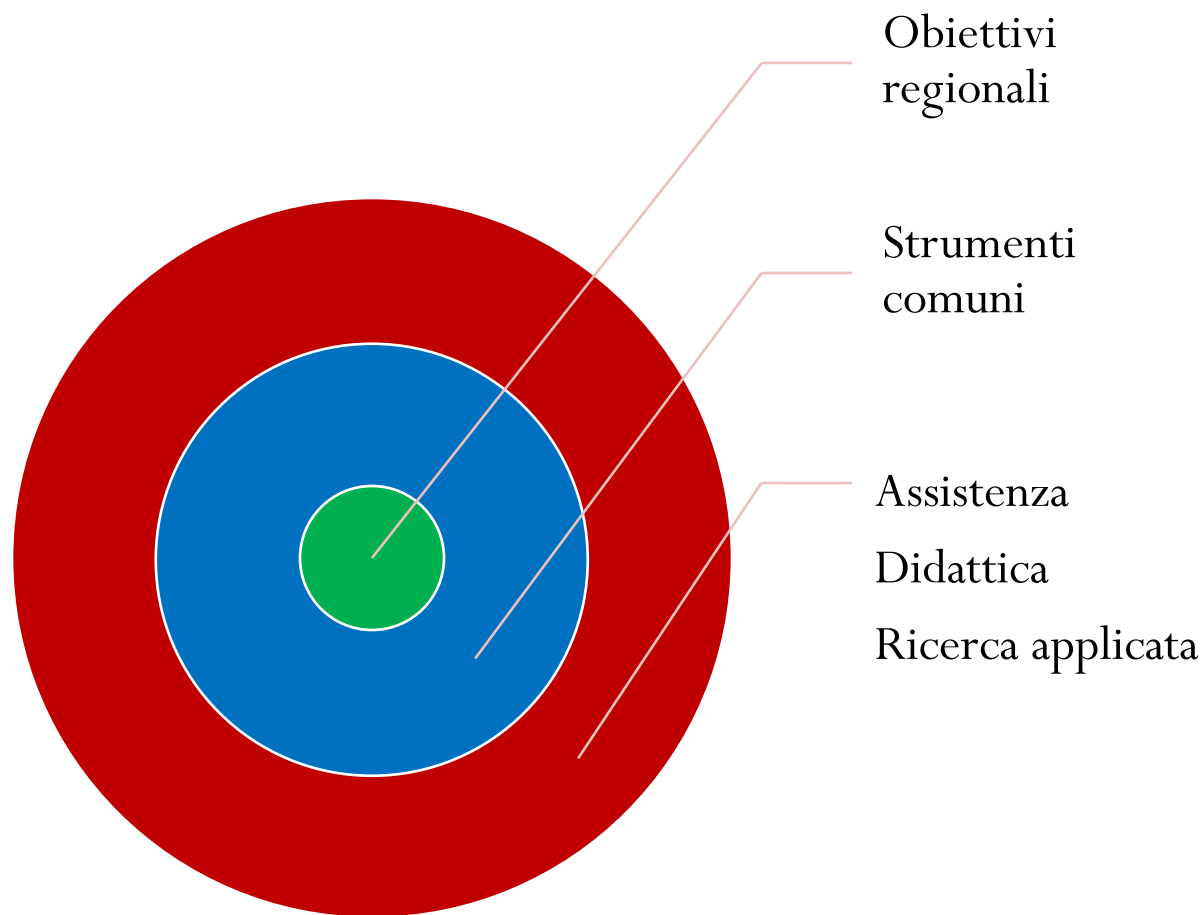
Amministrazioni  
sorde

Disomogeneità  
leggi

Dipartimenti  
stagni



# Premesse Protocollo «ideale»



# OBIETTIVI COMUNI

..e non prerogativa dell'uno o dell'altro

Qualità

Efficienza

Efficacia

Competitività

Innovazione

da : «Rapporto  
OASI 2010»  
(modificato)

# GOVERNANCE

Governance vs esterno (Regione)

Cabina di regia reg tra AOU  
o di area vasta.  
Federazione tra Aziende

Commissione permanente  
di verifica dei processi  
integrativi

Commissione  
Paritetica

Governance vs  
interno  
(università)

Scu-  
ola

Nuovi  
diparti-  
menti

Collegio di direzione  
/ management  
board

Organo  
d'indirizzo

Non  
executive/  
community  
board

NdV

Giunta  
di  
diparti-  
mento

Audit  
strategico

Governance vs  
interno (AOU)

Governance vs esterno (collettività)



# GOVERNANCE

- **Collegio di Direzione** : DG,DS,DA,DSci(IRCCS),Dir.i Dip.,Dir. Scuola (Preside)
- **Comitato di Dipartimento** : Dir.i Dip.,Dir.i SC e SSD, Coordinatori referenti
- **Organo di Indirizzo** : due Regione, due Univ.,Membri Dir. Strat. (non voto)
- **Consiglio di Facoltà** : sostituito o da Scuola o da Coordinam. Dip.i medici
- **Nucleo di Valutazione**
- **Commissione Paritetica R/U** : rappresentanti paritari tra Reg. ed Univ. per proposte per PSR e verifica attuazione Prot. d'Intesa
- **Giunta Esecutiva Facoltà** : sostituita da Coordinamento Dip.i Medici o altri
- **Community board** : rappresentanze elette della comunità di riferimento per scelte strat.,contr.performance, valut.Dir.i,promoz.dialogo con cittadini
- **Cabina di Regia di Area Vasta** : Dir.Strat.AOU e Cluster (e/o Federazioni)
- **Organo di Audit Strategico** : membri esterni nominati da Reg. per verifica raggiungim.obiett.,verifica gestionale ed eventuali scostamenti e determinazione azioni correttive

# Obiettivi per un modello sperimentale ideale : l'incubatore

- Valorizzazione sviluppo scientifico
- Volano per economia regionale
- Acquisizione da parte dei ricercatori di una cultura d'impresa legata alla progettualità
- Utilizzazione massimale risorse disponibili (umane, economiche, logistiche)
- Maggiore integrazione ospedale/università per ottenere obiettivi di efficienza ed efficacia nella realizzazione del progetto «Città salute e scienza»
- Obiettivi formativi, organizzativi, qualitativi
- Sinergie tra gli Atenei della città
- Aggiornamento protocolli d'intesa Reg/Univ

# Una proposta sperimentale per la governance

- **COMMISSIONE PERMANENTE DI VERIFICA DEI PROCESSI INTEGRATIVI FRA REGIONE ED UNIVERSITÀ**
- Potrebbe insediarsi in Agenzia regionale sotto l'egida della sua Direzione. Potrebbe essere composta da sei-otto componenti, nominati d'intesa tra Regione ed Università tra esperti nelle problematiche convenzionali (almeno per il 50% scelti tra i Dirigenti medici dipendenti e convenzionati).
- Si dovrebbe riunire almeno una volta al mese. Potrebbe avvalersi di audizioni ed incontri periodici con operatori ed amministratori.
- Si rapporterebbe sia con le Aziende convenzionate sia con la/le Università di riferimento regionale che dovrebbero fornirle tutte le informazioni richieste.
- Si farebbe carico di stilare una relazione semestrale sulle verifiche attuate.
- Ogni due anni stilerebbe un rapporto conclusivo del biennio che, come le precedenti relazioni, dovrebbe essere trasmesso alla Commissione Paritetica Regionale.



# Commissione permanente per la verifica dei processi integrativi tra Regione ed Università

- **FUNZIONI**
- Individua e definisce i più opportuni indicatori dei processi integrativi.
- Verifica i livelli raggiunti dagli stessi con cadenza semestrale in rapporto agli obiettivi definiti dal PSR (relazione semestrale).
- In caso di eccessivo scostamento indica all'Azienda/ e interessata/ e le azioni correttive in corso d'opera.
- Ogni due anni svolge una valutazione conclusiva, sottolineando eventuali carenze e difficoltà incontrate dalle Aziende convenzionate.
- Propone alla Commissione Paritetica Regionale eventuali correttivi dell'azione strategica e modifiche da apportare al PSR ed agli atti aziendali.

# Una suggestione : A.C.F.R.

- In un modello sperimentale si potrebbe superare il concetto di Azienda «mista», tradotto nell'ibrido acronimo A.O.U. rivelatosi, fino ad oggi, solo un contenitore pieno ... di buone intenzioni mai realizzate che esprime, soprattutto, differenze e contraddizioni, piuttosto che integrazione e condivisione.
- L'Azienda ospedaliera in cui si insedia l'Università, giunta alla conclusione di un percorso sperimentale d'integrazione concreta, potrebbe denominarsi, a solo titolo esemplificativo, Azienda per la Cura la Formazione e la Ricerca

# DIPARTIMENTALIZZAZIONE

NB Dopo l'applicazione della Gelmini con i nuovi Statuti scompaiono le Facoltà e i Dipartimenti acquistano molte delle loro funzioni. Le Scuole possono svolgere solo funzioni di coordinamento ed indirizzo



## OGGI

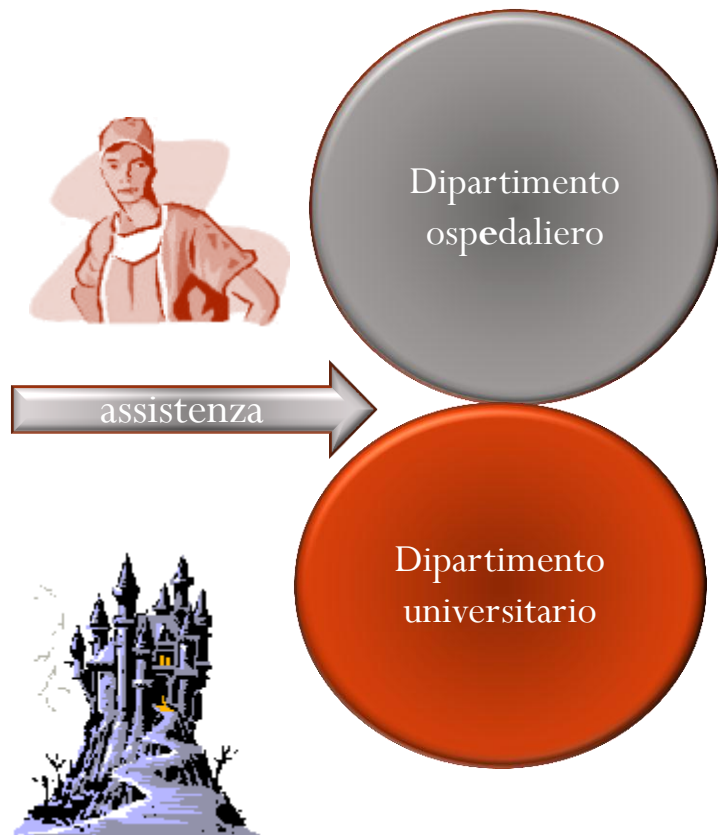
- **Dipartimento ospedaliero** (direttore fiduciario, obiettivi imposti, ricerca secondaria ad assistenza, budget indefinito, struttura variabile)
- **Dipartimento universitario** (direttore eletto dalla base, ricerca = ob.primario, controllo budget, struttura di norma omogenea).

## DOMANI

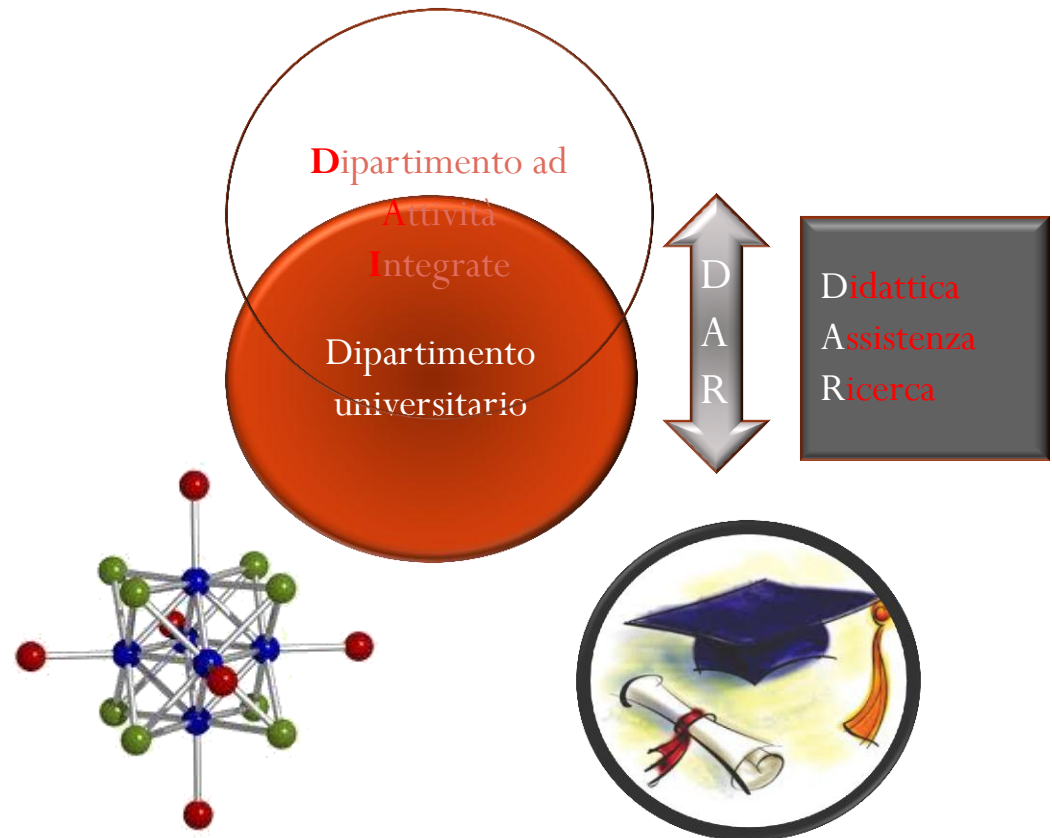
- **DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA**
- **DAI** Centro unitario di responsabilità e di costo; attività integrata con Ric e Did; budget; integrazione uffici ammin. e gestion. dei due Enti; coordinamento con attività dipartim.universitaria, valutazione coordinata.

# Obiettivo : sovrapporsi ... anche senza coincidere del tutto

## • Oggi



## • Domani



## ELEMENTI CARATTERIZZANTI L'A.O.U. E LA RICERCA DIFFUSI NEL SISTEMA (PSSR 8.3.5)

### FONTI NORMATIVE :

- D.Lgs 502/92 e successive modifiche
- Legge n° 59 del 15 marzo 1997
- D.Lgs n°517 del 21 dicembre 1999 art.1 comma 2
- D.P.C.M. del 24 maggio 2001 «Linee guida per protocolli»
- L.R. n° 18 del 6 agosto 2007 art. 21 comma 3 «Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del SSR»
- Legge n° 240 del 30 dicembre 2010 art.6 comma 13 «Norme in materia di riorganizzazione dell'Università ...» – «Schema d'intesa Regione-Università» (in attesa di pubblicazione)

# L'intesa «ideale» Università-Regione (scopi)

- Individuare un organismo paritetico d'indirizzo strategico
- Individuare un «Organo di verifica permanente dei processi integrativi» (utilizzando allo scopo, ad esempio, le Agenzie Regionali)
- Insediare in tutte le Aziende interessate i Dipartimenti ad Attività Integrate (D.A.I.)
- Ottenere il risultato di una gestione unificata del patrimonio e delle risorse umane e strumentali
- Costituire una «rete» compartecipata sia a livello formativo sia a livello di ricerca scientifica.

# Principali indirizzi strategici

- Metodi & strumenti condivisi e coerenti per obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e competitività
- Inscindibilità di Didattica Ricerca Assistenza e compartecipazione Univ. & Reg. a tale scopo
- Valorizzazione sviluppo scientifico e trasferimento tecnologico come volano economico regionale
- Sperimentazione di nuovi modelli organizzativi ed obiettivo di una piena corrispondenza fra l'assetto dipartimentale universitario e quello assistenziale nel modello «ad attività integrate».
- Raggiungere l'eccellenza rispettando vincoli economici

# L'INTEGRAZIONE in un modello sperimentale quale potrebbe essere, ad esempio, la costituenda «Città della Salute e della Scienza» di Torino

- Sede ideale per sperimentare nuovi modelli organizzativi
- Il «Campus» e l'INCUBATORE
- Integrazione amministrativa, gestionale, normativa, patrimoniale, organizzativa, logistica
- Definizione Indicatori generali d'integrazione
- Budget per Ass Ric Did e protocollo per gestione integrata personale medico, tecnico-amministrativo, infermieristico ospedaliero ed universitario
- Pianificazione ad obiettivi integrati
- Governance (aperta anche all'esterno) & modello gestionale (IRCCS o Fondazione)
- Finanziamento mix privato & pubblico
- Valutazione gestionale a cadenza annuale
- Valutazione «continua» dei processi integrativi.



# Obiettivi a lungo termine di un modello sperimentale

- Sviluppo scientifico e trasferimento tecnologico = traino economico per Regione
- «Cultura d'impresa» legata a progettualità
- Trasferimento modello ad altre Aziende
- Utilizzo ottimale risorse umane e materiali
- Sinergie tra Atenei piemontesi (e non) per modelli di sviluppo del territorio
- Più stretto collegamento con enti, istituzioni e rappresentanze del territorio piemontese
- Aggiornamento continuo dei protocolli d'intesa fino ad integrazione ideale
- Definizione condivisa dei parametri e degli indicatori dei processi integrativi
- Definizione comune di programmi formativi, assistenziali e di ricerca e loro collocazione nell'ambito degli irrinunciabili obiettivi regionali relativi alla razionalizzazione del servizio sanitario, al contenimento delle spese (con eventuali piani di rientro), alla piena utilizzazione delle risorse del territorio di riferimento, al rilancio economico attraverso l'innovazione tecnologica e l'applicazione della ricerca.

# APPROFONDIMENTI SULLE FONTI NORMATIVE E LEGISLATIVE

# RIEPILOGO QUADRO NORMATIVO NAZIONALE DI RIFERIMENTO

D.Lgs 502  
30/12/92  
ex  
L.421/92



D. P. C. d. M.  
24/05/2001  
«Linee Guida»

D.Lgs 517  
7/12/93  
ex  
L.421/92

D. Lgs 517/99  
Bindi-Zecchino  
ex L.D.419  
30/11/98

Schema-tipo  
Legge Gelmini  
n.240/10 art.6

# Caso Lombardia

- **Legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 titolo III** regola rapporti convenzionali Reg/AAOO/Univ
- Si è in attesa, come nel resto d'Italia, del decreto ministeriale inerente lo “schema tipo” di convenzione, previsto **dall'art.6 comma 13 della legge n. 240/10**, meglio conosciuta come Riforma Gelmini.

# Considerazioni 1

- Il modello lombardo è molto interessante, peculiare di quel territorio, caratterizzato da numerose strutture private altamente qualificate, da una pluralità di atenei con annesse Facoltà di Medicina, da una diffusa ed intensa densità demografica e da uno spirito imprenditoriale assai caratteristico nella popolazione lombarda.
- La specificità lombarda consiste nel fatto che non esistono AOU, ma sono costituite solo AO-Poli universitari. In molti casi “pezzi” di facoltà sono ospitate in singole AO.
- La regione Lombardia ha uniformato le proprie Aziende alle AOU, stabilendo con la legge regionale 15/2009 (ora abrogata), la costituzione di un “organo di indirizzo” ovvero il Comitato di Indirizzo e Coordinamento (CIC), ripreso, però, dalla legge successiva.
- La situazione del Protocollo d’Intesa in Lombardia, così come da noi in Piemonte, è in situazione di stallo, per la mancata emanazione del decreto ministeriale, previsto dalla riforma Gelmini, che deve stabilire lo schema-tipo valido su tutto il territorio nazionale.

# Considerazioni 2

- Appaiono peculiari alcuni aspetti del “modello lombardo”, in particolare : struttura convenzionale “leggera”, protocollo meno vincolante, maggiore integrazione sostanziale tra i due sistemi, nonostante l’assenza del contenitore A.O.U. e la mancata applicazione del modello dipartimentale “integrato” previsto dall’ultima riforma sanitaria (D.A.I.), in coerenza al pragmatismo tipico della Lombardia che privilegia la “sostanza” all’“apparenza”.
- La legge regionale n° 33 del 30/12/2009 contiene alcuni spunti interessanti: in particolare quelli contenuti negli artt.29 (costante verifica dei processi integrativi da parte degli organi regionali) e 36 (relazione biennale della Giunta al Consiglio sullo stato dei rapporti REG/AA.OO./UNIV) che si traduce nella c.d. “clausola valutativa”.

- Art. legge n.33/09 dal **28** al **30**: il **28** enuncia le finalità e gli ambiti di applicazione : appaiono interessanti i commi f) e g) che impongono, il primo, di implementare il modello sanitario lombardo, sottolineandone le peculiarità, ed il secondo di implementare la rete regionale dell'assistenza tenendo conto della pianificazione regionale. Il **29**, nel rafforzare tali concetti, dispone una verifica annuale dello stato d'attuazione dei comuni obiettivi programmati. I c.d. "poli universitari" stipulano "convenzioni" locali con le strutture pubbliche e private in cui sono insediate, rapportandosi con la "rete delle strutture sanitarie ubicate sul territorio", coerentemente agli obiettivi imposti. Gli altri Ospedali, non compresi nei poli, ma sede di corsi universitari, sono coinvolti nella rete della formazione ed obbligati agli obiettivi generali in misura delle proprie possibilità di contributo. Il **30** impone l'istituzione del **CIC** (Comitato d'indirizzo e coordinamento) di cui fanno parte, di diritto, il Presidente della Regione, i DG Az. competenti, i Rettori e i Presidi delle Fac. di M&C. E' da rilevare che la Riforma Gelmini alleggerisce i "poteri" delle Facoltà, che vengono trasformate in semplici Scuole, dove si coordinano le attività didattiche, trasferendoli in gran parte, invece, ai Dipartimenti Universitari che assumono molte delle funzioni attribuite alle vecchie facoltà. *A Torino lo Statuto ha consentito alla scuola di Medicina di mantenere una struttura un pò più pesante, rispetto alle altre Scuole, proprio al fine di non "indebolire" l'Università nei rapporti con la Regione.* La legge Gelmini, inoltre, attribuisce il potere decisionale al CdA, affidando al Senato Accademico semplici compiti d'indirizzo. Nel CdA futuro di Torino sono previsti tre membri esterni, oltre i cinque interni più il rettore, con specifiche competenze gestionali .

- Art. legge 33/09 dal 31 al 36. L'art. **31** definisce gli obiettivi del Protocollo ed i compiti ed i ruoli conseguenti. I principali criteri cui riferirsi sono : ambiti della partecipazione universitaria alla programmazione regionale, indicazione dei parametri per l'individuazione delle strutture coinvolte nella formazione e nella ricerca legate all'assistenza, definizione degli indicatori di risultato. Il Protocollo viene attuato per mezzo di convenzioni tra singole Università e singole strutture. L'art. **32** invita *tiepidamente* ad organizzare Dipartimenti che trattino congiuntamente ricerca, didattica ed assistenza. Rinvia comunque le decisioni in merito alle Convenzioni locali. I Direttori sono nominati, d'intesa (?!?), fra DG, Rettore e OPG (v. art.33). Il **33** istituisce **l'Organo di Programmazione Congiunta** (OPG), paritetico, che esprime pareri sugli assetti organizzativi. Ne farebbero parte, *Riforma Gelmini permettendo*, Rettore, Preside Medicina, Dir Amm Univ e i tre direttori d'Azienda (DG,DS,DA). Il **34** definisce le modalità di finanziamento del sistema con qualche aspetto interessante : verifica annuale e costituzione di un fondo speciale per la ricerca e la didattica finalizzato allo sviluppo ed all'attuazione del piano sanitario regionale. Il **35** definisce le modalità di integrazione dei trattamenti economici tra medici dipendenti ospedalieri e medici universitari convenzionati, garantendo a questi ultimi le stesse indennità accessorie dei colleghi ospedalieri e l'eventuale integrazione di eventuali differenze di trattamento a sfavore dei convenzionati. Infine il **36** tratta della c.d. "**clausola valutativa**", molto interessante, a mio avviso, Essa prevede una relazione biennale da parte della Giunta al Consiglio che risponda ai seguenti quesiti : composizione rete regionale dove si integrano assistenza – formazione – ricerca; attività definite nei protocolli e nelle convenzioni; valutazione del contributo assistenziale del personale universitario; esiti verifica obiettivi programmati ( art. 29 comma 3) e della valutazione (art.31 comma 5); attività svolta dal CIC e apporto universitario alla programmazione; modalità di istituzione e funzionamento OPC. Tale relazione è resa pubblica con l'eventuale risultanza del dibattito in Consiglio.



# Rapporti Università/Regione : una storia travagliata

- Legge 17/07/1890 n.6972 fondata su «malati e cadaveri, assistenza e beneficenza»
- R.D.L. 10/02/1924 n.549 poi T.U. sull'istruzione superiore (R.D. 31/08/1933 n.1592) coordinamento tra assistenza ed esigenze di Did&Ric. **Ospedali Clinici e Cliniche Ospedalizzate** (principio di reciprocità). Si sottoscrivevano convenzioni di natura contrattualistica conformi al Regolamento d'esecuzione da R.D. 24/05/1925 n.1144). I Med.Univ. sia degli **O.C.** sia delle **C.O.** prestavano servizio per i fini didattico-scientifici ed assistenziali ( c.d. FASE FILANTROPICA E CARITATEVOLE)

# Articolo 32 DELLA COSTITUZIONE

- «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».
- «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

# LA SVOLTA CON LA RIFORMA OSPEDALIERA

- Legge 12 Febbraio 1968 n.132 e D.del.27/03/69 n.129 (ordinamento int.dei serv.assist.delle cliniche e degli istituti univ.di ricovero e cura)
- Si entra in una fase di «servizio pubblico» a favore di un diritto della collettività. Gli universitari si «assoggettano» alle nuove regole, derivate dalla Costituzione ed imposte dalla Riforma.
- Primo tentativo di «isomorfismo»
- Il «policlinico» è equiparato all' «ospedale regionale»
- Primo Schema-tipo di convenzione (24/06/71)

# Scaturiscono due visioni contrapposte

- Tendenza del mondo universitario a «minimizzare» gli effetti della Riforma. Nulla è cambiato rispetto al recente passato.
- Tendenza del mondo ospedaliero a ritenere le «cliniche universitarie» alla stregua degli altri presidi ospedalieri assoggettati alle regole del nuovo protagonista istituzionale, la Regione.

Tutto è cambiato, dovete adeguarvi.

# Nasce il servizio sanitario nazionale

- La legge 23 dicembre 1978 n.833 sancisce il passaggio ad un modello di Servizio Sanitario di tipo «universalistico».
- L'art. 39 impone una più stretta correlazione nel rapporto tra Regioni ed Università, pur nella salvaguardia delle loro sfere di autonomia.
- Principio della «pariteticità». La Regione, nonostante la potestà legislativa in materia (art.117 d. Costit.), non ha supremazia sull'Università.
- Si afferma, per l'Università, il principio dell'INSCINDIBILITA' tra Ass. Ric. Did.

# Regime convenzionale su base paritetica

- In caso di mancato accordo tra R ed U scatta meccanismo di «mediazione» centrale super partes (art.50 l. n° 132 del 12/02/1968).
- I piani regionali debbono tener conto dell'autonomia universitaria.
- La nuova Convenzione va oltre i limiti meramente contrattualistici e costituisce una sorta di esecutività dell'art.39.
- Schema-tipo nazionale per evitare difformità eccessive nell'applicazione della legge.
- Validità convenzione «erga omnes» (USL) : si stipulano due tipi di convenzione 1) Reg/U 2) ASL/U

# Sequenza gerarchica nuova

- I. art. 39 della 833
- II. Schemi-tipo Convenzione R/U (D.I. 09/11/82 e 12/05/86) con funzione regolamentare
- III. Convenzione Regione/Università (momento delle scelte in relazione alle situazioni locali)
- IV. (in caso di gestione USL) Convenzione U/USL (strumento esecutivo per aspetti economici, amministrativi, logistici e tecnici)

# Disciplina equiparativa economica

- Art.47 d. 833 (criteri e principi); artt.31 e 35 L. del.761/79 (applicazione) :

1. Trattamento economico omogeneo tra U e O (l'equiparazione avviene per corrispondenza funzioni).  
Accordo Nazionale Unico fa testo per istituti economici accessori. Equivalenza orario di servizio. Per il resto le Convenzioni.
2. Uniformità regolamentazione dell'attività libero-professionale (t.p e t.d.). Reversibilità per i Med Univ per esigenze legate a didattica

Conclusioni : non più corrispondenza «sic et simpliciter», ma sec. modalità convenzionali.



# La stagione delle riforme continua...

- DPR 382/80 :
  1. NASCE IL RUOLO DEI PROFESSORI UNIVERSITARI (ORDINARI ED ASSOCIATI) E DEI RICERCATORI (GLI ASSISTENTI UNIV. VANNO AD ESAURIMENTO)
  2. S'INTRODUCE LA FIGURA DEL PROFESSORE A CONTRATTO

# Quante ore per l'assistenza?

- Corrispondenza funzionale :
  1. Professore ordinario = Primario
  2. Professore Associato = Aiuto
  3. Ricercatore Univ. = Assistente
- Ciò vale solo a fini assistenziali
- I Med Univ rispondono solo alle Autorità Accademiche anche per il controllo orario
- L'orario di servizio diventa un «problema» (quante ore per A, per R, per D ?)
- La minusvalenza assistenziale per gli impegni di ricerca e didattica viene accettata dalla parte ospedaliera solo se globalmente considerata

# Attribuzione qualifica superiore

- Con il tempo il ruolo del Professore Universitario perde i vecchi privilegi e garanzie, a causa del passaggio dall'Istituto (visione monocratica) ad una dimensione dipartimentale e interdipartimentale.
- Con la 382/80 vengono garantiti al Professore «solo» : libertà (Did&Ric), inamovibilità, titolarità insegnamento e diritto di equiparazione come da art.102.
- L'organizzazione dipartimentale (R&D) univ. resta separata dall'organizz. assistenziale ospedaliera (molto spesso i Dip Univ nascono come «confederazioni» di vecchi Istituti, slegati funzionalmente tra loro. Fenomeno di «gattopardismo morfologico» , cambiare tutto per non cambiare nulla).
- Superato per sempre il binomio cattedra-clinica.
- Da ora : la «clinica» è attribuita all'insegnamento di cui è titolare un professore ordinario.

- ... ma in caso di vacanza di posto è possibile attribuire le funzioni assistenziali specifiche di un ordinario ad un associato ed, a discendere, quella di un associato ad un ricercatore.
- La deliberazione è annuale, firmata dal rettore, sentito il parere del CdF, e deve essere rinnovata.
- Solo per la posizione apicale è obbligatoria la presenza di un prof universitario. Per la posizione intermedia si può applicare una graduatoria mista.
- La sostituzione «temporanea» è considerata diversamente e costituisce un obbligo per chi svolge normalmente la funzione inferiore.

# Dopo la 833

- Strutture cliniche direttamente gestite dall'Università
- Strutture clinicizzate delle Usl convenzionate con l'Università
- Strutture cliniche private, convenzionate con l'Università
- Nb Le convenzioni prevedono un ristoro economico per le strutture convenzionate

# La riforma della riforma

- Il Dlgs 502/1992 (Riordino del SSN) distingue due tipi di strutture «d'insegnamento» : 1) I Policlinici integrati con la Facoltà di Med e Chir), 2) Gli Ospedali clinicizzati, indipendenti dalla Facoltà, cui si riferiscono con convenzioni.
- Nel processo di aziendalizzazione il D.lgs 517/99 introduce il modello dell'A.O.U. (Azienda Ospedaliero Universitaria).
- Nella fase transitoria di 4 anni si distinguevano due categorie di AOU : 1) AOU integrate con l'Università (ex-ospedali clinicizzati); 2) AOU integrate con il SSN (ex policlinici universitari gestiti direttamente dall'U).

# I.R.C.C.S.

## ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

- Nati con la 833 (art. 42), poi disciplinati dal DPR 617/80 e dal Dlgs 269/93, poi modificato dal Dgls 288/2003 (art.1 :«enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità»).
- Una sentenza della Corte Costituzionale (n.270 del 23/06/05) sancisce su di essi la potestà delle Regioni.

# IRCCS

- Alcune Regioni normano in proposito : Liguria, Veneto, Friuli VG, Emilia R, Marche, Lazio, Campania e Puglia.
- Alcune Aziende non sono comprese in questo tentativo di riordino : Presidi di ASL, un certo numero di AO (formalmente non trasformate in AOU-v.Lombardia) e qualche struttura privata accreditata, rendendo il quadro generale dei Teaching Hospital assai variegato (v. dia successive). Esse ricadono in un limbo normativo che impedisce di reiterare formalmente le storiche convenzioni con le locali Facoltà (ex Dlgs 502/1992).  
da rapporto OASI 2010



# La retribuzione dei medici universitari

- La legge 517/99 (c.d. Bindi-Zecchino) supera la vecchia equiparazione prevedendo per i Med Univ un TEAG (trattamento economico aggiuntivo).
- Art.6 della Legge: a) un TEAG relativo alle diverse tipologie d'incarico; b) TEAG relativo a risultati e ad integrazione.
- In alcune regioni il MU riceve oltre il proprio stipendio : posizione, rapporto esclusivo, S.C., Direz.Dip.
- Il giovane Ricercatore (o Associato) è garantito da un assegno perequativo per evitare situazioni «in pejora».

# La situazione presente

- E' possibile in questo contesto normativo attuare una maggiore integrazione tra Regione, Ospedali ed Università al fine di costruire un modello avanzato di **TEACHING HOSPITAL** che possa competere con quelli esistenti nell'Europa occidentale e negli Stati Uniti ?
- A Torino, per esempio, sta per nascere una nuova Azienda Ospedaliera che si chiamerà «Città della Salute e della Scienza» e sorgerà dalle ceneri o dalla ristrutturazione dei grandi Ospedali torinesi : Molinette, CTO, S. Anna, Regina Margherita, Oftalmico.
- E' la situazione ideale per un modello sperimentale?