

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

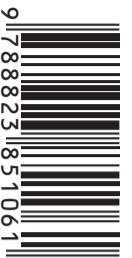
- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

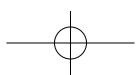
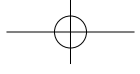
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



10 **La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare¹**

di Clara Carbone, Federico Lega e Anna Prenestini²

10.1 Introduzione

I *teaching hospital* sono organizzazioni particolarmente complesse in quanto depositarie di una triplice missione (Pesci et al, 1999; Smith e Whitchurch, 2002; Schreyögg e Von Reitzenstein, 2008; Carbone et al., 2010): la formazione e la specializzazione dei futuri medici, la ricerca scientifica e l'erogazione di assistenza sanitaria specializzata e innovativa. In particolare, è importante sottolineare i seguenti aspetti (Borgonovi, 2010):

- ▶ la funzione assistenziale ha una prospettiva temporale di breve periodo, meglio dire dell'immediato, in quanto deve rispondere ad esigenze di tutela della salute che si manifestano oggi. Una funzione che deve confrontarsi con il problema della limitatezza delle risorse e con l'esigenza di coordinamento con altri ospedali che costituiscono il sistema di offerta;
- ▶ la funzione di didattica si pone in una prospettiva temporale di medio periodo, avendo l'obiettivo di trasferire ai futuri «professionisti della salute» (medici e non medici) conoscenze già esistenti e strumenti concettuali e metodologici idonei a rinnovare queste conoscenze, sia tramite l'esperienza che i laureati matureranno sul campo, sia tramite una costante attività di aggiornamento sulle nuove conoscenze sviluppate nella ricerca scientifica;

¹ Questo capitolo è il frutto di un lavoro di ricerca svolto nell'ambito del progetto "SIVEAS" del Ministro della Salute. Gli autori ringraziano il dott. Filippo Palumbo (capo dipartimento della qualità) per avere sostenuto la ricerca, e il dott. Alessandro Ghirardini (dirigente ufficio), sotto la supervisione del quale la ricerca si è sviluppata.

² Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§10.1,10.2 e 10.3 sono da attribuirsi a Clara Carbone, il §10.4 ad Anna Prenestini e il §10.5 a Federico Lega. Si ringraziano Paola Poser e Antonio Costagliola Di Fiore per il contributo nella raccolta dei dati oggetto di elaborazione.

- ▶ la funzione di ricerca si pone, invece, nella prospettiva del futuro, a volte prossimo per la sperimentazione clinica di ultima fase e per l'applicazione controllata (sul piano scientifico ma anche su quello etico) di metodiche assistenziali innovative, spesso remoto quando prende la forma della ricerca di base.

Tali funzioni hanno come destinatari immediati persone diverse: i pazienti di oggi, i professionisti di domani, i pazienti e i professionisti di un futuro ancora più lontano. Dalla compresenza di tali funzioni deriva, inoltre, una pluralità di interessi e di fini, per loro natura non allineati, che sono resi ancora più forti dalle caratteristiche fisiologiche delle organizzazioni professionali (Lega, 2008), quali gli stessi ospedali di insegnamento.

Negli ultimi anni, a seguito dell'intensificarsi delle aspettative politiche, istituzionali e sociali rispetto al miglioramento qualitativo dei servizi sanitari in condizioni di sostenibilità economica, i *teaching hospital* sono stati oggetto di una crescente attenzione istituzionale e mediatica che, se da un lato ne ha ribadito l'importanza e la centralità nel sistema sanitario, dall'altro ne ha messo in evidenza le complessità di funzionamento e la necessità di far convergere la pluralità di interessi.

Dal punto di vista giuridico si evidenzia un sistema di regole articolato e differenziato per diverse categorie di *teaching hospital*. Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), infatti, la disciplina sugli ospedali di insegnamento e sui rapporti tra Sanità e Università si è sviluppata nel corso degli ultimi 30 anni attraverso diversi interventi normativi.

I primi interventi significativi nell'ambito degli ospedali di insegnamento risalgono alla creazione del SSN, avvenuta per mezzo della legge 833/1978 (ex art. 39). In essa, per la prima volta, era prevista un'integrazione tra Università e SSN, da realizzarsi tramite lo strumento della convenzione per disciplinare aspetti quali, per esempio, gli apporti delle Facoltà di Medicina al SSN.

Di fatto, dalla legge del 1978 alle riforme avviate all'inizio degli anni '90, il quadro dei rapporti tra Università e SSN era caratterizzato da tre modelli diversi (Meloni et al., 1999):

- ▶ strutture cliniche a gestione diretta universitaria;
- ▶ strutture cliniche delle USL convenzionate con le Università;
- ▶ strutture cliniche di proprietà privata, convenzionate con l'Università.

Il D.lgs. 502/1992 (riordino del SSN) ha definito un quadro parzialmente diverso, con la distinzione tra due tipologie di strutture ospedaliere sede di attività accademiche:

- ▶ i policlinici universitari a gestione diretta, caratterizzati da una piena integra-

- zione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia, che ne influenzava in maniera rilevante una serie di processi decisionali³;
- ▶ gli ospedali clinicizzati, strutturalmente indipendenti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, con la quale regolavano le attività di ricerca e di didattica sulla base di accordi e convenzioni⁴.

Allo scopo di risolvere tale «duplicità», il D.lgs 517/1999 ha introdotto il modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU). Il decreto prevedeva, comunque, una fase transitoria di quattro anni durante la quale le AOU si distinguevano in due categorie: i) AOU integrate con l'Università – ex ospedali clinicizzati – e ii) AOU integrate con il SSN – ex policlinici universitari a gestione diretta. La suddetta normativa, ripresa anche dai Protocolli d'intesa Regione-Università, prevedeva che la responsabilità per l'assistenza ricadesse sul SSR, mentre quella per la didattica e la ricerca rimanesse attribuita all'Università.

Parallelamente all'evoluzione delle AOU, nel SSN si è affermata un'altra importante categoria di ospedali di ricerca e di insegnamento: gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La disciplina di riferimento degli IRCCS pone le sue origini nella legge 833/1978 (art. 42), successivamente integrata dal D.P.R. 617/1980 e dal D.lgs 269/1993, poi modificato dal D.lgs 288/2003 (riordino della disciplina degli IRCCS)⁵. A seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 23 giugno 2005, si è stabilito che la potestà regolamentare sugli IRCCS è in capo alle Regioni. Alcune di esse hanno sfruttato appieno tale autonomia con la promulgazione di normative regionali di riordino degli IRCCS (Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Campania e Puglia).

Lo sforzo legislativo per riorganizzare il sistema degli ospedali di ricerca e di insegnamento italiani non riguarda, tuttavia, l'intero universo di aziende sanitarie che svolgono contemporaneamente attività di ricerca, didattica e assistenza: tra tali strutture, infatti, si annoverano anche alcuni presidi ospedalieri di ASL, una serie di AO (non formalmente trasformate in AOU) e qualche struttura di ricovero privata accreditata. Tali categorie di *teaching hospital* ricadono in un «limbo» normativo che impedisce di reiterare formalmente le «storiche» convenzioni con le Facoltà di Medicina e Chirurgia locali (ex D. lgs. 502/1992), sebbene di fatto continuino ad essere sedi di attività didattica e di ricerca.

³ Secondo la normativa di riferimento tali ospedali, a cui venne conferito lo *status* di «ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione», vengono definiti «aziende dell'Università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile [...]» (art. 5, d.lgs. 502/1992).

⁴ Secondo la normativa di riferimento tali ospedali sono identificati come «presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina, costituiti in aziende ospedaliere.» (art. 6, d.lgs. 502/1992)

⁵ Gli IRCCS vengono definiti quali «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.» (art. 1, d.lgs. 288/2003)

10.2 Obiettivi e metodologia della ricerca

Il presente lavoro di ricerca si pone tre obiettivi:

- ▶ rilevare le diverse tipologie di ospedali che in Italia possono definirsi *teaching hospital* in quanto svolgono contemporaneamente funzioni di assistenza, didattica e ricerca;
- ▶ analizzare il sistema di regole che guidano il funzionamento dei *teaching hospital*, focalizzando maggiormente l'attenzione sulle Aziende Ospedaliero-Universitarie in relazione al «modello» disegnato dalle normative nazionali (D.lgs 517/1999) e dai protocolli d'intesa Regione-Università;
- ▶ proporre dei modelli di *governance* al fine di migliorare il funzionamento delle AOU, enfatizzando il ruolo e la rilevanza dei principali portatori di interesse.

Rispetto al primo obiettivo, la metodologia ha previsto due fasi: (i) un'analisi incrociata di banche dati ministeriali e dei siti *web* istituzionali delle aziende sanitarie e delle Università, al fine di verificare la presenza di attività di didattica (corsi di laurea) e formazione (scuole di specializzazione) della Facoltà di Medicina e Chirurgia all'interno delle strutture ospedaliere e (ii) un'indagine telefonica rivolta alle stesse istituzioni per verificare i dati raccolti.

Per il secondo obiettivo sono stati analizzati 17 protocolli d'intesa Regione-Università, effettuando un confronto con la normativa nazionale (D.lgs. 517/1999 e DPCM 24 maggio 2001 «Linee guida concernenti i protocolli d'intesa»). Lo schema utilizzato per l'analisi dei Protocolli d'intesa è sintetizzato nella Tabella 10.3 (riportata nel §10.4).

Infine, per l'ultimo obiettivo è stato organizzato un *focus group* con esperti del settore per discutere: i) il funzionamento degli attuali organi di *governance* previsti dalla normativa nazionale e regionale; ii) alcune proposte di nuovi e ulteriori organismi collegiali che tengano conto dei diversi portatori di interesse delle AOU.

Considerati tali obiettivi, il capitolo presenta la seguente struttura:

- ▶ il § 10.3 riporta la fotografia delle diverse tipologie di *teaching hospital* in Italia;
- ▶ il § 10.4 descrive le regole di funzionamento delle AOU in base all'analisi della documentazione istituzionale;
- ▶ il § 10.5 presenta le proposte dei modelli di *governance* e i risultati del *focus group*.

10.3 La fotografia dei *teaching hospital* in Italia

Dalla mappatura dei diversi *teaching hospital* emerge un'elevata eterogeneità. Nel SSN italiano si contano complessivamente 115 ospedali d'insegnamento, così classificati:

- ▶ AOU (30), a loro volta suddivise in AOU integrate con l'Università, ossia ex Aziende ospedaliere (22) e AOU integrate con il SSN, ossia ex Policlinici a gestione diretta (8)⁶;
- ▶ Policlinici privati (2) (Policlinico Universitario «A. Gemelli» e Policlinico Universitario «Campus bio-medico» di Roma)
- ▶ IRCCS (31), suddivisi in 10 di diritto pubblico, 13 di diritto privato, 5 fondazioni di diritto pubblico e 3 fondazioni di diritto privato;
- ▶ AO (24): si precisa che alcune realtà ospedaliere mantengono lo status di AO, nonostante svolgano attività di didattica. In Lombardia ciò dipende da scelte specifiche effettuate dal livello regionale⁷, mentre per le AO di altre Regioni si cade nel «limbo» normativo richiamato sopra;
- ▶ Presidi Ospedalieri di ASL (22)⁸; laddove le Regioni, nell'esercizio della propria autonomia, hanno deciso di non conferire a tali strutture lo status di azienda (ad esempio in Abruzzo);
- ▶ Ospedali privati per un totale di 6 strutture (3 Case di Cura private accreditate, 2 ospedali classificati e 1 ospedale qualificato).

La Tabella 10.1 riporta la distribuzione degli ospedali d'insegnamento nelle diverse Regioni.

Da un punto di vista dimensionale, le AOU e i policlinici privati presentano una dotazione media di posti letto superiore alle altre tipologie di *teaching hospital*:

⁶ Tra le ex AO si annovera l'Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata, che dal primo luglio 2008 è stata in trasformata in fondazione. La Fondazione PTV è stata costituita dalla Regione Lazio e dall'Università di Roma-Tor Vergata in base alle previsioni del Protocollo d'intesa Regione-Ateneo del 2005 e della L. R. 26/2007. Essa configura come «fondazione di partecipazione», corrispondente alla tipologia delle «fondazioni strumentali agli enti pubblici fondatori». Lo strumento giuridico che ha portato alla costituzione, al successivo riconoscimento e, infine, all'avvio e alla piena operatività della Fondazione è stata quella della sperimentazione gestionale.

⁷ In Lombardia non esistono AOU, ma sono costituite solo AO-poli universitari. La Regione Lombardia ha deciso di uniformare le proprie aziende alle AOU definendo, tramite legge regionale (L.R. 15/2009), un organo che assuma le funzioni dell'Organo di Indirizzo, ossia il Comitato di Indirizzo e Coordinamento.

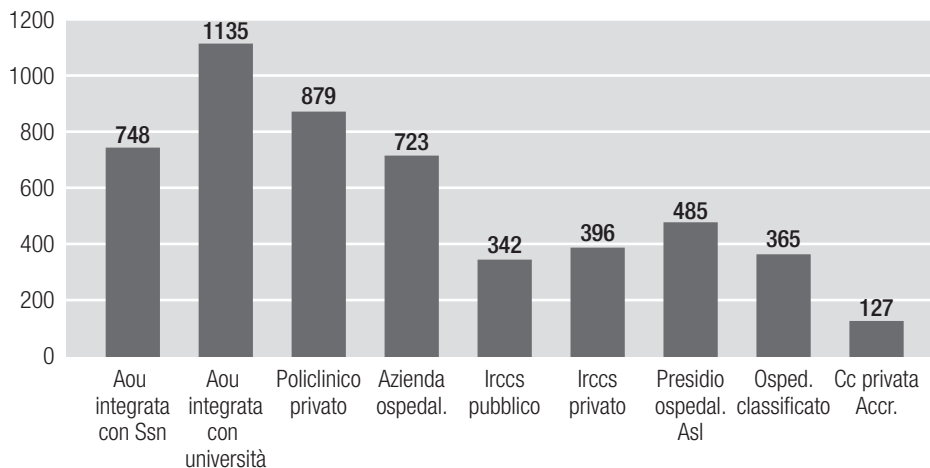
⁸ Nel numero totale dei Presidi Ospedalieri (PO) sono compresi tutti i *teaching hospital* anche se appartenenti alla stessa ASL. In particolare: in Abruzzo i 4 PO appartengono a 3 diverse ASL, in Campania i 2 PO appartengono ad un'unica ASL, in Emilia Romagna 2 PO per la stessa ASL, in Piemonte 2 PO per 2 ASL, in Sardegna 4 PO per la stessa ASL, in Sicilia 2 PO per 2 ASL.

Tabella 10.1 Ospedali di insegnamento italiani ripartiti per Regione e per tipologia

	AOU Integrata con Università	AOU integrata con SSN	AOU Policlinico Universitario		AO	IRCCS		IRCCS Pubblico	IRCCS Privato	Fondazione		Presidio Ospedaliero ASL	Ospedale classificato	Istituto qualificato	Casa di cura privata accreditata	Totale
			Privato	Pubblico		IRCCS Pubblica	IRCCS Privata									
Abruzzo										4						4
Calabria	1				1					1						3
Campania		2			4						2					8
Emilia- Romagna	4					1					3				1	9
Friuli Venezia Giulia	2					2					1					5
Lazio	2	1	2		1	1		1		1						10
Liguria	1					2										3
Lombardia					9			10		3		1			2	25
Marche	1					1										2
Molise							1				1					2
Piemonte	3				3				1		2			1		10
Puglia	2					2		1		1	1		1			8
Sardegna		2								4						6
Sicilia		3			4					2						9
Toscana	4								1		1					6
Umbria					2											2
Veneto	2					1										3
Totale	22	8	2	24	10	13	5	3	22	2	1	3	115			

* Nel computo rientra l'Azienda Ospedaliera OO.RR San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona per la quale risulta in attuazione il progetto di dislocazione dell'attività di didattica.

Fonte: Dati Ministero della Salute 2007

Figura 10.1 **PL medi per tipologia di *Teaching Hospital***

Fonte: Dati Ministero della Salute 2007

più di 1100 per le AOU integrate con l'Università, quasi 900 per i policlinici privati e quasi 750 per le AOU integrate con il SSN. Le altre tipologie di *teaching hospital* si attestano al di sotto dei 500 posti letto, ad eccezione delle AO (oltre 700) (cfr. Figura 10.1).

Rispetto alle relazioni tra Università e strutture ospedaliere (cfr. Appendice 10.1), emerge come in alcuni casi vi sia una relazione quasi o totalmente biunivoca tra l'Università e l'AOU di riferimento (ad esempio, AOU di Padova e Verona); in altri casi, invece, le attività di didattica e ricerca vengono distribuite tra diversi ospedali, che vanno a costituire veri e propri poli didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia (come ad esempio per l'Università delle grandi città, quali l'Università degli Studi di Milano, l'Università la Sapienza di Roma, l'Università degli Studi di Bari ecc.); in altre situazioni, invece, più Università svolgono le proprie attività nello stesso *teaching hospital* (ad esempio, l'IRCCS Istituto Auxologico Italiano e l'IRCCS pediatrico Bambino Gesù).

In conclusione, è possibile affermare che il panorama dei *teaching hospital* in Italia è molto variegato, in quanto si compone di una serie di strutture sanitarie che svolgono contemporaneamente la triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, ma che si differenziano per alcune caratteristiche, quali:

- ▶ l'autonomia (ad esempio, Aziende Ospedaliero-Universitarie e IRCCS) o la dipendenza da un altro soggetto giuridico (ad es. presidi ospedalieri di ASL);
- ▶ la natura giuridica (pubblica o privata);
- ▶ le cornici normative differenti (ad esempio, i riferimenti normativi degli IRCCS sono differenti da quelli delle AOU o degli ospedali classificati);

- ▶ il rapporto univoco o biunivoco con la Facoltà di Medicina e Chirurgia (cfr. Appendice 10.1).

Ulteriori differenze tra *teaching hospital* sono riscontrabili in termini di (i) *mission* perseguita – che potrebbe privilegiare maggiormente una delle tre funzioni (ad esempio, ricerca per gli IRCCS, didattica per le AOU) – e di (ii) sistema di *governance* previsto dalla normativa (ad esempio, per gli IRCCS la normativa di riferimento prevede la figura il Direttore Scientifico).

10.4 Il sistema di regole per il funzionamento delle AOU

I protocolli d'intesa sono lo strumento attraverso il quale Regione e Università «si accordano per garantire che, pur nelle rispettive autonomie, le potenzialità e i benefici dell'assistenza, della didattica e della ricerca siano a vantaggio della collettività» (Braga e Longhi 2004). La seconda parte della ricerca, quindi, si è concentrata sui protocolli d'intesa Regione-Università cercando di delineare le regole di funzionamento dei *teaching hospital* nelle varie Regioni italiane. In particolare, si è cercato di verificare:

- ▶ se vi sia una stretta aderenza rispetto a quanto definito dalla normativa nazionale (D. lgs. 517/1999 e DPCM 24 maggio 2001 «Linee guida concernenti i protocolli d'intesa»).
- ▶ oppure se i «modelli» di funzionamento delle AOU siano differenziati tra le diverse Regioni.

Sono stati analizzati 17 protocolli (cfr. Tabella 10.2). La scelta di alcune Regioni è stata quella di dotarsi di un unico protocollo d'intesa per tutte le Università presenti sul territorio regionale (Emilia Romagna, Piemonte, Sardegna, Toscana e Veneto). Altre hanno stipulato un protocollo diverso per ciascuna Università (Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Sicilia). Calabria, Liguria, Marche e Umbria hanno redatto il protocollo con l'unica Università nella quale insiste il corso di laurea in Medicina e Chirurgia presente nella Regione⁹.

L'analisi, di seguito presentata nel dettaglio, ha dimostrato in modo evidente come i protocolli d'intesa redatti da Regioni e Università si attengano notevol-

⁹ Nell'analisi non sono riportate le seguenti Regioni:

- Lazio, in quanto la richiesta dei protocolli d'intesa è rimasta inevasa;
- Lombardia, poiché al momento non è stato ancora stipulato alcun protocollo d'intesa sebbene la legge regionale 6 agosto 2009 n. 15 ne abbia previsto la stipulazione entro sei mesi: «La Regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, stipula con le Università un protocollo generale d'intesa, finalizzato a disciplinare il rapporto tra le facoltà di medicina e chirurgia e i soggetti pubblici e privati accreditati a contratto nel territorio regionale» (art. 2, c.2).
- Abruzzo, Basilicata, Molise, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta per l'assenza di Aziende Ospedaliere-Universitarie nel territorio regionale.

Tabella 10.2 **Protocolli d'intesa Regione-Università analizzati.**

REGIONE		PROTOCOLLI D'INTESA			
		Università coinvolte		AOU coinvolte	Riferimenti normativi
		Un Protocollo per ciascuna Università	Protocollo unico per tutte le Università della Regione		
1	Calabria*	Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro*		AOU "Mater Domini" di Catanzaro	DGR 25 ottobre 2004, n° 799 DGR 23 settembre 2005, n° 822 (integrazioni)
2	Campania**	Seconda Università degli Studi di Napoli		AOU Seconda Università degli Studi di Napoli	DGR n. 1191 del 30 giugno 2009
3	Campania**	Università degli Studi di Napoli "Federico II"		AOU Federico II	DGR n. 1191 del 30 giugno 2009
4	Emilia Romagna		Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma	AOU di Bologna AOU di Ferrara AOU di Modena AOU di Parma	DGR n° 2005/297 – approvato il 14 febbraio 2005
5	Friuli Venezia Giulia	Università degli Studi di Trieste		AOU "Ospedali Riuniti" di Trieste	DGR stipulata in data 13 febbraio 2006
6	Friuli Venezia Giulia	Università degli Studi di Udine		AOU di Udine	DGR 29 dicembre 2005, n° 3439
7	Liguria*	Università degli Studi di Genova*		AOU di Genova	Deliberazione Consiglio Regionale 18/12/2003, n° 47
8	Marche*	Università Politecnica delle Marche*		AOU "Ospedali Riuniti Umberto I – G. M. Lancisi – G. Salesi"	DGR n° 1035 del 07/09/2004
9	Piemonte		Università degli Studi di Torino e Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"	AOU San Giovanni Battista di Torino AOU San Luigi di Orbassano AOU Maggiore della Carità di Novara	Protocollo sottoscritto in data 2 aprile 2001 Successive integrazioni: Deliberazione Consiglio Regionale 22 ottobre 2007, n° 136-39452 Decreto della Presidente della Giunta Regionale 17 dicembre 2007, n° 98
10	Puglia	Università degli Studi di Foggia		AOU di Foggia	Protocollo sottoscritto in data 11 marzo 2003
11	Sardegna		Università degli Studi di Cagliari e Università degli Studi di Sassari	AOU di Cagliari AOU di Sassari	DGR n° 38/5 del 16/09/2004

Tabella 10.2 (segue)

REGIONE		PROTOCOLLI D'INTESA			
		Università coinvolte		AOU coinvolte	Riferimenti normativi
		Un Protocollo per ciascuna Università	Protocollo unico per tutte le Università della Regione		
12	Sicilia**	Università degli Studi di Catania		AOU policlinico dell'Università di Catania AOU ospedali Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino	Protocollo sottoscritto in data 18 novembre 2003
13	Sicilia**	Università degli Studi di Messina		AOU policlinico Gaetano Martino di Messina	Protocollo sottoscritto in data 18 novembre 2003
14	Sicilia**	Università degli Studi di Palermo		AOU policlinico Paolo Giaccone di Palermo	Protocollo sottoscritto in data 18 novembre 2003
15	Toscana		Università degli Studi di Firenze, Università degli studi di Pisa e Università degli studi di Siena	AOU Careggi di Firenze AOU Meyer di Firenze AOU di Pisa AOU di Siena	DGR 1 dicembre 2008, n°1020
16	Umbria*	Università degli Studi di Perugia*		AO di Perugia AO di Terni	Protocollo sottoscritto in data 3 maggio 2006
17	Veneto		Università degli Studi di Padova e Università degli studi di Verona	AOU di Padova AOU di Verona	Deliberazioni del Consiglio Regionale N. 140 del 14 dicembre 2006

* La sola Università coinvolta è in realtà l'unica della Regione in cui insiste il corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

** Regioni in cui sono stati sottoscritti più protocolli d'intesa (uno per ogni Università), i cui contenuti risultano però gli stessi, salvo le parti riguardanti elementi specifici.

mente alla normativa nazionale di riferimento, ricollegandosi principalmente al D.lgs. 517/1999 e alle Linee Guida 2001¹⁰, ma anche a disposizioni meno recenti come quelle del D.lgs. 502/1992. Si rileva, quindi, una netta convergenza tra i sistemi di regole regionali: le Regioni, rinunciando agli spazi di autonomia decisionale concessi in materia sanitaria con la riforma del Titolo V della costituzione, stipulano i protocolli d'intesa seguendo logiche di isomorfismo istituzionale.

Tuttavia, è necessario ricordare che la maggior parte dei protocolli d'intesa sono stati redatti tra il 2001 e il 2005 e, anche sulla base delle indicazioni presenti al loro interno in merito alla durata, dovrebbero essere rinnovati. Il rinnovo potrebbe in-

¹⁰ Ad esclusione del Piemonte, il cui protocollo risale al 2001, prima che fossero redatte le linee guida.

trodurre importanti novità e più punti di differenziazione. Tale ipotesi sembra in parte confermata da uno dei più recenti protocolli stipulati (Toscana, dicembre 2008), che risulta in alcune parti il più innovativo, ad esempio sul fronte della valutazione delle performance aziendali. D'altro canto, il più recente protocollo in assoluto, ossia quello relativo alle AOU di Napoli (luglio 2009), non sembra proporre innovazioni rispetto alla normativa nazionale. È, quindi, sempre opportuno considerare il contesto e la maturità dei SSR, alcuni dei quali hanno avuto storicamente un predominio delle Università nella gestione degli ospedali di insegnamento e solo oggi si trovano a dover affrontare le complessità di funzionamento delle AOU e la programmazione integrata delle loro specifiche attività nel SSR.

Al fine di analizzare il sistema di regole che guidano il funzionamento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli organi/organismi che ne garantiscono la *governance*, i Protocolli d'intesa Regione-Università sono stati indagati rispetto ai seguenti ambiti:

- ▶ partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale per le AOU, al fine di individuare le aree su cui è richiesto un coinvolgimento da parte dell'ente universitario;
- ▶ compartecipazione dell'Università e della Regione alla dimensione economico-finanziaria delle AOU;
- ▶ assetti istituzionali delle AOU, evidenziando *mission*, principali organi previsti e modalità d'integrazione delle tre funzioni delle AOU;
- ▶ specificità del modello organizzativo delle AOU al fine di analizzare gli assetti di *governance* della linea produttiva, in particolare dei dipartimenti.

La Tabella 10.3 riporta lo schema di analisi dei protocolli d'intesa.

Tabella 10.3 **Schema per l'analisi dei Protocolli d'intesa**

Sezione	Dimensioni indagate
1) Partecipazione dell'Università alla programmazione regionale	– Partecipazione dell'Università: materie e tipologie di parere – Ulteriori tematiche e organismi
2) Dimensione economico-finanziaria	– Finanziamento – Patrimonio – Compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione
3) Assetti istituzionali delle AOU	– Esplicitazione della <i>mission</i> dell'AOU – Organi dell'AOU – Indicazioni in merito all'integrazione o alle caratteristiche specifiche delle funzioni dell'AOU
4) Organizzazione e personale dell'AOU	– Dipartimenti – Strutture organizzative interne ai Dipartimenti – Meccanismi di coordinamento interdipartimentale – Trattamento del personale universitario

10.4.1 Partecipazione dell'Università alla programmazione regionale

La maggior parte dei protocolli d'intesa riprende le indicazioni delle Linee Guida 2001 rispetto:

- ▶ alle materie fondamentali per cui è richiesta la compartecipazione dell'Università alla programmazione generale, ossia «contribuiscono, per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione dei piani sanitari regionali, nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, programmi di intervento e modelli organizzativi delle strutture e delle attività».
- ▶ alla richiesta del parere dell'Università sulle medesime materie.

Si evidenzia, in particolare, che Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto prefigurano o specificano nel dettaglio ulteriori tematiche su cui l'Università compartecipa. Generalmente si tratta della redazione dei criteri applicativi dei Piani Sanitari Regionali (PSR) e dei programmi per la ricerca biomedica o per la didattica.

In relazione agli organismi di *governance* sovraziendali:

- ▶ alcune regioni (Calabria, Friuli Venezia Giulia – Università di Udine, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto) prevedono organismi (Commissioni paritetiche o permanenti) per monitorare l'esecuzione del protocollo d'intesa e/o formulare proposte per il PSR o altri progetti (ad esempio, nel caso del Veneto per la ricerca bio-medica).
- ▶ Puglia e Toscana prevedono esplicitamente un Comitato Regionale di coordinamento delle Università, che esprime i pareri nell'ambito della programmazione regionale sostituendosi alle singole università.

10.4.2 Dimensione economico-finanziaria

Relativamente al finanziamento delle AOU, i protocolli riportano le modalità previste a livello nazionale¹¹. Risulta però interessante analizzare se e in quale entità, come previsto dal D.lgs. 517/99, i protocolli definiscono un finanziamento

¹¹ Il D. Lgs. 517/99 dispone all'art. 7, comma 1: «Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle Aziende concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università sia dal Fondo sanitario regionale. [...] Regioni ed università concorrono con propri finanziamenti all'attuazione di programmi di rilevante interesse per la regione e per l'università, definiti d'intesa». Al comma 2 del medesimo articolo definisce che: «[...] la regione riconosce i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario».

aggiuntivo rispetto alle tradizionali AO, per far fronte ai maggiori costi delle AOU determinati dallo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca. Con riferimento a questo aspetto, le Regioni si suddividono in questo modo:

- ▶ sette Regioni (Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Puglia, Sicilia, Umbria e Veneto), secondo quanto previsto dall'art. 6, c.2 del D.M. 31 luglio 1997, prevedono che la regione corrisponda direttamente all'azienda un'integrazione (dal 5 all'8%) rispetto alla valorizzazione dell'attività assistenziale, una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che l'azienda avrebbe dovuto sostenere per produrre la stessa attività. Nello specifico, le percentuali sono: 5% per Puglia e Sicilia, 5,5% per Piemonte, 6% per Umbria, 8% per Emilia Romana, Liguria e Veneto;
- ▶ due Regioni (Calabria e Campania) determinano un'integrazione diversa, affermando che all'AOU debba essere riconosciuto un corrispettivo delle prestazioni maggiorato di almeno 20% rispetto alle tariffe;
- ▶ quattro Regioni (Friuli Venezia Giulia, Marche, Sardegna e Toscana) non determinano l'entità del finanziamento aggiuntivo. In particolare, nel caso del Friuli Venezia Giulia si fa riferimento ad una determinazione annuale dell'entità e dei criteri per il finanziamento delle AOU; in Toscana, si esplicita invece la presenza di diversi fondi creati per alcune finalità specifiche.

Con riferimento alle risorse messe a disposizione dall'Università, non si notano grandi differenziazioni tra i protocolli analizzati. Infatti, seguendo quanto disposto dal D.lgs. 517/99 e dalle Linee Guida 2001, in tutte le Regioni vengono elencati l'apporto del personale universitario (a cui l'Università provvede ad erogare la retribuzione) e di beni mobili e immobili (solitamente concessi a titolo gratuito all'AOU).

Secondo la normativa nazionale, infine, Regione ed Università devono partecipare ai risultati di gestione dell'AOU, in quote percentuali sulla base dell'apporto di ciascuna. Le Linee Guida 2001 prevedono che tali quote percentuali siano stabilite nei protocolli d'intesa. Nessuno dei protocolli analizzati si è occupato di disciplinare questo aspetto. Infatti, al di là di alcuni casi che non accennano nemmeno alla questione della compartecipazione ai risultati della gestione, le Regioni fanno riferimento alla ripartizione semplicemente riportando il testo delle disposizioni nazionali, senza definire le quote percentuali (Friuli Venezia Giulia, Puglia, Toscana e Veneto) oppure rinviandone la definizione all'atto aziendale (Marche), ad ulteriori accordi (Sicilia) o al momento della disponibilità dei dati tramite l'utilizzo della contabilità analitica (Liguria).

Quanto alle azioni da svolgere sulla base dei risultati di gestione, se si esclude il caso del Piemonte in cui la tematica non viene trattata, si riscontrano nel complesso evidenze simili tra i vari protocolli. Riprendendo la normativa nazionale,

tutti fanno riferimento alla definizione di piani di rientro in caso di risultati negativi, e «al finanziamento di programmi di ricerca di interesse assistenziale e di sviluppo della qualità delle prestazioni» in caso di risultati positivi, sottraendo l'eventuale quota necessaria per il ripiano di disavanzi precedenti.

10.4.3 Caratteristiche istituzionali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie

Rispetto alle caratteristiche istituzionali delle AOU, l'analisi ha indagato tre aspetti: (i) la specificazione della *mission* aziendale, (ii) l'articolazione degli organi istituzionali dell'azienda, (iii) l'integrazione tra le funzioni delle AOU.

Riguardo al primo aspetto, quattro Regioni (Calabria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Veneto) esplicitano la *mission* delle AOU, prevedendo in particolare:

- ▶ lo svolgimento integrato delle tre funzioni di assistenza, didattica e ricerca;
- ▶ il raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale (Calabria e Friuli Venezia Giulia – Udine);
- ▶ il perseguimento di obiettivi di qualità, efficienza, efficacia ed economicità (Friuli Venezia Giulia);
- ▶ la valorizzazione delle risorse umane ospedaliere e universitarie (Veneto).

In merito agli organi istituzionali delle AOU (Direttore Generale, Collegio Sindacale e Organo di Indirizzo), i protocolli d'intesa analizzati risultano in larga parte aderenti alla normativa nazionale di riferimento, spesso rimandando semplicemente ad essa o non trattando esplicitamente l'argomento¹².

Per quel che concerne le funzioni attribuite al Direttore Generale, solamente i protocolli di Campania e Veneto provvedono ad una loro descrizione, riprendendo per la maggior parte quanto definito dalla normativa (in particolare D. lgs. n. 502/92).

Riguardo al Collegio sindacale, 7 protocolli su 17 non menzionano l'organo, mentre i restanti si occupano della sua composizione e delle sue funzioni, riportando le disposizioni previste dalla normativa nazionale o rimandando direttamente ad essa, come avviene nello stesso D.lgs. 517/99.

¹² In relazione alla figura del Direttore Generale, è interessante sottolineare che in Sicilia è prevista una procedura di nomina diversa, essendo sorti ragionevoli dubbi sulla vigenza del periodo di sperimentazione previsto dal D.lgs 517/99. Infatti, all'atto di stipula del primo protocollo d'intesa, con decreto del 18 novembre 2003, si è deliberato che il periodo di sperimentazione avesse inizio in coincidenza di tale data, atteso che la stessa fonte normativa sembrava affidare la disciplina concreta dei rapporti di collaborazione tra SSN e Università proprio ai protocolli. Da quella data era il Rettore, d'intesa con la Regione, a nominare il Direttore Generale dell'azienda. Questo procedimento di nomina si è protratto fino al 2007, anno in cui dopo l'emanazione dell'atto aggiuntivo al protocollo d'intesa tra la regione Sicilia e l'Università si è chiarito che sia competenza della Regione nominare il Direttore Generale, d'intesa con il Rettore, all'interno di una terna di nomi proposta dall'Università.

Il terzo organo istituzionale previsto dalla normativa è l'Organo di Indirizzo, che viene citato in tutti i protocolli analizzati ad eccezione di quello del Piemonte¹³. Laddove menzionato, l'Organo di Indirizzo risulta generalmente composto da cinque membri, ad eccezione dei casi di Puglia, Sicilia (4 membri) e Toscana (3 membri – in questa Regione il protocollo prevede la soppressione dell'Organo di Indirizzo a favore della costituzione di un nuovo organo, denominato Organo Paritetico, come si dirà in seguito)¹⁴. In merito ai compiti dell'Organo di Indirizzo, viene riportato quanto previsto dalla normativa nazionale. In particolare, esso ha la funzione di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca. Solo due Regioni si distaccano da quanto previsto dalla normativa nazionale, istituendo un organo che si sostituisce all'Organo di Indirizzo ma che, tuttavia, ne mantiene le principali funzioni.

- ▶ In Umbria è previsto un «Organo di garanzia», composto da cinque membri scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di programmazione dei servizi sanitari, di cui uno nominato dall'Università e due dalla Giunta Regionale, è membro di diritto dell'organo il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e il Direttore Generale. L'Organo di garanzia ha il compito di verificare la coerenza della programmazione generale delle attività assistenziali dell'azienda con la programmazione regionale e con quella didattica e scientifica dell'Università e di verificarne la corretta attuazione; è chiamato inoltre ad esprimersi su materie oggetto di controversia tra l'Università e le aziende.
- ▶ In Toscana si prevede la costituzione di un «Organo Paritetico», composto dall'Assessore al Diritto alla salute, dal Rettore dell'Università, dal Direttore generale dell'azienda, dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e da un medico ospedaliero designato dal Consiglio dei sanitari dell'AOU. Tale organo esercita la funzione di fornire indirizzi e di verificare la rispondenza ad essi delle misure adottate dall'azienda nelle materie che hanno rilievo economico-patrimoniale e assume, inoltre, le funzioni dell'Organo di Indirizzo.

Tali organi sembrano, tuttavia, una «riedizione» dell'Organo di Indirizzo previsto dalla normativa nazionale con alcune funzioni aggiuntive. Un approfondi-

¹³ In Piemonte, malgrado quanto previsto dalla L.R. 18 del 06/08/2007, non sono stati ancora istituiti gli organi di indirizzo in quanto in attesa del nuovo protocollo d'intesa regione-università.

¹⁴ In Toscana, in realtà, sono stati istituiti formalmente entrambi gli organi (DGR numero 1020 del 1/12/2008, art. 8 commi 4 e 5). Tali organi sono generalmente rappresentati anche negli organigrammi delle AOU, ma di fatto non sono mai stati attivati. Inoltre, discostandosi dalla normativa nazionale, l'Organo di Indirizzo è composto da 3 membri: assessore regionale al Diritto alla salute, Preside della facoltà di medicina e chirurgia e Direttore Generale della struttura direzionale regionale competente in materia di diritto alla salute.

mento su componenti e funzioni degli organi di indirizzo previsti dai protocolli d'intesa è riportato in Appendice 10.2.

Rispetto agli altri organismi dell'AOU, solamente alcuni protocolli vi fanno esplicito riferimento (ad esempio, Collegio di Direzione e Nucleo di Valutazione), ma senza fornire indicazioni specifiche in merito.

Infine, tutti i protocolli d'intesa indagati si occupano delle tre funzioni-chiave dell'AOU – assistenza, ricerca e didattica – ma in maniera piuttosto differenziata. In particolare si possono distinguere tre modalità di trattazione dell'argomento:

- ▶ tre protocolli (Friuli Venezia Giulia-Udine, Piemonte e Sardegna) si limitano ad enunciare principi generali in merito alle tre funzioni;
- ▶ quattro protocolli (Calabria, Campania, Marche e Toscana) accennano ai criteri e ai parametri per l'individuazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e ricerca, ma rinviano ad altri documenti (atto aziendale, accordi attuativi, ecc.) la loro definizione;
- ▶ sette protocolli (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia -Trieste, Liguria, Puglia, Sicilia, Umbria e Veneto) esplicitano i criteri e i parametri di cui sopra, facendo generalmente riferimento alle indicazioni delle Linee guida 2001 (in particolare con riferimento ai 3 posti letto per ogni studente iscritto al 1° anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia) e aggiungendone di ulteriori, correlate solitamente al numero di studenti iscritti alle scuole di specializzazione e ai corsi di laurea delle professioni sanitarie.

10.4.4 L'organizzazione e il personale delle AOU

Rispetto alla dimensione organizzativa delle AOU, l'analisi ha indagato tre aspetti: (i) l'esplicitazione del modello dipartimentale adottato; (ii) la *governance* e l'organizzazione del dipartimento e (iii) i meccanismi di coordinamento interdipartimentale.

Per quel che riguarda l'esplicitazione del modello dipartimentale adottato, tutti i protocolli analizzati fanno riferimento alla forma dipartimentale quale modello organizzativo ordinario e, escludendo il caso del Piemonte, prevedono esplicitamente la costituzione di Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI)¹⁵. Oltre ad essi, la maggior parte dei protocolli d'intesa fa riferimento anche ad altre tipologie di dipartimenti (assistenziali, universitari, interaziendali, funzionali).

Nonostante quanto previsto dall'art. 3 del D.lgs. 517/1999, i protocolli d'intesa

¹⁵ I DAI, organizzati come centri di responsabilità e di costo unitario, hanno il fine di garantire l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la necessaria flessibilità operativa. Inoltre individuano i servizi che, per motivi di economicità ed efficienza, sono comuni al dipartimento, per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza e ambulatoriali. Cfr. D. lgs. 517/99, art 3, comma 5.

non si occupano di stabilire le relazioni organizzative e funzionali tra DAI e Dipartimenti Universitari, salvo qualche accenno alla tematica (Emilia Romagna, Puglia, Sicilia e Veneto) o rinvio ad altri accordi (Liguria).

In merito alla figura del Direttore di Dipartimento, a cui si accenna in tutti i protocolli analizzati (ad eccezione di quello piemontese), si può notare una stretta aderenza a quanto enunciato nel D.lgs. 517/1999 e nelle Linee Guida 2001¹⁶. Tuttavia, alcuni documenti specificano alcuni aspetti di dettaglio:

- ▶ Friuli Venezia Giulia -Trieste, dove si esplicita la durata dell'incarico (preferibilmente triennale e rinnovabile);
- ▶ Liguria e Toscana, nei cui protocolli si fa riferimento alla valutazione del direttore di dipartimento;
- ▶ Campania e Umbria, nei cui protocolli si sottolinea il ruolo di coordinamento e di interfaccia tra le funzioni assistenziali e quelle didattico-scientifiche che deve assumere la figura in oggetto.

I protocolli d'intesa analizzati generalmente non approfondiscono le tematiche legate alle strutture organizzative che compongono i Dipartimenti, limitandosi a descrivere alcuni aspetti legati principalmente alle Unità Operative Complesse (UOC). Al di là delle indicazioni fornite in merito alla nomina dei direttori delle UOC (solitamente oggetto di intesa tra Direttore Generale e Rettore), risulta interessante indagare se i protocolli esplicitino i parametri utilizzati per definire le UOC stesse. In alcuni casi (Friuli Venezia Giulia e Marche) si fa riferimento a parametri correlati solamente all'attività di assistenza¹⁷, mentre in altri (Calabria, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria) se ne aggiungono degli altri legati a ricerca e didattica¹⁸. Le restanti regioni, ad esclusione del Veneto che fa riferimento ad ulteriori parametri (riguardanti le necessità assistenziali dei bacini di utenza e altri aspetti), non si occupano di disciplinare questa tematica (Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Sardegna e Sicilia).

I protocolli d'intesa analizzati non dedicano molto spazio ai possibili meccanismi di coordinamento interdipartimentale. Solo in pochi casi si fa riferimento

¹⁶ Nello specifico, il direttore del DAI assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca; assume, inoltre, responsabilità di tipo gestionale nei confronti del direttore generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche.

¹⁷ Soglie minime di operatività da definire in termini di livello minimo di attività assistenziale da erogare.

¹⁸ Ad esempio, oltre la definizione di livelli minimi di attività si dovrà tenere conto del numero medio di ricercatori e professori, numero medio di allievi che afferiscono ordinariamente alla UOC, esistenza di coordinamenti e/o partecipazioni a progetti finanziati da organismi nazionali e/o internazionali, disponibilità di laboratori sperimentali e di ricerca valutata con parametri oggettivi.

alla possibilità di costituire programmi interdipartimentali riportando le disposizioni presenti nelle Linee Guida 2001¹⁹ oppure rimandando direttamente alla normativa nazionale.

La tematica del personale delle AOU viene, invece, trattata in tutti i protocolli d'intesa indagati. Nella maggior parte dei casi ci si occupa però esclusivamente del personale universitario che opera all'interno dell'AOU, ribadendo alcuni principi e disposizioni di ordine generale (in merito ad aspetti quali la retribuzione, l'equiparazione al personale SSN per la funzione di assistenza, ecc.) che riprendono pedissequamente le enunciazioni fornite a livello nazionale dalle Linee Guida del 2001. Solo in tre casi si fa riferimento anche al personale ospedaliero, in particolare:

- ▶ Friuli Venezia Giulia, nei cui protocolli si pone l'enfasi sulla parità di diritti e doveri tra personale ospedaliero e universitario, anche con riguardo alle posizioni di tipo dirigenziale;
- ▶ Sardegna, in cui si enuncia la possibilità per il personale SSN di assolvere compiti didattici e di ricerca;
- ▶ Toscana, dove viene sottolineata l'importanza dell'integrazione, da realizzarsi tramite modalità di lavoro integrato tra uffici dell'Università e dell'AOU.

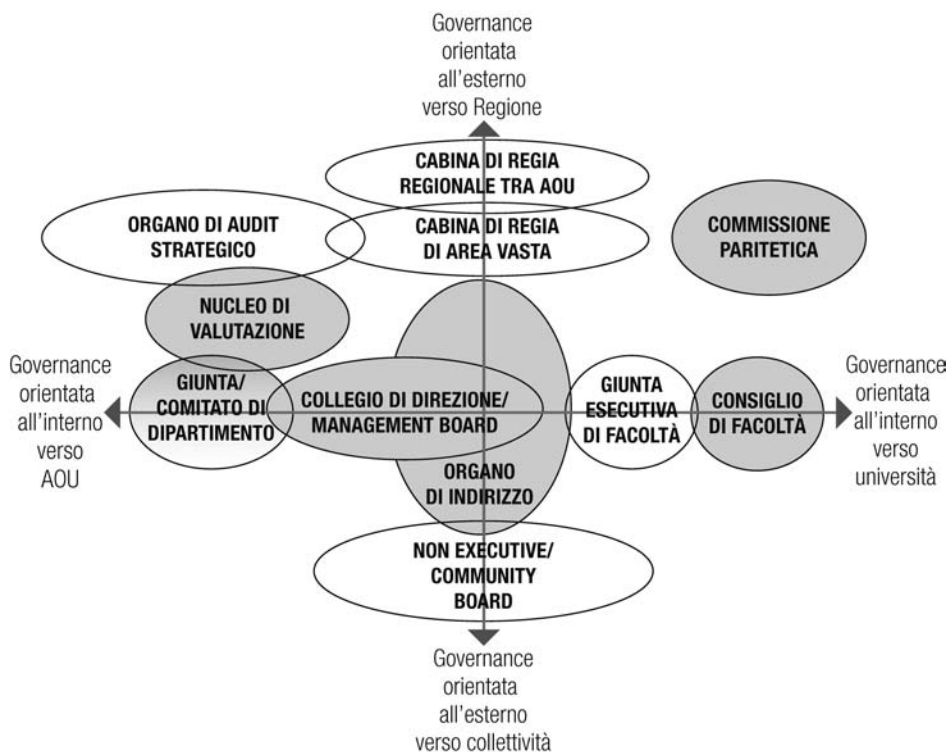
10.5 Proposte per la progettazione degli assetti organizzativi e di governance delle AOU

Alla luce delle analisi condotte nel paragrafo precedente e tenendo conto dei riscontri emersi nell'ambito di un *focus group* organizzato dal CERGAS Boccioni con esperti del settore (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e dirigenti degli staff di diverse AOU, provenienti da varie Regioni italiane), in questo paragrafo vengono proposte alcune ipotesi di organi e organismi che possono incidere sul funzionamento delle AOU, migliorandone il funzionamento dal punto di vista dell'assetto di *governance*.

Al fine di proporre delle ipotesi sugli assetti di *governance*, è stato elaborato un portafoglio di possibili opzioni tra organi e organismi che sono, da un lato già previsti dalla normativa, dall'altro ipotizzabili e proponibili per migliorare il funzionamento del sistema. La Figura 10.2 riporta una serie di organi e organismi la cui posizione rispetto agli assi è determinata dalla maggiore propensione a favorire una *governance* orientata all'interno o all'esterno, considerando che:

¹⁹ Le linee guida riportano che «possono essere costituiti programmi dipartimentali 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».

Figura 10.2 **Un possibile portafoglio di opzioni per costruire il sistema di governance delle AOU**



- ▶ nella prospettiva interna, l'esercizio della governance da parte di questi organi/organismi potrebbe volgersi maggiormente verso l'AOU o, alternativamente, verso l'Università;
- ▶ nella prospettiva esterna, verso la Regione o verso la «collettività» di riferimento.

In grigio sono riportati gli organi previsti da normative o atti aziendali e generalmente esistenti, mentre in bianco gli organi ipotizzabili²⁰.

Di seguito vengono esplicitate funzioni e componenti di questi organi e organismi, introducendo anche, per quelli già previsti dalla normativa, delle ipotesi di modifica o integrazione del loro ruolo.

²⁰ Per quanto riguarda la giunta e il comitato di dipartimento si specifica che alcuni atti aziendali prevedono in maniera alternativa e discrezionale la denominazione «giunta» o «comitato» di dipartimento.

1. Il Collegio di Direzione è un organismo collegiale che comprende Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Scientifico (se IRCCS) e direttori di dipartimento. Può prevedere la partecipazione del Preside di facoltà o membro a diretta emanazione dell'Università (con o senza diritto di voto). Tale organismo coadiuva la direzione strategica nell'assunzione delle decisioni gestionali e collabora all'elaborazione e attuazione degli indirizzi della pianificazione e programmazione aziendale.
2. Il Comitato di dipartimento è un organismo collegiale che comprende Direttore di dipartimento, responsabili di strutture operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, coordinatori delle professioni sanitarie, eventuali ruoli di integrazione (*project manager*, referenti per materia, ecc.). Le funzioni del comitato sono decisionali e al suo interno vengono discussi i contenuti del piano strategico di sviluppo del dipartimento, gli obiettivi e i consuntivi delle attività, tutte le scelte che possono avere rilevanza strategica per il dipartimento (come ad esempio lo sviluppo del personale, l'acquisto di tecnologie, i programmi di didattica e ricerca, ecc.).
3. L'Organo d'Indirizzo è un organismo collegiale che comprende – generalmente – due componenti scelti dalla Regione, il Preside di facoltà, un componente scelto dall'Università, un componente scelto d'intesa tra Università e Regione e che può coinvolgere, senza diritto di voto, i membri della direzione strategica aziendale. L'Organo d'Indirizzo propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di medicina e chirurgia. Un'estensione delle funzioni di tale organo potrebbe prevedere la sua consultazione sulle scelte di rilevanza strategica per l'azienda (tra cui reclutamento del personale e introduzione di alte tecnologie) e sulla loro corretta attuazione.
4. Il Consiglio di Facoltà è un organo presieduto dal preside di facoltà e di cui fanno parte di diritto tutti i professori ordinari, straordinari e associati afferenti alla Facoltà. Possono anche essere previste rappresentanze dei ricercatori, degli studenti e del personale tecnico-amministrativo. Tale organo svolge generalmente le seguenti funzioni:
 - ▶ definisce gli ordinamenti degli studi;
 - ▶ pianifica lo sviluppo della Facoltà di medicina;
 - ▶ coordina le attività didattiche;
 - ▶ delibera sull'attivazione e sulla copertura dei corsi e degli insegnamenti.
5. Il Nucleo di Valutazione è un organismo collegiale composto da membri scelti dal Direttore Generale tra il personale dell'azienda e i membri esterni esperti in materia di valutazione del personale²¹.

²¹ Ai sensi del recente decreto 150/2009, entro il 2010 il Nucleo di Valutazione dovrebbe essere sostituito dall'Organismo indipendente di valutazione della performance, composto da tre membri

Tra i compiti del Nucleo di Valutazione si annoverano:

- ▶ la verifica annuale dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
- ▶ la verifica dei risultati di gestione dei dirigenti di struttura complessa e, ove sia loro affidata la gestione del budget, dei dirigenti di struttura semplice.

6. La Commissione Paritetica è un organismo composto da membri nominati dalla Regione e dall'Università. In particolare, la Commissione Paritetica svolge le seguenti funzioni:

- ▶ elabora e definisce proposte per il PSR o altri documenti o progetti concernenti la programmazione attuativa regionale e locale, tenendo conto dei programmi di sviluppo della Facoltà di Medicina e Chirurgia, deliberati dalla stessa e approvati dagli organi dell'Ateneo, trasmessi alla Regione e all'Azienda Ospedaliero – Universitaria;
- ▶ verifica la piena attuazione dei Protocolli d'Intesa, inclusa l'eventuale integrazione o rimodulazione delle strutture assistenziali qualora ne ravvisi le ragioni d'urgenza di bisogno assistenziale e di opportunità didattico-scientifica.

Per migliorare gli assetti di governance si potrebbe ipotizzare la costituzione dei seguenti organi/organismi che attualmente non sono previsti dalla normativa di riferimento.

7. La Giunta di Dipartimento è un organismo collegiale che comprende il Direttore di Dipartimento, il responsabile amministrativo dipartimentale, il responsabile infermieristico dipartimentale e i direttori di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale del dipartimento. Si tratta di un organismo decisionale che interviene nel processo di pianificazione, programmazione e controllo, e in particolare:

- ▶ in base alle indicazioni della Direzione strategica determina la proposta di budget da negoziare con il direttore generale, per la parte di competenza del dipartimento;
- ▶ nomina i referenti del dipartimento per lo sviluppo dei programmi di rilevanza aziendale;
- ▶ supporta il direttore nelle scelte strategiche che riguardano il dipartimento formulando, sulla base delle priorità definite dalla direzione dell'AOU, il piano di sviluppo strategico di dipartimento;

esterni selezionati da una lista di professionisti riconosciuta a livello internazionale. Non cambiano sostanzialmente le funzioni.

- ▶ predisporre, alla fine di ogni anno, la relazione annuale sulle attività svolte, anche al fine di evidenziare gli aspetti da comprendere nella programmazione dell'anno successivo.
- ▶ Nel caso in cui si decida di introdurre questo nuovo soggetto per la *governance* dipartimentale, la giunta assume i compiti decisionali del comitato di dipartimento, mentre quest'ultimo mantiene compiti consultivi.

8. La Giunta Esecutiva di Facoltà è un organismo collegiale composto da rappresentanze dei professori ordinari, straordinari e associati e dei ricercatori. Si tratta di un organo agile, poiché composto da un minor numero di membri, che collabora con il Preside nel promuovere e coordinare le attività della Facoltà, anche rispetto all'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca dell'AOU.

9. Il *Community Board* è un organismo collegiale composto da rappresentanze elette dalla collettività di riferimento, con la possibile partecipazione ai lavori dei membri della direzione strategica. I compiti di quest'organo sono consultivi e di supporto rispetto ai seguenti temi:

- ▶ definizione di scelte strategiche.
- ▶ controllo delle performance dell'azienda (economiche e cliniche) e previsione di eventuali azioni correttive.
- ▶ valutazione dei membri *executive* dell'azienda (Direttori, ecc.)
- ▶ promozione del dialogo con associazioni di cittadini, comunità locali, ecc.

10. La Cabina di regia di Area Vasta è un organismo collegiale che comprende membri delle direzioni strategiche delle AOU e delle altre Aziende Sanitarie dell'Area Vasta, membri nominati dalla Regione, presidi delle facoltà di medicina. Essa svolge i seguenti compiti:

- ▶ programmazione congiunta delle attività di assistenza, didattica e ricerca all'interno dell'Area Vasta;
- ▶ centralizzazione degli acquisti e delle altre funzioni amministrative a livello di Area Vasta.

11. La Cabina di regia regionale tra AOU è un organismo collegiale che comprende membri delle direzioni strategiche delle AOU regionali, membri nominati dalla regione, presidi delle Facoltà di medicina. Essa si occupa della programmazione congiunta delle attività di assistenza, didattica e ricerca all'interno della Regione, ricercando soluzioni di rete tra le AOU.

12. L'organo di Audit strategico è organo collegiale composto da membri esterni all'azienda e nominati dalla Regione. Esso provvede a verificare:

- ▶ il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'azienda, in coerenza con le linee strategiche dettate dalla Regione;

- ▶ la coerenza dei comportamenti gestionali e operativi rispetto agli obiettivi strategici dell'azienda;
- ▶ gli eventuali scostamenti e le azioni correttive apportabili.

Rispetto a questa impostazione, il confronto effettuato nell'ambito del *focus group* ha permesso di enfatizzare alcuni punti ribadendone la rilevanza. I membri del *focus group* ritengono necessario:

- ▶ il funzionamento corretto ed efficace degli organi/organismi già esistenti, agendo su (i) una chiara definizione dei ruoli e delle funzioni svolte da tali organi; (ii) una selezione dei membri più mirata rispetto alle specificità delle AOU, in termini di competenze ed esperienze che questi devono aver maturato; (iii) la strutturazione di routine di funzionamento (come ad esempio, la definizione di momenti obbligatori di convocazione, la preparazione di un'agenda dei lavori, la comunicazione dei risultati delle convocazioni e delle decisioni verso l'esterno, ecc). Rispetto ai primi due punti è richiesto soprattutto un intervento istituzionale; sul terzo punto è lo stesso organo che, nella piena conoscenza del proprio ruolo, deve definire le proprie routine operative.
- ▶ mettere in primo piano l'aspetto dell'*accountability* verso l'esterno, ossia verso la collettività territoriale di riferimento. Questo aspetto può essere, appunto, perseguito attraverso la costituzione del «Community board», che supervisioni l'attività delle AOU producendo pressione sociale sulle scelte strategiche che le investono. Tra le regioni italiane, vi sono due esempi che si avvicinano a una scelta di questo tipo: l'Emilia Romagna, che prevede un confronto anche sulla tematica delle AOU con la Conferenza dei Sindaci, e la Sicilia che, sulla base della recente riforma sanitaria, prevede che tutte le Aziende Sanitarie debbano far riferimento ad una sorta di «Non-executive board» (come spesso avviene nel contesto degli ospedali anglosassoni).

Alla luce delle precedenti considerazioni, e dei vincoli normativi attuali, gli organi che si evidenziano come più appropriati per garantire il migliore assetto di *governance* delle AOU sono:

- ▶ Commissione Paritetica
- ▶ Organo di Indirizzo
- ▶ Collegio di Direzione
- ▶ Comitati di Dipartimento
- ▶ *Community Board*

Infine, dal *focus group* è emersa la necessità rimodulare i rapporti tra AOU e Università, basandoli sul reciproco riconoscimento del proprio importante ruolo.

lo e su una vera integrazione delle attività, istaurando una corresponsabilità da parte dell'Università agli effetti dei risultati economici dell'AOU.

Quest'ultima affermazione apre il tema più ampio degli strumenti che potranno supportare l'effettivo funzionamento dell'assetto di *governance* desiderato. Da questa prospettiva, appare ineludibile la necessità che Università e AOU stabiliscano di definire su cicli periodici (dal triennio al quinquennio) piani programmatici che convergano su investimenti, reclutamento del personale, linee di sviluppo strategico delle attività. Programmi che si riflettono poi negli obiettivi di mandato. Senza un rafforzamento di strumenti aziendali su cui «appoggiare» il funzionamento degli organi di *governance*, il disegno rimarrebbe incompleto e probabilmente soggetto alle influenze delle dinamiche politiche interne. Tali dinamiche non cesseranno, essendo fisiologiche dei sistemi organizzativi in quanto prima di tutto sistemi sociali; possono, però, trovare un perimetro e un indirizzo in un'azione di controllo sociale più forte, da attuare tramite impegni vincolanti e definiti formalmente attraverso la stesura di strumenti quali, per l'appunto, un piano strategico, piani di sviluppo dipartimentali e piani di reclutamento e *turn-over* del personale.

Bibliografia

- Borgonovi E. (2010), «Postfazione», in Carbone C., Lega F. e Prenestini A. (2010), *Governance e organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie*, Milano, EGEA.
- Braga M., Longhi T. (2004), «L'esperienza dei policlinici universitari», *Organizzazione sanitaria*, 1-2: pp. 33-40.
- Carbone C., Lega F. e Prenestini A. (2010), *Governance e organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie*, Egea, Milano.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive*, Milano, EGEA.
- Meloni F., Filigheddu E., Sequi R. e Sorrentino G. (1999), «I Policlinici Universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali?», *Mecosan*, 30: pp. 65-73.
- Pesci P., Zanetti M., Fantini M.P., Roversi E., Merlin M. e Santi M. (1999), «Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia Romagna», *Mecosan*, 32: pp. 65-74.
- Schreyögg J. e Von Reitzenstein C. (2008), «Strategic groups and performance differences among academic medical centers», *Health Care Management Review*, 33(3): pp. 225-233.
- Smith T. e Whitchurch C. (2002), «The future of the tripartite mission: reexamining the relationship linking Universities, Medical Schools and Health Systems», *Higher Education Management and Policy*, 14(2): pp. 39-52.

Appendice 10.1 **Elenco dei *Teaching Hospital* per Regione e Università di afferenza**

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
PIEMONTE	<i>Università degli studi di Torino (2 facoltà)</i>	Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista – Torino	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliero Universitaria San Luigi Gonzaga – Orbassano (TO)	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliera C.T.O. – Maria Adelaide – Torino	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera O.I.R.M.-Sant'Anna – Torino	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera “Ordine Mauriziano” – Torino	<i>AO</i>
		Ospedale Gradenigo – Torino	<i>Istituto Qualificato</i>
		Ospedale per malattie infettive Amedeo di Savoia – Torino	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Ospedale oftalmico – Torino	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
	<i>Università degli studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”</i>	Istituto Auxologico Italiano (Istituto Scientifico San Giuseppe di Piancavallo – Verbania)	<i>Fondazione IRCCS privata</i>
		Azienda Ospedaliero Universitaria “Maggiore della Carità” – Novara	<i>AOU Integrata con Università</i>
LOMBARDIA	<i>Università degli Studi di Brescia</i>	Azienda Ospedaliera Spedali Civili – Brescia	<i>AO</i>
		<i>Università degli Studi di Milano</i>	Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco” – Milano
	Azienda Ospedaliera “San Paolo” – Milano	<i>AO</i>	
	Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico “Gaetano Pini” – Milano	<i>AO</i>	
	Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento – Milano	<i>AO</i>	
	Azienda Ospedaliera “San Carlo Borromeo” – Milano	<i>AO</i>	
	Azienda Ospedaliera “Fatebenefratelli e oftalmico” – Milano	<i>AO</i>	
	Ospedale San Giuseppe – Milano	<i>Ospedale classificato</i>	
	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori – Milano	<i>Fondazione IRCCS pubblica</i>	

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
		Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena – Milano	<i>Fondazione IRCCS pubblica</i>
		Centro Cardiologico Monzino – Milano	<i>IRCCS Privato</i>
		IRCCS Policlinico San Donato – San Donato Milanese (MI)	<i>IRCCS Privato</i>
		Istituto Ortopedico Galeazzi – Milano	<i>IRCCS Privato</i>
		Istituto Europeo di Oncologia – Milano	<i>IRCCS Privato</i>
		Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)	<i>IRCCS Privato</i>
		IRCCS Multimedia – Sesto San Giovanni (MI)	<i>IRCCS Privato</i>
		Istituto Auxologico Italiano (ospedale San Luca – Milano)	<i>IRCCS Privato</i>
	<i>Università degli Studi di Milano-Bicocca</i>	Azienda Ospedaliera “San Gerardo” – Monza (MB)	<i>AO</i>
		Policlinico di Monza (MB)	<i>Casa di cura privata accreditata</i>
		Istituto Auxologico Italiano (ospedale San Luca – Milano)	<i>IRCCS Privato</i>
	<i>Libera Università “Vita Salute S. Raffaele” Milano</i>	IRCCS San Raffaele – Milano	<i>IRCCS Privato</i>
	<i>Università degli Studi dell’Insubria</i>	Azienda “Ospedaliera Ospedale di Circolo Fondazione Macchi” – Varese	<i>AO</i>
	<i>Università degli studi di Pavia</i>	Istituto di cura “Città di Pavia” (gruppo ospedaliero San Donato) – Pavia	<i>Casa di cura privata accreditata</i>
		Fondazione IRCCS Policlinico “San Matteo” – Pavia	<i>Fondazione IRCCS pubblica</i>
		Fondazione IRCCS “Salvatore Maugeri” – Pavia	<i>IRCCS Privato</i>
		Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino (IRCCS) – Pavia	<i>IRCCS Privato</i>
VENETO	<i>Università degli studi di Verona</i>	Azienda Ospedaliera – Verona	<i>AOU Integrata con Università</i>
	<i>Università degli studi di Padova</i>	Azienda Ospedaliera – Padova	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Istituto Oncologico Veneto (IRCCS) – Padova	<i>IRCCS Pubblico</i>
FRIULI VENEZIA GIULIA	<i>Università degli Studi di Trieste</i>	Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” – Trieste	<i>AOU Integrata con Università</i>
		IRCCS “Burlo Garofolo” – Trieste	<i>IRCCS Pubblico</i>

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
	<i>Università degli Studi di Udine</i>	Azienda Ospedaliero Universitaria "Santa Maria della Misericordia" – Udine	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Ospedale Civile San Michele – Gemona del Friuli (UD)	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Centro di riferimento oncologico – Aviano (PN)	<i>IRCCS Pubblico</i>
LIGURIA	<i>Università degli Studi di Genova</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino" e cliniche universitarie convenzionate – Genova	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Istituto nazionale per la ricerca sul cancro – Genova	<i>IRCCS Pubblico</i>
		Istituto "Giannina Gaslini" Ospedale Pediatrico IRCCS – Genova	<i>IRCCS Pubblico</i>
EMILIA ROMAGNA	<i>Alma Mater Studiorum – Università degli Studi di Bologna</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Sant'Orsola-Malpighi" – Bologna	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Ospedale Bellaria (PO AUSL Bologna) – Bologna	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Ospedale Maggiore (PO AUSL Bologna) – Bologna	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Istituto Ortopedico "Rizzoli" (IRCCS) – Bologna	<i>IRCCS Pubblico</i>
	<i>Università degli Studi di Ferrara</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Arcispedale Sant'Anna" – Ferrara	<i>AOU Integrata con Università</i>
	<i>Università degli Studi di Parma</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria – Parma	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Centro di riabilitazione "Santa Maria ai Servi" (fondazione don Carlo Gnocchi) – Parma	<i>Casa di cura privata accreditata</i>
	<i>Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico – Modena	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Nuovo Ospedale Civile "Sant'Agostino Estense" – Modena	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
TOSCANA	<i>Università degli Studi di Firenze</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Careggi" – Firenze	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedale Pediatrico "Meyer" – Firenze	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Ospedale "Santa Maria Nuova" – Firenze	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
	<i>Università degli Studi di Pisa</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisa – Pisa	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Fondazione IRCCS "Stella Maris –Camilambrone" (PI)	<i>Fondazione IRCCS privata</i>

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
	<i>Università degli Studi di Siena</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese – Siena	<i>AOU Integrata con Università</i>
UMBRIA	<i>Università degli Studi di Perugia</i>	Azienda Ospedaliera di Perugia	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera “Santa Maria” – Terni	<i>AO</i>
MARCHE	<i>Università Politecnica delle Marche</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti – Ancona	<i>AOU Integrata con Università</i>
		IRCCS I.N.R.C.A. – Ancona	<i>IRCCS Pubblico</i>
LAZIO	<i>Università degli Studi di Roma “La Sapienza” (2 facoltà)</i>	Policlinico “Umberto I” – Roma	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		Azienda Ospedaliero-Universitaria “Sant’Andrea” – Roma	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliera “San Camillo Forlanini” – Roma	<i>AO</i>
		Fondazione Santa Lucia – Roma	<i>Fondazione IRCCS privata</i>
		IRCCS “Ospedale Pediatrico Bambino Gesù” – Roma	<i>IRCCS Privato</i>
	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore</i>	Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” – Roma	<i>Policlinico Universitario Privato</i>
	<i>Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”</i>	Ospedale “Sant’Eugenio” – Roma	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Policlinico Tor Vergata	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Istituto nazionale per le malattie infettive “L. Spallanzani” – Roma	<i>IRCCS Pubblico</i>
		IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Roma	<i>IRCCS Privato</i>
	<i>Università “Campus Bio-medico” Roma</i>	Policlinico Universitario Campus Bio-Medico – Roma	<i>Policlinico Universitario Privato</i>
		Istituto nazionale per le malattie infettive “L. Spallanzani” – Roma	<i>IRCCS Pubblico</i>
ABRUZZO	<i>Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti-Pescara</i>	Presidio Ospedaliero Clinicizzato “SS. Annunziata” – Chieti	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Ospedale Civile “dello Spirito Santo” – Pescara	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Ospedale Civile di Vasto (CH)	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
	<i>Università degli Studi de l’Aquila</i>	Ospedale Civile “San Salvatore” – L’Aquila	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
MOLISE	<i>Università degli Studi del Molise</i>	Ospedale Cardarelli – Campobasso	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
		IRCCS Neuromed Istituto Neurologico Mediterraneo – Pozzilli (IS)	<i>IRCCS Privato</i>
CAMPANIA	<i>Università degli Studi di Napoli “Federico II”</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II”	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		Azienda Ospedaliera “V. Monaldi” – Napoli	<i>AO</i>
	<i>Seconda Università degli Studi di Napoli</i>	Azienda Universitaria Policlinico della Seconda Università degli Studi di Napoli	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		Azienda Ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” – Caserta	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera “V. Monaldi” – Napoli	<i>AO</i>
	<i>Università degli Studi di Salerno</i>	P.O. ASL Salerno (ambito Salerno 1)	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		P.O. ASL Salerno (ambito Salerno 2)	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Azienda Ospedaliero Universitaria “OO. RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” – Salerno	<i>AO</i>
PUGLIA	<i>Università degli Studi di Bari</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico “Giovanni XXIII” di Bari	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” – Foggia	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Ente ecclesiastico ospedale generale regionale “Miulli” – Acquaviva delle Fonti (BA)	<i>Ospedale classificato</i>
		P.O. Bari Sud ospedale “Di Venere” – Bari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” – Bari	<i>IRCCS Pubblico</i>
		IRCCS “Saverio de Bellis” – Castellana Grotte (BA)	<i>IRCCS Pubblico</i>
		Fondazione IRCCS “Salvatore Maugeri” – Istituto di Cassano delle Murge (BA)	<i>IRCCS Privato</i>
		IRCCS Ospedale “Casa Sollievo della Sofferenza” – San Giovanni Rotondo (FG)	<i>Fondazione IRCCS privata</i>
	<i>Università degli Studi di Foggia</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria “Consorziale” Policlinico Giovanni XXIII di Bari	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” – Foggia	<i>AOU Integrata con Università</i>
		Ente ecclesiastico ospedale generale regionale “Miulli” – Acquaviva delle Fonti (BA)	<i>Ospedale classificato</i>
		P.O. Bari Sud ospedale “Di Venere” – Bari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>

REGIONE	UNIVERSITÀ	TEACHING HOSPITAL	TIPOLOGIA
		IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II – Bari	<i>IRCCS Pubblico</i>
		IRCCS “Saverio de Bellis” – Castellana Grotte (BA)	<i>IRCCS Pubblico</i>
		Fondazione IRCCS “Salvatore Maugeri” – Istituto di Cassano delle Murge (BA)	<i>IRCCS Privato</i>
		IRCCS Ospedale “Casa Sollievo della Sofferenza” – San Giovanni Rotondo (FG)	<i>Fondazione IRCCS privata</i>
CALABRIA	<i>Università degli Studi di Catanzaro “Magna Graecia”</i>	Azienda Ospedaliera “Mater Domini” – Catanzaro	<i>AOU Integrata con l'Università</i>
		Azienda Ospedaliera Pugliese “Ciaccio” – Catanzaro	<i>AO</i>
		Centro Oncologico d'Eccellenza Fondazione “Tommaso Campanella” Catanzaro	<i>Fondazione IRCCS pubblica</i>
SICILIA	<i>Università degli Studi di Catania</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico “Vittorio Emanuele”	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		Azienda Ospedaliera “Cannizzaro” – Catania	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera “Garibaldi” – Catania	<i>AO</i>
		P.O. “S.Marta S.Venera” – Acireale (CT)	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		Ospedale civile “Maria Paternò Arezzo” – Ragusa	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
	<i>Università degli Studi di Messina</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “G. Martino” – Messina	<i>AOU Integrata con SSN</i>
	<i>Università degli Studi di Palermo</i>	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” – Palermo	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti “Villa Sofia-Cervello” Palermo	<i>AO</i>
		Azienda Ospedaliera “ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli” – Palermo	<i>AO</i>
SARDEGNA	<i>Università degli Studi di Cagliari</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari	<i>AOU Integrata con SSN</i>
		P.O. “R. Binaghi” – Cagliari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		P.O. “Marino” – Cagliari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		P.O. “Microcitemico” – Cagliari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
		P.O. “SS. Trinità” – Cagliari	<i>Presidio Ospedaliero ASL</i>
	<i>Università degli Studi di Sassari</i>	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari	<i>AOU Integrata con SSN</i>

Appendice 10.2 **Composizione e funzioni dell'Organo di Indirizzo come definiti dai protocolli Regione-Università**

Regione	Composizione	Funzioni
Calabria	<p>5 membri:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia (membro di diritto) – 2 membri designati dal Presidente della Giunta Regionale o suo delegato – 2 membri designati dal Rettore dell'Università <p>Tra essi vi è il Presidente, nominato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore dell'Università</p>	<ul style="list-style-type: none"> – propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca – verifica la corretta attuazione della programmazione generale
Campania (SUN e Federico II)	<p>5 membri:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2 membri designati dal Presidente della Giunta Regionale o suo delegato – 2 membri designati dal Rettore dell'Università, tra cui il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia (membro di diritto) – Presidente, nominato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore dell'Università 	<ul style="list-style-type: none"> – esprime parere obbligatorio al Direttore Generale su corretta integrazione delle attività di didattica, ricerca e assistenza nei DAI al fine di un'efficace programmazione assistenziale – esprime parere sul documento programmatico elaborato dal DG in merito alla coerenza tra l'attività assistenziale e le necessità didattiche e di ricerca – esprime parere obbligatorio sulla coerenza tra obiettivi proposti e risultati raggiunti
Emilia Romagna	<p>In questa regione l'organo di indirizzo è denominato "Comitato di indirizzo"</p> <p>5 membri:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università interessata; – il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia interessata, che ne fa parte di diritto; – 1 membro designato dal Rettore dell'Università interessata; – 2 membri designati dalla Regione. 	<ul style="list-style-type: none"> – propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verifica la corretta attuazione del protocollo d'intesa e dei relativi provvedimenti aziendali. – esprime parere preventivo ed obbligatorio: <ul style="list-style-type: none"> a) sulla formulazione del piano programmatico, comprendente il programma poliennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca; b) sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di unità operative complesse e di dipartimenti essenziali per lo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca; c) sugli strumenti di programmazione economico-finanziaria e sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel bilancio di missione, di cui all'articolo 6, comma 1, della l.r. n. 29/2004; d) sull'accordo di fornitura tra l'Azienda ospedaliero-universitaria e le Aziende Usi di riferimento.
Friuli Venezia Giulia (Trieste)	/	<ul style="list-style-type: none"> – propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca – verifica la corretta attuazione della programmazione generale

Regione	Composizione	Funzioni
Friuli Venezia Giulia (Udine)	5 membri: – Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia (membro di diritto) – 2 membri designati dalla Regione – 1 membro designato dal Rettore dell'Università – 1 membro designato dalla Regione d'intesa con il Rettore dell'Università Tra essi vi è il Presidente, individuato previa intesa tra la Regione e il Rettore dell'Università	– propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca – verifica la corretta attuazione della programmazione generale – propone terna di nominativi al DG per la nomina del coordinatore scientifico (art. 6 del protocollo)
Liguria	5 membri: – 3 nominati dalla Regione (di cui 1 d'intesa con il Rettore) – 2 nominati dal Rettore (tra cui il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, membro di diritto) Il Presidente è nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore	– propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca – verifica la corretta attuazione della programmazione generale
Marche	5 membri: – Presidente, nominato di intesa dalla Regione e dall'Università – Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Direttore del Dipartimento Regionale Servizi alla Persona e alla Comunità – Funzionario della Regione Marche – Funzionario dell'Università Politecnica delle Marche	– propone iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'assistenza con quella di didattica e ricerca – esprime parere su piani e programmi di attività di investimento – si esprime sulla attuazione della programmazione aziendale e sulla coerenza tra attività svolta e compiti istituzionali dell'Università, tenendo conto della programmazione sanitaria regionale – esercita ogni altra funzione attribuita da Leggi e Regolamenti
Piemonte	/	/
Puglia	4 membri: – 2 membri designati dalla Regione – 2 membri designati dall'Università (tra cui il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia) Presidente nominato d'intesa fra Regione e Università	/
Sardegna	5 membri: – 2 designati dall'Assessore regionale per la Sanità (uno scelto fra dirigenti ospedalieri) – 2 designati dall'Università (tra cui il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia) – 1 nominato d'intesa dall'Assessore regionale per la Sanità e dal Rettore	/

Regione	Composizione	Funzioni
Sicilia (Catania, Messina e Palermo)	4 membri: – Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia (membro di diritto), che assume la funzione di presidente – 1 nominato dal Rettore – 2 nominati dall'Assessore regionale per la Sanità	Rinvio alla normativa
Toscana	3 membri: – Assessore regionale per la Sanità (presidente) – Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Direttore generale della struttura direzionale regionale competente in materia di diritto alla salute (L'Organo di Indirizzo opera fino alla costituzione del nuovo "Organo Paritetico")	Rinvio alla normativa
Umbria	/	/
Veneto	5 membri: – 1 designato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore, con funzioni di Presidente – 2 designati dal Presidente della Giunta Regionale (di cui un medico dipendente del SSN) – 2 designati dal Rettore (tra cui il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia)	– Esprime parere su: piani attuativi dei piani socio sanitari regionali; piani e programmi pluriennali di investimento; bilancio economico di previsione, bilancio economico preventivo annuale e bilancio d'esercizio – annualmente, elabora un documento in cui si dà conto degli indirizzi assegnati e dei risultati raggiunti