

D.L.vo 19/6/1999 n.229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n.419":
Riflessioni

Ferrari Elisa

Mattei Mariantonietta

Settore Legislativo - Giunta Regionale della Campania

DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999, N.229

La riforma della Sanità, avviata con la legge 30 novembre 1998 n.419, trova il primo momento di reale trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale nel Decreto delegato 19 giugno 1999 n.229.

Il Decreto porta, infatti, a compimento il processo di regionalizzazione e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale prefigurato dalla Legge 419/98 e configura, in linea con l'evoluzione federale dello Stato, un complesso di funzioni che vanno dalla prevenzione alla cura, e alla riabilitazione delle malattie e delle disabilità, attività queste che sono demandate alle Regioni.

Il Decreto detta, infatti, regole sul ruolo delle Regioni e delle Autonomie Locali e detta, altresì, regole per i rapporti tra pubblico e privato no-profit e privato commerciale, tutto nell'attività di un comune concorso per la realizzazione degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel contempo, detta regole sul livello delle responsabilità di tutte le componenti istituzionali del Servizio Sanitario, stabilendone i limiti e prefigura una articolazione trasversale di tutta la tematica che riguarda il sistema delle "Responsabilità".

Nel quadro suenunciato, pur se sommariamente, la riforma ha interessato all'art.3, che ha modificato il corrispondente articolo del D.L.vo 30/12/92 n.502, il Direttore Generale delle Aziende Sanitarie e nel successivo articolo 3 bis ha regolamentato i requisiti ed il procedimento di nomina, la preparazione professionale, il rapporto di lavoro, la valutazione in corso di rapporto e le relative risoluzioni, ed infine il trattamento assistenziale e previdenziale.

Il procedimento di nomina per la sua disciplina appare significativa questione per i rapporti tra Pubblica Amministrazione e Politica.

Dalla precedente normativa (art.3 D.L.vo 502/92) non si evinceva chiaramente se all'avviso pubblico, tuttora previsto dall'art.1 del D.L. 512/94 convertito in

2.

L.590/94 e richiamato nella Legge Delega 419/98, dovesse seguire una valutazione comparativa di tutte le domande o se si dovesse procedere in base a scelte di natura fiduciaria.

La vaghezza della normativa antecedente a quella di riforma ha dato luogo a diverse interpretazioni ed a una giurisprudenza non univoca, che in più occasioni ha annullato per difetto di motivazione le nomine (v. TAR Lombardia 5/9/95 n.1095 TAR Piemonte 27/7/95 n.427).

Le sentenze, pur affermando che il procedimento di nomina non era configurabile in una procedura concorsuale, stabilivano la necessità della comparazione tra i candidati e la necessità che nell'atto stesso di nomina fosse esplicitamente motivata la scelta del designato.

Con la riforma, introdotta dalla L.419/98 e compiuta dal Decreto Legislativo 229/99, l'uso della dizione all'art.3 " ... senza necessità di valutazioni comparative", elimina qualsiasi dubbio interpretativo riconoscendo agli organi politici la possibilità di instaurare un rapporto fiduciario con i massimi dirigenti.

La riforma, per quanto riguarda le procedure di nomina dei Direttori Generali, si è realizzata concretamente nell'articolo 3 bis della Legge di Delega 419/98 che con una disposizione non di delega, ma immediatamente esecutiva, ha disposto che le procedure dei provvedimenti avvenissero senza necessità di valutazioni comparative.

Da ciò deriva che la lettura dell'art.3 bis del Decreto Delegato 229/99 deve essere riferita al dettato della Legge 419/98. La circostanza che nel testo non sia stato riportato l'inciso "senza necessità di valutazioni comparative" non è da attribuirsi al ripristino della "comparazione".

E' indubbio a tale punto il primato della "politica" anche se da più parti viene evidenziata una certa incoerenza del legislatore che nel privilegiare il rapporto fiduciario avrebbe dovuto anche correlare la durata dell'incarico dei Direttori Generali a quella del governo regionale.

3.

Relativamente ai requisiti richiesti, le nuove disposizioni appaiono più restrittive se si prescinde dal diploma di laurea già previsto nella previgente normativa. Nel nuovo testo viene infatti richiesto che l'esperienza dirigenziale, effettuata per almeno cinque anni, sia stata realizzata nei dieci anni antecedenti la pubblicazione dell'avviso di nomina. Tanto, presumibilmente, per dare maggiore attualità alla esperienza stessa che altrimenti sarebbe meno significativa in quanto svilita nel tempo.

L'altro requisito è quello relativo alla esperienza caratterizzata da "autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane e finanziarie". Questo requisito appare quasi ovvio in quanto un'attività che voglia definirsi dirigenziale dovrebbe comunque avere gli elementi su descritti.

Relativamente all'età, con il Decreto 229/99 (art.3 comma 2) è stato abrogato il divieto di protrarre il rapporto oltre il 70° anno di età e pertanto è possibile anche la nomina di Direttori Generali ultra sessantacinquenni, situazione questa che precedentemente la riforma aveva determinato notevole contenzioso. Anche questo punto è motivo di perplessità in quanto non in linea con il disposto introdotto dallo stesso Decreto Delegato relativamente ai limiti di età della dirigenza medica compresa quella universitaria.

Infine, ultimo requisito è la necessità che il Direttore Generale nominato produca entro 18 mesi dalla nomina certificato attestante la frequenza di un corso regionale in materia di sanità pubblica e di organizzazione sanitaria.

La frequenza a posteriori e non precedente la nomina appare indubbiamente incongrua ma è da presumere che la motivazione di tale scelta debba risalire alla esigenza di non limitare il numero dei candidati con il rischio di perdere un potenziale di buone professionalità.

Per quanto riguarda le incompatibilità e le ineleggibilità delle nomine, commi 9 e 11, dell'art.4 D.L.vo 502/92, non sono state apportate modifiche.

Relativamente alla configurazione del rapporto di lavoro con la nuova normativa (comma 8 art.3 bis) non vi sono sostanziali modifiche rispetto a quella previgente. Trattasi di rapporto esclusivo regolato da contratto di diritto privato che vede quali contraenti la Regione e Direttori Generali e configura un rapporto funzionalmente organico con l'Azienda alla quale spetta, in quanto beneficiaria della prestazione, l'onere della indennità relativa all'incarico. Dall'esame del rapporto instaurato tra la Regione e il Direttore Generale, si evince che per quanto disposto il merito alla possibilità di decadenza dall'incarico e alla possibilità di mancata conferma a seguito di verifica negativa (comma 6 e 7 art. 3 bis), assume rilevante valenza il ruolo svolto dalla Conferenza di cui al comma 2 bis dell'art.2 e alla Conferenza dei sindaci - comma 14 art.13 - a seconda se trattasi di Azienda Sanitaria o Ospedaliera. La normativa a riguardo, infatti, nel disporre la procedura da osservare attribuisce il ruolo significativo alla CONFERENZA PERMANENTE di cui al comma 2 bis dell'art.2 e alla CONFERENZA DEI SINDACI - comma 14 art.13 - a seconda se trattasi di Azienda Sanitaria o Ospedaliera.

Il ruolo della Conferenza, che è espressione della componente territorio in tal modo, interagisce con l'attività sanitaria regionale.

La Conferenza, la cui composizione e funzione è sostanzialmente precostituita dal legislatore, che ne rinvia la disciplina comunque alla Regione, è chiamata a formulare pareri preventivi relativamente ai provvedimenti di verifica dei Direttori Generali.

L'intervento della Conferenza ha destato non poche preoccupazioni degli interessati che hanno intravisto nel ruolo della stessa un potenziale ritorno al vecchio sistema di controllo.

Così, anche per quanto riguarda le altre funzioni attribuite dal D.L.vo 229/99 alla Conferenza, in rapporto al Piano Sanitario Regionale, il giudizio è contrastante.

Il coinvolgimento dei livelli di governo locale può essere visto in un giudizio politico, come elemento qualificante della riforma in quanto tentativo di aggregazione di vari livelli istituzionali, così come per altri, motivo di contrasto in quanto si concretizza in una sostanziale compressione di quelle che sono le competenze regionali.

Altra problematica è quale sia la giurisdizione competente in caso di provvedimenti di revoca o mancata conferma del Direttore Generale, così come

./.

4

sorgono dubbi circa la competenza relativa ai giudizi di responsabilità sugli atti impugnati e se la stessa spetti alla Corte dei Conti.

Il problema riconducibile, per il primo punto, alla natura di lavoro autonomo della prestazione del Direttore Generale ed a quanto disposto dall'art.33 lett. f) del D.L.vo 31 marzo 1998 n.80, mentre il secondo punto è riferibile al problema della qualificazione delle Aziende Sanitarie e alla considerazione se le stesse, vista la loro caratterizzazione aziendalistica, debbano o meno essere ritenute Enti Pubblici Economici (da Il Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni - Giùffrè - Enzo Barilà).

Altra problematica, nell'esaminare il processo di aziendalizzazione, è quella della natura dell'ATTO AZIENDALE e attraverso tale atto (comma 1 bis 1 quater art.3), la cui regolamentazione spetta alla Regione, che si realizza l'effettiva autonomia dell'azienda.

L'atto è strumento necessario e flessibile che dovrebbe garantire decentramento aziendale ed autonomia alle singole strutture nel limite delle responsabilità loro assegnate.

L'atto aziendale probabilmente è da configurarsi come uno statuto che dovrà appunto regolamentare i modi, i tempi e le forme che il Direttore Generale intende adottare per uniformarsi a quanto previsto dal Legislatore, mediante atti privati ed è a questo atto di riferimento che il Collegio sindacale (art. 3 ter) deve rapportarsi nell'esercizio dell'attività di controllo.

A riguardo sarebbe utile conoscere quali Regioni hanno adottato la prevista disciplina sull'atto aziendale e con quali modalità. Non poche sono le perplessità sulla natura dell'atto per la sua definizione di atto di "diritto privato" che disciplina le aziende con "perplessità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale" (comma 1 bis art.3 D.L.vo 229/99).

Integrazione Socio-Sanitaria

La conversione del sistema sanitario in sistema aziendale ha introdotto quale momento qualificante della riforma la INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA. Detta integrazione si tramuta in un patto di solidarietà che trova la sua concretizzazione nella multidisciplinarietà, nei progetti obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale (comma 11 art.1) nei livelli essenziali di assistenza e nelle linee guida.

Struttura operativa per governare la integrazione è il DISTRETTO (art.3 quater). La individuazione dei distretti, intesi quali articolazione delle aziende sanitarie; è operata dalla Legge Regionale che ne disciplina il funzionamento. Il decreto delegato al riguardo comunque prefigura gli elementi costitutivi, le funzioni, le risorse e le responsabilità. Anche per il distretto troviamo l'intervento del Comitato dei Sindaci o del Comitato dei Presidenti di Circoscrizione (comma 3 art.3 quater) e la relativa colleganza con il territorio con le stesse problematiche e perplessità riportate in merito alla Conferenza. La integrazione socio-sabitaria si realizza nel:

./.

5

- a) rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione;
- b) rapporto di continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- c) qualificazione di rapporto tra pubblici e privati;
- d) rapporti di collaborazione tra strutture residenziali e territoriali;
- e) coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative (comma 18 art.1)

La individuazione delle attività e delle professionalità socio-sanitarie è rinviata ad un emanando provvedimento che completerà il piano operativo della realizzanda integrazione socio-sanitaria.

Aspetti problematici dell'organizzazione distrettuale e delle sue funzioni possono riassumersi in:

- 1) Eccessivo dettaglio nella descrizione del distretto nelle disposizioni contenute nel D.L.vo 229/99 in contrasto con quanto previsto nella legge delega 419/98 (art.2 comma 1);
- 2) Mancanza di espressa indicazione circa l'appartenenza o meno al ruolo medico per l'attribuzione all'incarico di direttore del distretto. Tale punto potrebbe rientrare tra quelli rinviati alla disciplina regionale (art.3 sexies com; a 4);
- 3) Sostanziale limite all'autonomia tecno-gestionale ed a quella economico-finanziaria del distretto per la mancata previsione, fra le sue competenze, di poter influire nella piantificazione delle sue risorse;
- 4) Mancata previsione per il distretto di poter raccordarsi con strutture diverse da quelle gestite direttamente dai dipartimenti e dai servizi aziendali ed ospedalieri.

ACCREDITAMENTO

Un altro dei temi più discussi della riforma è quello dell'"ACCREDITAMENTO", materia nella quale il D.L.vo 229/99 cerca di dare una risposta a tutto il capitolo delle "Prestazioni".

Il processo di accreditamento, già introdotto dall'art.8 del D.L.vo 502/92, in sostituzione del vecchio concetto di "convenzione", viene ripreso dal D.L.vo 229/99 che introduce elementi innovativi relativamente ai soggetti destinatari e relativamente alle modalità di realizzazione e ne prevede, a riguardo, tre momenti:

- autorizzazione (art.8 ter)
- accreditaemnto (art.8 quater)
- accordi contrattuali (art.8 quinquies)

Con la legge di riforma, l'"obbligo alla autorizzazione, intesa come" licenza di esercizio 2, non riguarda solo le strutture sanitarie, ma anche quelle socio-sanitarie e gli studi professionali compresi quelli odontoiatrici e non riguarda solo l'esercizio delle attività, ma anche la realizzazione di nuove strutture e le loro modifiche.

Tutto ciò risulta decisamente innovativo rispetto al passato, in quanto la attività degli studi professionali, precedentemente era stata sottoposta solo a provvedimenti autorizzativi igienico-sanitari, là ove previsto, e a provvedimenti da parte degli ordini professionali e non da altri.

Il D.L.vo 229/99 assoggetta ad autorizzazione e vigilanza tutti gli studi professionali in cui si esercitano prestazioni diagnostiche, terapeutiche e di

chirurgia ambulatoriale e quindi presuppongono una dotazione strumentale ed un rischio per la sicurezza dei pazienti.

Quanto esaminato, si riferisce ai soggetti dell'utilizzazione, mentre con l'art.8 ter comma 3, il legislatore affronta la problematica della modalità con la quale la stessa deve essere concessa.

Il Comune, a cui è demandata la potestà autorizzativa, deve rinviare il rilascio della autorizzazione alla verifica di compatibilità da parte della Regione, che a sua volta si esprime in merito riportando la richiesta a quanto previsto nella pianificazione del fabbisogno, così come previsto nel Piano Sanitario regionale.

Solo nel caso di inerzia o ritardo regionale alla adozione del Piano, per un periodo non superiore ad un anno, potrebbero verificarsi presumibilmente accreditamenti al di fuori delle procedure suenunciate. A tale riguardo, si sottolinea che le interpretazioni non sono univoche ed il problema resta aperto. Il rinvio alla verifica di compatibilità da parte della Regione conferisce all'atto di autorizzazione la natura di una procedura di sostanziale contingentamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e di tale logica l'iniziativa privata che voglia operare nel sanitario si viene a trovare in una situazione meno protetta ed incentivata rispetto al passato. Per le considerazioni suesposte, da più parti vengono sollevate questioni circa l'ambiguità della norma.

Non si comprende il perchè debba essere effettuato un giudizio di compatibilità con il fabbisogno territoriale se poi l'accreditamento non è automatico. A riguardo si ricorda che unico precedente di contingentamento è stato realizzato nei confronti delle farmacie, per le quali si è garantito il fabbisogno delle comunità situate in territori disagiati, mentre per tutte le altre professionalità in campo sanitario è stata sempre assicurata la libera iniziativa.

Il contingentamento alla nascita delle istituzioni sanitarie non solo pubbliche ma anche private sottende molto probabilmente una scelta politica ed in particolare, quella di voler conferire un ruolo pubblico anche al privato.

Fas successiva all'autorizzazione è quella dell'accreditamento istituzionale. Secondo quanto disposto nell'art.8 del D.L.vo 502/92, l'accesso all'accreditamento era rinviato all'esame di compatibilità con i requisiti minimi tecnici ed organizzativi previsti nel D.P.R. 14/1/97, ai quali le Regioni evavano aggiunto ulteriori requisiti.

Dall'esame dell'art.8 quater del D.L.vo 229/99, risulta che in presenza dei requisiti sopra richiamati le strutture già accreditate alla data di entrata in vigore del D.L.vo 502/92, così come previsto dall'art.6 della L.724/94, continuano ad esserlo, mentre per le nuove vi è la possibilità di un accreditamento provvisorio in attesa della verifica del volume di attività svolto e della qualità dei risultati.

Tutta la materia dei requisiti è disciplinata in materia molto analitica ed articolata e rinvia ad un atto statale di indirizzo e coordinamento, peraltro

./.

7

non ancora emanato, la individuazione di ulteriori elementi ed indicazioni ai quali le Regioni dovranno attenersi per definire i requisiti per l'accreditamento, nonché per il procedimento della verifica degli stessi. E' presumibile pensare che la complessità degli obblighi e degli impegni da parte delle strutture destinatarie non debba avere carattere di semplice aspettativa per un possibile accreditamento, ma debba dar luogo a pretese legittime. Quale sia la interpretazione più corretta appare ulteriore aspetto problematico della riforma.

Terza ed ultima fase del processo di accreditamento è quello degli "ACCORDI CONTRATTUALI".

Relativamente a questi ultimi, il D.L.vo 229/99 attribuisce alle Regioni la responsabilità di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali con le strutture erogatrici di prestazione e di individuare i soggetti interessati agli accordi stessi attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi (comma 2 art. 8 quinquies).

Questo ultimo riferimento induce quasi a presupporre una sorta di comparazione concorsuale, delal quale non viene, peraltro, data informazione esplicita all'atto dell'autorizzazione e ciò risulta essere altro aspetto problematico della riforma.

L'art.8 sexies riguarda l'aspetto delal remunerazione. A tale riguardo viene effettuata una distinzione tra funzioni assistenziali e prestazioni sanitarie ed il corrispettivo per tali attività è diversificato. Il ruolo delle Regioni, relativamente a tale fase contrattuale, appare rafforzato soprattutto in virtù dell'attività di monitoraggio e controllo sul rispetto degli accordi e sulla qualità delle prestazioni.

Le modalità secondo la quale tale attività dovrà essere effettuata è rinviata ad atto statale di indirizzo e controllo.

La tematica accreditamento viene affrontata dal legislatore anche sotto il profilo organizzativo ed infatti con l'art.19 bis viene prevista una struttura quale la "Commissione Nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari".

Tale struttura è collocata presso un organismo pur esso introdotto di recente L'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI e come questa si colloca come elemento di supporto alle Regioni e di raccordo con tutte le componenti del S.S.N.

La istituzione della Commissione desta pur esse perplessità i suoi compiti di natura regolamentare relativamente alla valutazione del modello di accreditamento adottato dalle Regioni ed all'esame delle attività di monitoraggio da queste poste in essere.

A conclusione di questo esame su alcuni degli aspetti ritenuti più salienti del D.L.VO 229/99, si evidenzia la opportunità di rinviare ad approfondimento più specifici alcune tematiche già evidenziabili e di rinviare altresì l'approfondimento delle presumibili probelmatiche che, con la realizzazione della rifroma, verranno a determinarsi.

Con l'occasione, si ritien,e utile segnalare che le Regioni Veneto e Lombardia hanno presentato ricorso alla Corte Costituzionale per la dichiarazione di illegittimità di numerosi e significativi articoli del D.l.vo 229/99

Il ricorso muove dal presupposto che la tutela della salute, diritto fondamentale dell'individuo, deve essere garantito attraverso il servizio

Sanitario nazionale e il Piano Sanitario , e le Regioni che devono adottare piani sanitari regionali non devono essere sminuite nella loro funzione strategica e nè compresse nella funzione legislativa.

Altro elemento del giudizio proposto è che, laddove le Regioni non adottino entro un anno dall'entrata in vigore dal Piano Sanitario Nazionale il relativo Piano Regionale, sono state previste sanzioni consistenti nel divieto di accreditamento di nuove strutture e nella nomina di Commissari ad Acta.

Verrebbe così a crearsi un vero e proprio obbligo da parte delle Regioni di attenersi al PianoPiano sanitario Nazionale.

Anche molte delle questioni poste nel corso di questo esame sono oggetto del ricorso costituzionale in argomento il cui approfondimento è riservato ad un momento successivo.

Decreto Legislativo 21 Dicembre 1999n.517" Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università', a norma dell'articolo 6 della legge 30 Novembre 1998, N.419.

La legge delega 419/98, all'articolo 6 rinvia al Governo la emanazione di uno o più decreti legislativi per la ridefinizione dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e le Università.

La delega trova compimento per la formazione specialistica e quella di ricerca, già regolamentata nell'articolo 6 della legge 502/92, nell'articolo 6 bis del decreto legislativo 229/99, mentre per l'aspetto più specificamente sanitario e di integrazione assistenziale, nel decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517.

Il decreto delegato, in maniera articolata complessa e innovativa, sviluppa un reale processo di riforma nei rapporti tra le istituzioni sanitarie del Servizio Sanitario e le Università.

Il decreto legislativo 517/99 dispone, in conformità a quanto previsto nella legge delega, norme per la integrazione tra l'attività assistenziale e quella formativa e di ricerca ed a tal fine individua nei Protocolli d'Intesa, già previsti nella previgente normativa (art. 6 decreto legislativo 502/92) gli strumenti, essenziali ed efficaci per la realizzazione del suddetto sistema di integrazione.

Nei Protocolli d'Intesa, che le Regioni sono tenute a stipulare con le Università ubicate nel proprio territorio, trovano regolamentazione non solo le modalità ed i termini del rapporto che si va ad instaurare, ma anche l'organizzazione assistenziale interna alle strutture universitarie.

Tale impostazione è stato motivo di dibattito e di scontro che ha assunto anche toni molto accesi da parte del mondo accademico e del personale sanitario universitario ed anche tra i due ministri interessati alla riforma: quello della Sanità e quello dell'Università.

Il decreto delegato 517/99 dispone che sia la Programmazione Nazionale che quella Regionale (comma 1 art. 1) si adeguino a principi di integrazione tra i due servizi sanitari e fa obbligo che nelle programmazioni nazionali e regionali vengano fornite specifiche integrazioni operative.

I Protocolli d'Intesa, in linea con le indicazioni programmatiche dei Piani Sanitari Regionali, devono infatti definire il volume ottimale di attività ed il numero dei posti letto prevedendone anche la riduzione in rapporto con il numero degli iscritti alle facoltà di medicina ed in rapporto con gli standards indicati nei piani stessi.

E' ben chiaro che il Protocollo d'Intesa è l'elemento costitutivo del rapporto di integrazione ed il decreto delegato, nello spirito di una realizzazione effettiva e non dilazionata nei tempi, dispone i termini entro i quali esso deve essere definito e prevede anche procedure sostitutive nel caso di mancata esecuzione di quanto disposto.

Il modello di aziendalizzazione sviluppato con il decreto legislativo 229/99 trova prosieguo nella aziendalizzazione prevista anche nel sistema sanitario universitario ed a tal fine nell'articolo 2 è introdotta come elemento innovativo la creazione di Aziende Ospedaliere.

Queste, per un periodo transitorio di quattro anni, si articoleranno in due tipologie: Aziende Ospedaliere con il Servizio Sanitario Nazionale (Policlinici) e Aziende integrate con le Università.

Al termine di questo periodo si definirà un modello "unico" di azienda ospedaliera universitaria le cui caratteristiche saranno fissate con nuovo intervento legislativo.

Altro elemento innovativo è la individuazione di un Organo di indirizzo (art. 4) quale organo strutturale dell'Azienda unitamente al Direttore Generale e al Collegio Sindacale.

L'organo di indirizzo si configura come organo propositivo di iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e si configura anche come organo di verifica della corretta attuazione della programmazione stessa.

Tale ultima attribuzione presumibilmente rende problematici i rapporti con il Direttore Generale aprendo possibili conflittualità. Si sottolinea infatti, al riguardo, che il ruolo del Direttore Generale appare sminuito in rapporto anche alla possibilità di sola partecipazione ai lavori dell'organo indirizzo senza l'esercizio del diritto di voto.

Per quanto riguarda il trattamento del personale, il decreto legislativo prevede all'articolo 5 che ai professori ed ai ricercatori universitari, impegnati nell'assistenza, vengano applicate le norme stabilite per il personale del Servizio Sanitario Nazionale e vengano previsti meccanismi di opzione per l'attività assistenziale esclusiva o per l'attività libero professionale extramuraria.

Per coloro che opteranno per l'attività extramuraria sarà possibile esercitarla solo in strutture non accreditate nel Servizio Sanitario Nazionale, mentre per le nuove nomine è prevista in ogni caso la formula dell'esclusività (comma 12 art. 5).

In considerazione della particolarità della funzione universitaria, sono previste delle possibilità di revoca delle opzioni operate e ciò in particolari condizioni di scambio di stato giuridico, o nel caso di mutamento del settore scientifico disciplinare di inquadramento.

Anche per gli incarichi professionali e per quelli di struttura semplice o complessa e per quella di direzione dei programmi attribuiti ai professori ricercatori è stata introdotta la metodica della verifica dell'attività svolta e sono stati previsti gli stessi meccanismi di valutazioni previsti dalle norme vigenti per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di valutazione negative il Direttore Generale ne da comunicazione al Rettore per i provvedimenti conseguenziali e tale procedu

ra apre presubilmente lo scenario ad un sistema di rapporti e di interazioni suscettibili a conflittualità.

Il decreto interviene infine sui beni patrimoniali delle Università destinati all'assistenza, stabilendo che gli stessi verranno trasferiti "in concessione" alle nuove Aziende con il vincolo della destinazione d'uso.

Anche per il decreto legislativo 517/99, data la sua complessa articolazione si riterrebbe opportuna la trattazione di singoli temi di maggior rilevanza in rapporto allo stato di attuazione della riforma stessa ed al verificarsi di problematiche specifiche.