

AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE QUALI LABORATORI PERMANENTI DI INNOVAZIONE SANITARIA E ACCADEMICA: TRA STATO E REGIONI, MODELLI, CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI RIFORMA

*University hospital trusts as permanent laboratories for healthcare and academic innovation:
between the State and the Regions, governance models, critical issues, and reform per-
spectives*

REMO MORZENTI PELLEGRINI

Ordinario di diritto amministrativo nell'Università degli Studi di Bergamo

Abstract. Il contributo analizza il modello delle Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) come figura istituzionale complessa e strutturalmente incompiuta, collocata all'intersezione tra Servizio sanitario nazionale, ordinamento universitario e sistema delle autonomie territoriali. Muovendo da una ricostruzione storica e normativa, il lavoro mostra come l'attuale assetto delle AOU non possa essere compreso in termini meramente organizzativi, ma debba essere letto alla luce di una tensione sistemica tra diritti sociali, autonomia universitaria e regionalismo. L'analisi della giurisprudenza costituzionale e delle principali esperienze applicative evidenzia come il paradigma dell'azienda sanitaria pura risulti strutturalmente insufficiente a governare la sanità accademica, in quanto incapace di assicurare un'integrazione coerente tra assetti di *governance*, missioni istituzionali e meccanismi di finanziamento. In questa prospettiva, le AOU vengono ricondotte alla categoria delle istituzioni ibride a funzione costituzionalmente vincolata, rispetto alle quali si impone un ripensamento delle forme giuridiche. L'attenzione dedicata ai modelli fondazionali e consortili non è letta come opzione organizzativa contingente, ma come sintomo di una crisi di paradigma e come possibile laboratorio per la costruzione di assetti istituzionali capaci di incorporare stabilmente la pluralità degli interessi pubblici coinvolti. Il saggio si colloca, in tal senso, nel dibattito sul diritto amministrativo delle istituzioni complesse e propone una chiave di lettura sistemica della sanità accademica.

Abstract. The paper analyzes the model of University Hospital Trusts (Aziende ospedaliero-universitarie, AOU) as a complex and structurally unfinished institutional entity, positioned at the intersection of the National Health Service, the university system, and the framework of territorial autonomies. Starting from a historical and regulatory reconstruction, the study shows how the current structure of AOU's cannot be understood in merely organizational terms, but must be interpreted in light of a systemic tension between social rights, university autonomy, and regionalism. The analysis of constitutional case law and of the main practical experiences highlights how the paradigm of the "pure" healthcare enterprise is structurally inadequate to govern academic healthcare, as it is incapable of ensuring coherent integration between governance arrangements, institutional missions, and funding mechanisms. From this perspective, AOU's are brought back within the category of hybrid institutions with a constitutionally constrained function, for which a rethinking of legal forms becomes necessary. The attention devoted to foundation-based and consortium-based models is not interpreted as a contingent organizational option, but rather as a symptom of a paradigm crisis and as a possible laboratory for building institutional arrangements capable of permanently incorporating the plurality of public interests involved. In this sense, the

essay contributes to the debate on the administrative law of complex institutions and proposes a systemic interpretative framework for academic healthcare.

Parole chiave (it): Aziende ospedaliero-universitarie - sanità accademica - integrazione assistenza didattica ricerca - *governance* sanitaria - *governance* multilivello - rapporti Stato-Regioni - autonomia universitaria - istituzioni pubbliche ibride - diritto amministrativo delle istituzioni complesse - finanziamento sanitario - modelli fondazionali e consortili - leale collaborazione

Keywords (en): *University Hospital Trusts - academic healthcare - integration of care teaching and research - healthcare governance - multilevel governance - State-Regions relations - university autonomy - hybrid public institutions - administrative law of complex institutions - healthcare financing - foundation and consortium models - loyal cooperation*

SOMMARIO: 1. Premessa e finalità del lavoro. - 2. Le Aziende ospedaliero-universitarie tra autonomia e integrazione: origini e quadro normativo di riferimento. - 3. Analisi costituzionale e riparto di competenze Stato-Regioni. - 3.1. La giurisprudenza costituzionale. - 3.2. Esperienze regionali e criticità applicative. - 4. Evoluzione storica del modello AOU. - 4.1. L'attuazione regionale e la varietà dei modelli. - 5. Organizzazione e *governance* delle AOU. - 5.1. Le criticità ricorrenti. - 5.2. Verso un modello ideale di *governance*. - 5.3. Confronti e *best practices*. - 6. Integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. - 6.1. Le criticità operative. - 6.2. Strumenti per favorire l'integrazione. - 7. Autonomia e finanziamento delle AOU: i rischi della doppia dipendenza. - 7.1. Confronti europei. - 7.2. Verso una riforma del modello finanziario. - 8. La fondazione come modello giuridico-gestionale: la prospettiva della partecipazione pubblica. - 8.1. Il modello a partecipazione pubblica per le AOU: vantaggi e criticità. - 8.2. Esperienze fondazionali in Italia: il caso Tor Vergata e altri modelli. - 8.3. Prospettive di riforma per l'Italia. - 9. Conclusioni (aperte).

1. Premessa e finalità del lavoro

Le Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) costituiscono una delle figure istituzionali più complesse e meno compiutamente tematizzate del diritto pubblico contemporaneo. Tali strutture integrano la funzione assistenziale ospedaliera con le missioni di formazione e ricerca proprie dell'università¹. Il legislatore le ha concepite, infatti, sin dal d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, come il punto di incontro tra il sistema sanitario regionale e il sistema universitario statale, individuando in esse i luoghi privilegiati di realizzazione dell'"*inscindibilità*" delle tre funzioni di assistenza, didattica e ricerca².

¹ Sul tema, in generale, si vedano C. LEARDINI, G.A. SALA, B. CAMPEDELLI (a cura di), *L'azienda ospedaliera universitaria integrata. Un modello di integrazione tra attività di cura, ricerca e formazione*, Milano, 2015, 34 ss.; M.G. ROVERSI MONACO, *Università e servizio sanitario nazionale: l'azienda ospedaliera universitaria*, Padova, 2011; A. FERRARI, L. NATALE, *La ricerca nelle aziende ospedaliero-universitarie*, in R. BORGHI (a cura di), *La ricerca nel Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, 2009, 111 ss.; A. BARDUSCO, *Servizio sanitario ed università*, in *San. pubbl. priv.*, 10, 2004, 953 ss.; F.A. ROVERSI MONACO, *Gli ospedali policlinici universitari e le cliniche universitarie autogestite nel sistema delle convenzioni tra Università, Regioni e unità sanitarie locali*, in AA. VV., *L'Università ed il servizio sanitario nazionale. Atti del Convegno nazionale tenuto a Bologna il 25 e 26 gennaio 1985*, Milano, 1985, 163 ss.

² La Corte costituzionale ha più volte ribadito il principio dell'"*inscindibilità*" di tali funzioni. Si veda, in particolare, il punto 2.1 del *Considerato in diritto* di Corte cost., 16 marzo 2001, n. 71, in *Foro it.*, 2002, I, 661, ove si

L'esigenza di analizzare in profondità il loro assetto giuridico e organizzativo nasce dalla complessità intrinseca del modello, caratterizzato da una coabitazione tra due istituzioni che, pur perseguendo finalità convergenti di tutela della salute e di promozione della conoscenza, si fondano su regimi giuridici e logiche gestionali differenti: da un lato il sistema sanitario regionale, che trova fondamento, oltre che nell'art. 32 Cost., negli artt. 117 e 118 Cost. e nel d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (come modificato), improntato a criteri di aziendalizzazione e di responsabilità economico-finanziaria; dall'altro, l'università statale, tutelata dagli artt. 33 e 34 Cost., titolare di autonomia normativa, organizzativa e contabile, il cui principale riferimento normativo è rappresentato oggi dalla l. 30 dicembre 2010, n. 240.

Tale doppia appartenenza rende le AOU veri e propri laboratori istituzionali di innovazione, nei quali si riflette il più ampio tema del rapporto tra Stato e Regioni, tra autonomia universitaria e programmazione sanitaria, nonché tra principi costituzionali concorrenti (il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 Cost., e la libertà di scienza e di insegnamento, riconosciuta invece dall'art. 33 Cost.). Non è un caso, quindi, che la Corte costituzionale abbia più volte evocato il principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo per risolvere i conflitti insiti in tale modello.

L'analisi dell'evoluzione normativa e delle prassi applicative mostra come l'attuale configurazione delle AOU non sia più in grado di essere governata attraverso interventi frammentari o soluzioni contingenti che hanno prodotto incertezze normative, sovrapposizioni di competenze e conflitti ricorrenti tra Stato, Regioni e università.

Da tale quadro emerge, sul piano sistemico, l'esigenza di un ripensamento complessivo della disciplina, fondato sulla leale collaborazione tra i livelli istituzionali e su una visione integrata delle tre missioni delle AOU: assistenza, didattica e ricerca.

Il presente lavoro intende offrire un'analisi articolata e organica, attraverso una ricostruzione sistematica dell'evoluzione normativa delle AOU, dalle origini del Servizio sanitario nazionale (l. 833/1978) fino alla disciplina speciale di cui al d.lgs. 517/1999 e alle successive specificazioni (dPCM 24 maggio 2001; l. 240/2010). Tale ricostruzione non potrà che essere condotta alla luce del riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute (competenza concorrente) e di ordinamento universitario (competenza esclusiva statale), tenendo conto dei livelli essenziali delle prestazioni, di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost., nonché dell'interazione tra artt. 32 e 33 Cost.

Si passerà, quindi, all'approfondimento storico ed evolutivo del modello AOU, evidenziando come la "sperimentazione" prevista dall'art. 2, comma 2, del d.lgs. 517/1999 non abbia di fatto ancora trovato un approdo unitario. Si provvederà, altresì, alla ricognizione delle esperienze concrete realizzate in Italia, con attenzione sia alle criticità (*governance* frammentata, carenza di *accountability*) sia alle soluzioni innovative adottate in alcune Regioni (Dipartimenti ad Attività Integrata realmente funzionali, modelli di co-programmazione sanitaria, *community board*).

In questa prospettiva, il problema delle AOU non può tuttavia essere ridotto a una questione di tecnica organizzativa o di mera efficienza gestionale. Esso investe direttamente il modo in cui l'ordina-

evidenzia che tali funzioni sono "suscettibili di ottimale collegamento o addirittura compenetrazione". In dottrina, F. MERUSI, *Legge e autonomia nelle Università*, in *Dir. amm.*, 2008, 749 evidenzia che parte dell'attività universitaria "vive in simbiosi con un servizio pubblico", avendo l'ordinamento italiano "da tempo optato, pur con diverse varianti succedutesi nel tempo, per il modello di origine francese della «clinicizzazione»: l'insegnamento e la ricerca avvengono nell'ambito dell'erogazione di un servizio pubblico, compatibilmente con tale erogazione e, a seguito dell'acquisito carattere di obbligatorietà e generalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, sempre più «subordinatamente» all'erogazione di tale servizio".

mento italiano governa l'incontro tra funzioni costituzionalmente protette e livelli di governo differenziati. Le AOU non sono soltanto "aziende sanitarie speciali", né semplici proiezioni organizzative delle università: esse si collocano in un'area di confine che mette in tensione categorie tradizionali del diritto amministrativo (azienda, ente strumentale, autonomia funzionale) e principi costituzionali (eguaglianza sostanziale, unità dei diritti sociali, autonomia scientifica e universitaria).

Il presente lavoro muove dall'assunto che le AOU costituiscano un caso paradigmatico di istituzione pubblica ibrida, nel quale la mancanza di un disegno unitario non è neutra, ma produce effetti sistemici sulla distribuzione delle competenze tra Stato e Regioni, sull'effettività dell'autonomia universitaria, sull'eguaglianza nell'accesso alla sanità di alta specialità e, non da ultimo, sulla capacità del sistema di sostenere ricerca e innovazione.

L'obiettivo non è, dunque, soltanto ricostruttivo, ma criticamente orientato. Attraverso l'analisi del quadro normativo, della giurisprudenza costituzionale, delle esperienze regionali e dei modelli comparati, il contributo intende mostrare come il paradigma dell'azienda sanitaria, così come declinato nel d.lgs. 502/1992, risulti strutturalmente insufficiente a governare la sanità accademica. In questa insufficienza si annida la ragione profonda delle disfunzioni emerse: asimmetrie di potere tra Regione e università, subordinazione finanziaria della ricerca, assenza di sistemi di valutazione integrati, conflitti ricorrenti sulla *governance*.

Su queste basi, il lavoro propone di rileggere le AOU come luoghi istituzionali di leale collaborazione strutturale, nei quali l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca non può essere affidata a strumenti convenzionali deboli o a equilibri contingenti, ma richiede un ripensamento delle forme giuridiche e delle architetture istituzionali, capaci di dare forma stabile alla pluralità delle funzioni coinvolte.

L'attenzione ai modelli fondazionali e consortili non è rivolta alla ricerca di soluzioni meramente organizzative, ma assume rilievo come possibile indizio di un mutamento di paradigma nel modo di concepire la sanità accademica.

Il quadro ricostruito consente di cogliere come la stratificazione di interventi parziali e la gestione contingente delle singole esperienze abbiano inciso direttamente sulla coerenza complessiva del modello. La questione delle AOU si presenta così come un banco di prova per il diritto pubblico: per la sua capacità di costruire istituzioni in grado di tenere insieme diritti sociali, autonomie costituzionali e complessità organizzativa, senza ridurre l'integrazione a mera tecnica amministrativa.

2. Le Aziende ospedaliero-universitarie tra autonomia e integrazione: origini e quadro normativo di riferimento

Le AOU trovano il loro fondamento giuridico nella legislazione nazionale in materia di organizzazione sanitaria e nella normativa universitaria, cui si aggiungono regolazioni di dettaglio derivanti dagli accordi locali tra Regioni e università. L'assetto normativo di riferimento si presenta stratificato, con una progressiva sovrapposizione di fonti statali e discipline regionali, così da soddisfare il principio di sussidiarietà e il riparto di competenze delineato dall'art. 117 Cost.

Il d.lgs. 502/1992 ha rappresentato il principale momento di sistematizzazione del modello di SSN dopo la riforma del 1978³. Esso ha introdotto il principio di aziendalizzazione delle unità sanitarie

³ Sulle novità introdotte dal d.lgs. 502/1992, si vedano, tra gli altri, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2024, 88 ss.; F. CASTIELLO, *Le AA.SS.LL. e gli organi di governo (nozione, inquadramento, struttura)*, in F. CASTIELLO, V. TENORE (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Milano, 2018, 6 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, 41 ss.; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neo-*

locali (USL), configurandole come enti dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale chiamati a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti a livello statale.

In questo quadro, tuttavia, le specificità universitarie non trovavano ancora una disciplina organica. È con il d.lgs. 517/1999 che il legislatore ha inteso dare risposta alle esigenze di integrazione tra assistenza sanitaria e funzioni di formazione e ricerca proprie delle università⁴. L'art. 2, comma 2, del decreto ha previsto, in particolare, la "sperimentazione" di modelli organizzativi alternativi - le aziende ospedaliere integrate con l'Università e le aziende ospedaliere-universitarie integrate con il SSN - qualificandoli entrambi come soluzioni transitorie in vista di un futuro modello unitario di AOU⁵.

Il d.lgs. 517/1999 ha fissato alcuni principi cardine. In primo luogo, le AOU sono enti dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e sono soggette, da un lato, alle regole del diritto pubblico per la loro funzione di erogazione di prestazioni sanitarie e, dall'altro, all'ordinamento universitario per gli aspetti formativi e scientifici. Esse rappresentano la sede in cui l'assistenza sanitaria si svolge in raccordo funzionale con l'attività didattica e di ricerca universitaria. Ne discende che la *governance* deve essere improntata alla leale collaborazione tra sistema sanitario regionale e sistema universitario, attraverso strumenti come i protocolli d'intesa e i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Il successivo dPCM 24 maggio 2001 ha fissato i criteri generali per la definizione dei protocolli di intesa tra Regioni e università, individuando le linee fondamentali in tema di *governance*, personale, programmazione e finanziamento e ribadendo che le Università devono partecipare alla programmazione sanitaria regionale⁶.

Il dPCM 24 maggio 2001 ha quindi definito i contenuti minimi dei protocolli. Tra gli elementi essenziali, si collocano: le modalità atte ad assicurare la programmazione concordata delle attività dell'AOU e della Facoltà di Medicina; le modalità di compartecipazione ai risultati di gestione; i criteri e le modalità attraverso cui assicurare lo svolgimento dell'attività assistenziale necessaria per l'assolvimento dei compiti istituzionali delle università; i criteri per la quantificazione dell'impegno assistenziale medio fornito dall'università, assicurando l'equilibrato rapporto con quello previsto per la dirigenza del SSN; la composizione del trattamento dovuto ai professori e ai ricercatori universitari per lo svolgimento dell'attività assistenziale; le strutture complesse essenziali alle esigenze di didattica e di ricerca; i criteri e le modalità per la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei DAI; infine, i criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale e degli atti normativi interni.

regionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato, Milano, 2005, 22 ss.; C.E. GALLO, B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, 143 ss.; G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, 973 ss.; M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie fra ente pubblico e impresa*, in *Ragiusan*, 1993, 109-110, 6 ss.

⁴ Sull'integrazione fra università e SSN e sul d.lgs. 517/1999, si vedano E. MENICETTI, *op cit.*, 259 ss.; M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 110 ss.; P. DE ANGELIS, *I rapporti tra sanità e università*, in *San. pubbl. priv.*, 3, 2010, 18 ss.; R. BALMA, *L'azienda ospedaliera universitaria*, in *Ragiusan*, 2001, 202/203, 17 ss.; F.C. RAMPULLA, *Le aziende integrate: i nuovi rapporti tra Università e servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 2000, 305 ss.; R. FATARELLA, *Rapporti tra Università e sanità: alla ricerca di un difficile equilibrio*, in *Ist. fed.*, 2000, 873 ss.

⁵ L'art. 2, comma 3, del d.lgs. 517/1999 dispone infatti che "[a]l termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliera-universitaria".

⁶ Sul dPCM 24 maggio 2001, si veda F.C. RAMPULLA, *Le incerte linee guida per i rapporti tra Università e servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 2001, 885 ss.

A tali disposizioni si sono successivamente affiancate le leggi regionali adottate in virtù delle nuove competenze attribuite alle Regioni in seguito alla modifica operata sul Titolo V della Costituzione dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3⁷.

Sul versante universitario, un passaggio fondamentale è rappresentato dalla l. 240/2010 (cosiddetta “riforma Gelmini”), che ha ridefinito, come noto, l’ordinamento degli atenei, il reclutamento e lo stato giuridico dei docenti e dei ricercatori. L’art. 6, comma 13, ha previsto l’adozione da parte del Ministero dell’Università e della Ricerca di uno schema-tipo delle convenzioni tra Regione e università quale strumento di uniformazione e razionalizzazione degli accordi locali.

Accanto ai testi fondamentali, occorre ricordare le leggi finanziarie, oggi leggi di bilancio, e i decreti di *spending review*, che hanno inciso sulle possibilità assunzionali e sugli equilibri di bilancio delle AOU imponendo vincoli stringenti di contenimento della spesa pubblica (si pensi, ad esempio, al d.l. 78/2010⁸ o al d.l. 95/2012⁹), anche al fine di garantire l’osservanza dei vincoli derivanti dalla normativa dell’Unione europea.

Il quadro normativo di riferimento delle AOU è dunque multilivello e composito: in esso si intrecciano le fonti statali di principio (d.lgs. 502/1992 e d.lgs. 517/1999), gli atti di indirizzo governativi (dPCM 2001), la normativa universitaria (l. 240/2010), i vincoli finanziari e le discipline regionali.

Tale complessità ha nel tempo generato frammentazione e disomogeneità applicative, rendendo oggi urgente un intervento di riordino nazionale che, senza sacrificare le autonomie, stabilisca standard minimi di *governance*, responsabilità finanziaria e valutazione delle *performance*.

3. Analisi costituzionale e riparto di competenze Stato-Regioni

La disciplina delle AOU si colloca in uno dei campi più complessi e delicati della ripartizione costituzionale delle competenze legislative tra Stato e Regioni. Proprio per la sua natura “ibrida”, che intreccia funzioni sanitarie e accademiche, essa è stata oggetto di ripetuti interventi della Corte costituzionale, la quale è stata chiamata a tracciare linee di equilibrio¹⁰.

L’art. 117 Cost., come riscritto dalla riforma del Titolo V del 2001, individua un sistema articolato di competenze. Il comma 2, alla lett. m), sancisce innanzitutto la competenza esclusiva dello Stato in relazione alla “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e socia-*

⁷ Sulle sorti del dPCM 24 maggio 2001 in seguito alla revisione del Titolo V della Costituzione e sulla sentenza della Corte costituzionale n. 329 del 2003, si dirà più ampiamente *infra*.

⁸ Il d.l. 78/2010, recante le “*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*”, è stato convertito con modificazioni dalla l. 30 luglio 2010, n. 122.

⁹ Il d.l. 95/2012, recante le “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario*”, è stato convertito con modificazioni dalla l. 7 agosto 2012, n. 135. Sulle novità introdotte nel settore sanitario, si vedano N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI, *op. cit.*, 389; N. DI VIVO, *Il decreto 'spending review'. La spesa sanitaria (comm. a d.l. 6 luglio 2012, n. 95 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, c. 1, legge 7 agosto 2012, n. 135)*, in *Giorn. dir. amm.*, 2012, 1185 ss.

¹⁰ Si veda D. PARIS, *La più recente giurisprudenza costituzionale in materia di aziende ospedaliero-universitarie, con particolare riferimento alla questione della nomina del direttore generale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2016, 111 ss. L’autore evidenzia che il contenzioso tra lo Stato e le Regioni dinanzi alla Corte costituzionale ha riguardato, in particolare, le modalità di nomina e di valutazione del direttore generale delle AOU, nonché la disciplina relativa al reclutamento del personale. Si vedano Corte cost., 17 maggio 2012, n. 129, in *Ragiusan*, 2012, 341-343, 18; Corte cost., 21 luglio 2011, n. 217, in *Giur. cost.*, 2011, 2848; Corte cost., 16 giugno 2006, n. 233, in *Ragiusan*, 2007, 277-278, 12.

li¹¹. La competenza esclusiva dello Stato, alla luce della lett. n) del medesimo comma, si estende alla definizione di “*norme generali sull’istruzione*”.

Il comma 3 dell’art. 117 Cost. riconosce, invece, la competenza concorrente delle Regioni in materia di “*tutela della salute*”. La regolazione di tale materia è rimessa dunque al legislatore regionale, conformemente ai principi fondamentali fissati dallo Stato¹². Nell’ambito della competenza legislativa concorrente viene in rilievo altresì la materia della “*ricerca scientifica e tecnologica*”.

L’art. 117 Cost. non esaurisce, tuttavia, l’assetto delle competenze nella materia di cui si discute. Bisogna, infatti, richiamare altresì l’art. 33 Cost. che consacra la libertà di insegnamento e di scienza e riconosce, al comma 6, il diritto delle Università di “*darsi ordinamenti autonomi*”, nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato.

In questo quadro, le AOU rappresentano la sede in cui le funzioni di didattica e di ricerca possono trovare concreta espressione, offrendo a studenti e ricercatori l’opportunità di maturare esperienza pratica e di sperimentare innovativi approcci terapeutici.

Già da questa ripartizione emerge la natura ibrida delle AOU, da cui deriva la necessità di un costante coordinamento tra legislazione statale, legislazione regionale e autonomia universitaria¹³.

Proprio tale natura costituisce il terreno su cui si innestano potenziali conflitti di competenza, destinati a manifestarsi su più fronti: una legge regionale che incida, ad esempio, sulla disciplina dei corsi di laurea in medicina, sui requisiti dei docenti o sui criteri di accreditamento sconfinerebbe nella competenza esclusiva statale; al contrario, un intervento statale che regolasse nel dettaglio la *governance* interna delle AOU (nomine, distribuzione di fondi, composizione degli organi) rischierebbe di invadere l’autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria.

La realtà è dunque quella di una compresenza forzata: lo Stato deve assicurare uniformità e standard minimi; le Regioni devono poter modellare i propri sistemi sanitari. Le AOU sono lo spazio in cui questa dialettica si concretizza.

3.1. La giurisprudenza costituzionale

¹¹ Sui livelli essenziali delle prestazioni si vedano, tra gli altri, M. D’ARIENZO, *La dimensione ‘forte’ della potestà legislativa statale tra livelli essenziali di assistenza e tutela della salute, con una postilla alla sentenza della Corte cost. n. 37/2021*, in *Amministrativ@mente*, 2022, 158 ss.; L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013, 103 ss.; V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008; A. BENEDETTI, G. ROSSI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lav. nelle p.a.*, 2002, 22 ss.; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e regioni (a proposito dell’art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *San. pubbl.*, 2002, 1025 ss.; E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. fed.*, 2001, 1103 ss. Per un approfondimento sulla tutela delle posizioni soggettive degli utenti del servizio sanitario nazionale, si veda R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, Torino, 2025, 229 ss.

¹² Si noti che in dottrina il concetto di “*tutela della salute*” ha trovato differenti interpretazioni. Secondo un primo indirizzo interpretativo, l’organizzazione del servizio sanitario e, dunque, delle aziende ospedaliere non rientrerebbe in tale ambito, configurandosi invece come materia di competenza esclusiva delle Regioni ai sensi dell’art. 117, comma 4, Cost. Un opposto orientamento riconduce invece l’organizzazione sanitaria alla “*tutela della salute*”, affermando la competenza concorrente ai sensi dell’art. 117, comma 3, Cost. Sul punto, si veda L. BERTORELLO, *Il riparto delle competenze in materia sanitaria e la centralità della funzione programmatrice*, in *www.rivista.camminodiritto.it*, 23 gennaio 2023, 11 ss.

¹³ Sulle istituzioni universitarie nel quadro costituzionale, si veda F. GUELLA, *Una materia “università” in costituzione: atenei e territori tra autonomia funzionale, riserva di legge e competenze regionali*, in *Riv. AIC*, 1/2017.

La Corte costituzionale, alla luce del quadro sino a qui descritto e del nuovo assetto di competenze legislative in materia di tutela della salute, è stata chiamata progressivamente a chiarire i confini¹⁴.

Innanzitutto, in relazione ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la Corte ha specificato che non si tratta di una materia in senso stretto bensì di una competenza idonea ad investire tutte le materie. La sentenza n. 282 del 2002 ha stabilito, in particolare, che il legislatore statale è legittimato ad introdurre le norme necessarie per assicurare a tutti, sul territorio nazionale, il godimento delle prestazioni garantite senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle¹⁵.

La definizione uniforme delle prestazioni essenziali mira a garantire che il principio di uguaglianza sia tutelato non solo attraverso il formale riconoscimento del diritto alla salute, ma anche mediante la sua effettiva soddisfazione¹⁶.

La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, tuttavia, si identifica esclusivamente nella individuazione delle prestazioni e nella determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle stesse. Non rientrerebbero, infatti, in tale categoria le norme volte alla definizione puntuale dell'assetto organizzativo degli enti preposti all'erogazione delle prestazioni assistenziali¹⁷. Questi aspetti, che non insistono direttamente sulla consistenza del diritto, sono rimessi all'autonomia delle Regioni¹⁸.

Da queste pronunce emerge un principio costante: quando sono in gioco diritti fondamentali, prevale l'interesse statale all'uniformità; quando si tratta di organizzazione concreta dei servizi, prevale la potestà regionale. In ogni caso, la coesistenza di competenze statali e regionali nello stesso ambito rende necessario un continuo bilanciamento tra le prerogative delle autonomie territoriali e le spinte accentratrici dello Stato, da perseguire nel rispetto del principio di leale collaborazione¹⁹.

Su questo sfondo si innesta oggi il dibattito sull'autonomia differenziata, tema che rende ancora più urgente interrogarsi sulle prospettive di riforma del sistema. L'attribuzione di "*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*" ai sensi dell'art. 116, comma 3, Cost. potrebbe incidere in modo significativo sul modello: in assenza di principi nazionali vincolanti, infatti, un maggiore decentramento potrebbe determinare assetti differenziati nella *governance*, nei sistemi di finanziamento e negli

¹⁴ Sul tema, si vedano R. FERRARA, *op. cit.*, 127 ss.; D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, 2025; S.R. VINCETI, *Gli incerti confini della materia "tutela della salute"*, in *Giur. cost.*, 2023, 2189 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Oss. cost.*, 1/2018.

¹⁵ Si veda Corte cost., 26 giugno 2002, n. 282, in *Giur. cost.*, 2002, 2012, con nota di A. D'ATENA, *La Consulta parla... e la riforma del titolo V entra in vigore*, 2027 e di D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale*, 2034. Sui livelli essenziali delle prestazioni in materia di tutela della salute, si vedano F. PALLANTE, *Diritto alla salute e spesa sanitaria*, in *Dir. amm.*, 2024, 703 ss.; R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile. Atti del convegno svoltosi il 27 novembre 2008 in Roma presso l'Accademia nazionale dei Lincei*, Torino, 2009, 81 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

¹⁶ Lo sottolinea A. PIOGGIA, *op. cit.*, 56.

¹⁷ Così Corte cost., 25 marzo 2005, n. 120, in *Foro it.*, 2005, I, 2956 ss.

¹⁸ Si veda ancora A. PIOGGIA, *op. cit.*, 57, ove si precisa che "[n]el momento in cui le esigenze di eguaglianza sono soddisfatte dalla definizione uniforme del diritto, delle prestazioni idonee a soddisfarlo e degli aspetti fondamentali dell'organizzazione, la disciplina dei profili più specifici di quest'ultima resta infatti l'unico luogo in cui l'autonomia normativa regionale trova spazio".

¹⁹ Secondo Corte cost., 25 giugno 2021, n. 131, in *Giur. cost.*, 2021, 1350, l'equilibrio nel sistema "deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione".

standard formativi delle AOU, con il rischio di frammentare l'identità nazionale della sanità accademica.

Nei sistemi europei di tipo federale o decentrato, la presenza di discipline statutarie unitarie per gli ospedali universitari ha consentito di evitare divergenze eccessive tra territori. È quanto si è verificato, ad esempio, in Spagna, dove le basi generali del sistema di accordi tra università e istituzioni sanitarie sono state disciplinate a livello nazionale, garantendo così un quadro di riferimento comune per le comunità autonome²⁰. Il raffronto comparato mostra come anche nell'ordinamento italiano si ponga l'esigenza di una riflessione analoga.

3.2. Esperienze regionali e criticità applicative

La ricerca di un equilibrio tra competenze statali e regionali è stata fortemente condizionata dall'esigenza di contenimento della spesa pubblica, spesso invocata a giustificazione dell'introduzione di vincoli sempre più incisivi alla legislazione regionale²¹.

La stagione delle *spending review* (d.l. 78/2010, d.l. 95/2012) ha infatti contribuito ad acuire le tensioni fra i vari livelli di governo e di autonomia: le esigenze di contenimento della spesa sanitaria si sono spesso scontrate con le necessità universitarie di ricerca e didattica, che richiedono programmazione pluriennale, investimenti costanti e una certa flessibilità gestionale.

Come accennato, le AOU si rivelano istituzioni di confine, collocate in un terreno normativo (alquanto) ibrido. Esse incarnano la tensione tra diritto alla salute (art. 32 Cost.) come diritto fondamentale e interesse della collettività, autonomia universitaria e libertà della scienza (art. 33 Cost.).

La Corte costituzionale ha insistito sul principio di leale collaborazione come criterio guida: lo Stato deve rispettare le competenze regionali in sanità; le Regioni devono riconoscere l'autonomia universitaria come valore costituzionale primario.

In prospettiva sarebbe pertanto auspicabile un riordino legislativo organico che, senza sacrificare "l'ibridismo costitutivo" delle AOU, chiarisca i confini di competenza e rafforzi i meccanismi cooperativi, evitando che la complessità si traduca in conflitto paralizzante. Solo così le AOU potranno diventare autentici laboratori di eccellenza.

4. Evoluzione storica del modello AOU

L'evoluzione storica delle AOU in Italia si colloca all'interno di un processo più ampio di riforma sanitaria e universitaria scandito da fasi legislative, trasformazioni istituzionali e mutamenti socio-economici, che hanno progressivamente ridefinito il rapporto tra ricerca, formazione e assistenza.

Già a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, le Facoltà di Medicina erano strettamente collegate agli ospedali clinici universitari, spesso gestiti da enti morali o congregazioni religiose, nei quali i docenti universitari svolgevano attività clinica e di insegnamento "sul campo". Tali ospedali clinici non avevano, tuttavia, una configurazione giuridica uniforme: in alcuni casi dipendevano direttamente dalle università, in altri erano invece affidati ad amministrazioni civiche o provinciali. La loro funzione principale, accanto alla cura dei pazienti, era la formazione dei futuri medici attraverso il

²⁰ Si fa riferimento al *Real Decreto* 1558/1986 del 28 giugno 1986, che ha stabilito le basi generali del sistema di convenzioni tra università e istituzioni sanitarie, nonché al successivo *Orden* del 31 luglio 1987.

²¹ Lo sottolinea D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali*, *op. cit.*, 12 ss.

tirocinio clinico, in un'epoca in cui la medicina sperimentale e la diagnostica strumentale muovevano i primi passi²².

Un primo tentativo di regolamentare in maniera unitaria la materia si ebbe con il Regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, recante il *Testo unico delle leggi sull'istruzione superiore*. Il provvedimento, nel quale confluirono disposizioni già introdotte dal Regio decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, determinò la "clanicizzazione" di alcune strutture sanitarie e, parallelamente, l'"ospedalizzazione" di alcune cliniche universitarie.

Fu prevista, in particolare, la trasformazione degli ospedali situati nelle città sedi di Facoltà di Medicina e Chirurgia, con una complessiva media di ricoverati non superiore a seicento, in ospedali clinici. Venne prevista inoltre la possibilità di trasformare gli ospedali con una media di ricoverati superiore, ove fosse richiesto da esigenze formative rilevate dal Ministro dell'educazione nazionale. Fu poi introdotto un obbligo a carico degli ospedali non trasformati di mettere a disposizione delle cliniche universitarie gli infermi ricoverati, se ritenuto necessario ai fini dello svolgimento delle attività didattiche²³. Allo stesso tempo, le cliniche universitarie avrebbero potuto operare come reparti ospedalieri, con le norme e alle condizioni convenute con le pubbliche istituzioni che ne avessero fatto richiesta (art. 30)²⁴.

I rapporti tra le istituzioni coinvolte erano rimessi ad apposite convenzioni, che comunque risultavano condizionate da quanto previsto dalla normativa in materia²⁵.

In questo solco si inserisce l'art. 92 del Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 che, al fine di guidare l'integrazione tra università e strutture sanitarie, affidò al Ministero per l'interno, d'accordo con il Ministero per l'educazione nazionale, l'emanazione di "*istruzioni necessarie per la disciplina dei rapporti fra gli ospedali e le regie cliniche*". Tali istruzioni, che non risultavano vincolanti per le istituzioni coinvolte, furono introdotte con il d.m. 24 agosto 1940²⁶.

Si pervenne quindi, con l'obiettivo di razionalizzare e riorganizzare il settore della sanità pubblica, alla l. 12 febbraio 1968, n. 132 (cosiddetta Legge Mariotti), che confermò lo svolgimento di assistenza ospedaliera da parte delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura, ai quali venne quindi estesa la disciplina degli enti ospedalieri limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale (art. 1). L'art. 40 della legge demandò ad un apposito decreto la disciplina dell'ordinamento interno dei servizi

²² Si veda Corte cost., 2 giugno 1977, n. 103, disponibile al sito www.giurcost.org, ove si evidenzia che "*i rapporti tra le facoltà mediche e gli enti di assistenza ospedaliera sono di antica data, pressoché coevi all'instaurarsi e al diffondersi del moderno sistema di insegnamento della medicina, basato sull'osservazione clinica*".

²³ Le spese per il funzionamento degli ospedali clinicizzati erano poste a carico delle istituzioni di appartenenza, nei limiti della spesa di assistenza a cui erano tenute; gli istituti clinici erano tenuti a provvedere al personale direttivo ed alle spese per trattamenti speciali, mettendo a disposizione del servizio ospedaliero tutti i mezzi diagnostici e terapeutici posseduti (art. 29).

²⁴ Non vi erano dunque obblighi specifici e la regolamentazione dei rapporti era rimessa alla libera iniziativa dei soggetti interessati, a differenza di quanto accadeva per gli ospedali clinicizzati. Per questi ultimi si prevedeva infatti l'inserimento nei consigli di amministrazione di due rappresentanti dell'università, ai quali erano attribuite tutte le facoltà degli altri consiglieri, per tutti gli affari attinenti ai rapporti fra l'amministrazione pubblica e le cliniche. Sull'evoluzione dei rapporti tra università e istituzioni ospedaliere nell'ordinamento italiano sino ai processi di riforma avviati fra la fine degli anni Sessanta e la fine degli anni Settanta, si veda M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 1-10.

²⁵ In dottrina, si è parlato infatti di "*accordi normativi*". Si veda, in particolare, M. BRACCI, *Sui rapporti fra le Università e gli ospedali clinici*, in *Studi senesi in memoria di Ottorino Vannini*, Milano, 1957, 835.

²⁶ Secondo G. FALCON, *Le convenzioni tra ospedali e università: i precedenti storici dell'attuale disciplina*, in AA. VV., *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, Napoli, 1932, 311, in tali istruzioni risulta "*ben visibile il precedente genetico dei successivi «schemi tipo»*".

di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura, che fu introdotto con il d.P.R. 27 marzo 1969, n. 129.

Quest'ultimo, all'art. 4, affidò ai Ministri della sanità e della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro del tesoro, l'emanazione di uno schema tipo di convenzione per la gestione dei rapporti tra Università e gli enti ospedalieri²⁷. Lo strumento convenzionale era stato infatti confermato dall'art. 50 della Legge Mariotti, prevedendo l'intervento sostitutivo dei Ministri per la pubblica istruzione e per la sanità o, a richiesta di essi, del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), qualora si fossero presentati degli ostacoli o dei contrasti in relazione alla conclusione degli accordi.

Il d.P.R. 129/1969 articolò la categoria delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura distinguendoli, da un lato, in *cliniche e istituti che svolgono attività assistenziale sulla base di convenzioni con enti ospedalieri* - vale a dire gli ospedali clinici di cui al r.d. 1592/1933 - e, dall'altro, in *istituti clinici gestiti direttamente dall'Università*. Questi ultimi, che costituivano la forma ospedalizzata delle cliniche universitarie nel regime previgente, sarebbero stati da quel momento identificati come *ospedali policlinici universitari*.

La vera svolta in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera si ebbe con la l. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale²⁸. Con essa si affermarono i principi dell'universalità dell'assistenza e dell'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

L'art. 39 della legge, destinato alla regolazione dei rapporti tra Regioni ed università, confermò ancora una volta lo strumento convenzionale, che avrebbe dovuto essere adottato sulla base di schemi-tipo²⁹. Parallelamente, la norma consacrò la Regione come interlocutore principale nel sistema: si trattava di un principio di integrazione funzionale che anticipava, *in nuce*, la logica dell'inscindibilità tra assistenza, didattica e ricerca, formalizzata poi dal già citato d.lgs. 517/1999.

In questo quadro, l'università iniziava a essere riconosciuta come *partner* strutturale della sanità pubblica: i rapporti tra ospedali e università divennero parte integrante della programmazione sanitaria regionale.

Le convenzioni, infatti, erano destinate a disciplinare sia l'apporto nel settore assistenziale delle Facoltà di Medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, sia l'utilizzazione da parte delle medesime, per esigenze di ricerca e di insegnamento, delle strutture delle USL. Una volta stipulate, le convenzioni erano assorbite dai *Piani sanitari regionali* previsti dall'art. 11, comma 3, della legge.

Negli anni Ottanta del secolo scorso, la progressiva introduzione di logiche manageriali nella gestione della sanità portò a un ripensamento complessivo del rapporto ospedale-università. Il passaggio dalle USL a enti di tipo aziendale fu sancito dal d.lgs. 502/1992, che recepì i principi della responsabilità economico-finanziaria e dell'autonomia gestionale.

La disciplina del 1992 non offrì ancora un assetto compiuto per gli ospedali universitari, che rimasero in una posizione intermedia, sospesi tra ordinamento universitario e ordinamento sanitario.

²⁷ Lo schema-tipo venne introdotto con d.m. 24 giugno 1971.

²⁸ Tra i numerosi contributi sulla legge istitutiva del SSN, si vedano A. PIOGGIA, *op. cit.*, 86 ss.; R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *op. cit.*, 58 ss.; M.S. GIANNINI, G. DE CESARE (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, 1984; F.A. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979; M. PERSIANI, V. BELLINI, F.P. ROSSI (a cura di), *Il Servizio Sanitario Nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Bologna, 1979.

²⁹ In caso di mancato accordo, la disposizione richiama i meccanismi sostitutivi di cui all'art. 50 della Legge Mariotti.

La legge distingueva tra *policlinici universitari* (art. 4, comma 5), costituiti nella forma di aziende delle università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile, e *presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina* (art. 4, comma 6), costituiti in aziende ospedaliere secondo il modello gestionale previsto dalla disciplina.

L'art. 6, comma 1, del decreto fissò i rapporti fra Regioni e università sancendo che le prime, nell'ambito della programmazione sanitaria, avrebbero dovuto stipulare specifici protocolli d'intesa con le università, per regolare l'apporto di queste ultime alle attività assistenziali. Alle intese poteva darsi attuazione mediante accordi stipulati tra le università, le aziende ospedaliere e le USL interessate.

Il successivo d.lgs. 517/1999 segna la nascita delle AOU nella loro forma attuale³⁰. Si tratta del primo provvedimento che affronta in modo mirato i rapporti tra università e SSN, attraverso il riconoscimento della peculiarità dell'assistenza ospedaliera universitaria e della necessità di integrarla pienamente nella rete ospedaliera ordinaria³¹.

L'art. 1 del decreto abroga il comma 1 dell'art. 6 del d.lgs. 502/1992, stabilendo che l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università sia determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio.

L'art. 2 stabilisce che i modelli organizzativi previsti dal d.lgs. 502/1992, ovvero i *policlinici universitari* e i *presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina*, sarebbero dovuti confluire in un modello aziendale unico di AOU. A tale risultato si sarebbe pervenuti in seguito ad un periodo di sperimentazione avviata mediante la costituzione di *aziende ospedaliere integrate con l'Università* (art. 2, comma 2, lett. a)) e di *aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN* (art. 2, comma 2, lett. b)), risultanti dalla trasformazione, rispettivamente, dei *policlinici universitari* e dei *presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina*.

Come anticipato, entrambi i modelli furono concepiti come transitori in vista di un futuro modello unitario, al quale tuttavia non si è mai pervenuti³².

Il decreto ha fissato principi cardine che ancora oggi restano centrali: la personalità giuridica pubblica delle AOU; l'autonomia patrimoniale, organizzativa e contabile; la necessità di un protocollo d'intesa tra Regione e università come strumento di disciplina della *governance*, del personale e delle attività.

Il successivo dPCM 24 maggio 2001 ha dettato le linee guida per la stipulazione dei protocolli d'intesa, specificando che le università dovessero partecipare alla programmazione sanitaria regionale

³⁰ Il decreto è stato assunto in attuazione della delega contenuta nell'art. 6 della l. 30 novembre 1998, n. 419, sulla base della quale il Governo avrebbe dovuto provvedere alla ridefinizione dei rapporti tra SSN e università.

³¹ Lo sottolinea M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 111-112.

³² Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è evidenziato nella relazione al d.d.l. n. 1334 (XV legislatura) - comunicato alla Presidenza il 16 febbraio 2007 e recante gli "*Interventi per il settore sanitario e universitario*" - ove è stato sottolineato che "*le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale e le aziende ospedaliere integrate con l'università, contemplate dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, rispettivamente alle lettere a) e b), non hanno a tutt'oggi perfezionato la loro definitiva costituzione nella forma prevista dallo stesso decreto legislativo (comma 3, modello aziendale unico di azienda ospedaliero-universitaria), pur essendo da tempo scaduto il quadriennio di sperimentazione ivi previsto (1° gennaio 2004), ovvero non hanno dato nemmeno inizio alla predetta sperimentazione*".

e che i protocolli dovessero disciplinare in modo puntuale *governance*, personale, finanziamenti e reti formative³³.

In seguito all'intervento della riforma del Titolo V della Costituzione, il provvedimento è stato oggetto di una questione di legittimità costituzionale, all'esito della quale la Corte ha sancito l'impossibilità per il legislatore statale di emanare atti di indirizzo e coordinamento nell'ambito di materie che gravitano nella legislazione concorrente - in questo caso, la tutela della salute - e, dunque, la facoltà delle Regioni di sostituire la disciplina in questione con una regolamentazione propria. La Corte, pertanto, ha riconosciuto la cedevolezza del dPCM 24 maggio 2001 rispetto ad una eventuale nuova disciplina regionale³⁴. In ogni caso, è stato evidenziato che gli interventi regionali si sono spesso limitati a integrare le prescrizioni della disciplina statale senza modificarla in maniera significativa e spesso richiamandola all'interno degli atti³⁵.

Nel corso degli anni la disciplina delle AOU si è progressivamente intrecciata con le riforme del sistema universitario, trovando un punto di snodo significativo nella l. 240/2010. L'art. 6, comma 13, in linea con il principio - ormai consolidato - di inscindibilità tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca, richiamato dall'art. 2, comma 2, lett. c), della stessa legge e, in precedenza, dall'art. 1, comma 2, della l. 4 novembre 2005, n. 230 (cosiddetta Legge Moratti), ha previsto la reintroduzione di uno schema-tipo di convenzione, volto a costituire un modello uniforme, a cui università e Regioni avrebbero dovuto attenersi per regolamentare i propri rapporti.

L'inscindibilità delle funzioni giustificerebbe quindi l'intervento del legislatore statale, che mantiene competenze in materia di autonomia e di istruzione universitaria.

Si noti che nonostante l'importanza attribuita a questa disposizione lo schema-tipo di convenzione non è ancora stato adottato dal Ministero, lasciando le Università e le Regioni senza un modello operativo vincolante.

4.1. L'attuazione regionale e la varietà dei modelli

Nonostante siano trascorsi oltre vent'anni dalla scadenza del quadriennio di sperimentazione previsto dall'art. 2 del d.lgs. 517/1999, il quadro normativo relativo alle AOU permane incerto.

³³ Sul protocollo d'intesa fra università e Regioni, si veda M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 69 ss., ove si evidenzia che tale strumento appariva maggiormente "duttile ed elastico" rispetto a quello convenzionale. Si sottolinea, in particolare, che "il sistema dei rapporti Università/SSN sconta la presenza di interessi costituzionalmente tutelati posti in posizione di parità, con la conseguenza che il perseguimento di un'azione amministrativa codeterminata, coordinata e collaborativa è elemento necessario ed imprescindibile per la realizzazione di tali interessi pubblici".

³⁴ Si veda Corte Cost., 4 novembre 2003, n. 329, in *Ragiusan*, 2004, 241/2, 52, che ha dichiarato inammissibile la questione sollevata dalle Regioni ricorrenti, evidenziando che "fino alla data di entrata in vigore della legge di modifica del Titolo V della Costituzione, le norme statali impugnate non risultano aver alcun effetto concretamente invasivo della sfera di attribuzioni regionali, stante la mancata attuazione della disciplina posta dall'atto in contestazione, mentre, dall'altro lato, almeno a partire da tale data le medesime norme possono essere sostituite, nei limiti delle competenze regionali, da una apposita normazione regionale".

³⁵ Si veda, in particolare, M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 129-130. Tale circostanza è evidenziata altresì da MINISTERO DELLA SALUTE, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA, *Dipartimenti per il Governo Clinico e l'Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca: Workshop 1° aprile 2011*, Fascicolo Governo Clinico - Dipartimenti 2\2011, 15, ove si sottolinea che "[n]ella maggior parte dei casi i protocolli palesano ripetizioni anche letterali del modello nazionale, a discapito di un approccio meno generale che avrebbe consentito di addivenire a soluzioni esplicite alle questioni relative ai rapporti tra Università e S.S.N."

L'equivocità della disciplina trova riscontro nel contenzioso sviluppatosi nel tempo, che si è concentrato, tra l'altro, sul procedimento necessario ai fini della valida costituzione delle AOU. Tale circostanza non è che il riflesso delle tensioni insite nel riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia. La questione centrale riguarda, infatti, la necessità di coinvolgere le autorità centrali nel processo costitutivo: una questione fondamentale, dunque, da cui dipende la stessa esistenza giuridica di un'AOU.

Sul punto, pronunciandosi in relazione all'atto costitutivo di un'azienda ospedaliera integrata con l'Università, la giurisprudenza nel 2012 ha chiarito come l'intervento statale "*si appalesa ineludibile*", specificando che ciò varrebbe tanto per il modello sperimentale di cui all'art. 2, comma 2, lett. b), del d.lgs. 517/1999 - per il quale si prevede, a seguito della proposta della Regione (tenuta ad acquisire l'intesa con l'università), un'iniziativa ministeriale e una decisione del Consiglio dei Ministri³⁶ - quanto per il modello ordinario disciplinato dall'art. 8 del medesimo decreto, che richiede invece un'autorizzazione preventiva del Ministro dell'università e del Ministro della sanità e l'intervento di un dPCM³⁷.

Tale impostazione è stata condivisa anche da una parte della dottrina, che ha ritenuto imprescindibile l'intervento delle autorità centrali in ogni ipotesi di costituzione di AOU.

Più recentemente, la giurisprudenza amministrativa è intervenuta in relazione all'adozione di un modello unico di AOU, ritenendo che il mancato coinvolgimento delle autorità statali nella procedura costitutiva non determini necessariamente la violazione dell'art. 8 del d.lgs. 517/1999, "*posto che l'intervento statale ivi previsto riguarda solo i casi di nuova costituzione di aziende ospedaliere universitarie e non, invece, la mera adozione del modello aziendale unico all'esito del periodo di sperimentazione di cui all'articolo 2 del medesimo decreto legislativo*"³⁸.

In questo quadro si inserisce anche il recente intervento del legislatore statale. La legge di bilancio per il 2026 ha infatti introdotto una disposizione transitoria che incide direttamente sul regime giuridico delle strutture ospedaliero-universitarie³⁹. L'art. 1, comma 938, stabilisce che, nelle more della revisione della disciplina delle aziende ospedaliero-universitarie, le aziende ospedaliere del Servizio sanitario regionale che abbiano stipulato protocolli d'intesa con le università per lo svolgimento di attività integrate di assistenza, ricerca e didattica continuano ad operare sulla base delle

³⁶ Si tratta della disciplina fissata dall'art. 4 del d.lgs. 502/1992, a cui rinvia l'art. 2 del d.lgs. 517/1999.

³⁷ Si veda la sentenza T.A.R. Napoli, sez. I, 6 novembre 2012, n. 4425, in *Foro amm. TAR*, 2012, 3576, intervenuta in relazione alle vicende costitutive dell'Azienda ospedaliera integrata con l'Università *S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Scuola Medica Salernitana*. Quest'ultima è sorta grazie all'intervento del dPCM 31 gennaio 2013.

³⁸ Si tratta della sentenza T.A.R. Napoli, sez. II, 5 maggio 2025, n. 3516, disponibile al sito www.giustizia-amministrativa.it, in cui il giudice amministrativo ha dichiarato la legittimità della delibera della Giunta Regionale della Campania del 3 aprile 2024, n. 150, con cui si approvava lo schema di protocollo di intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Napoli, Federico II, avente ad oggetto l'adozione del modello unico di AOU. Il protocollo d'intesa, assunto dalla Regione e dall'Università sulla base di quanto disposto dall'art. 9 della l. reg. Campania 18/2022, risultava finalizzato a garantire il passaggio dal modello sperimentale al modello unico di AOU. Si noti che nel dichiarare che l'intervento statale riguarda solo i casi di nuova costituzione di AOU, il giudice amministrativo richiama Corte cost., 30 marzo 2021, n. 50, in *Giur. cost.*, 2021, 2, 687. Con tale pronuncia, la Corte ha dichiarato incostituzionale l'art. 9, commi 1 e 2, della l. reg. Calabria 1/2020, che prevedeva l'istituzione di una nuova AOU con modalità procedurali diverse da quelle fissate dall'art. 4 del d.lgs. 502/1992, violando così i principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale in materia di tutela della salute.

³⁹ Si tratta dell'art. 1, comma 938, della l. 30 dicembre 2025, n. 199, recante il "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*".

disposizioni del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, anche in assenza del dPCM previsto dall'art. 8, comma 2, del medesimo decreto legislativo.

La norma appare significativa sotto un duplice profilo. Da un lato, essa riconosce implicitamente la persistente incompiutezza del modello normativo delineato dal d.lgs. 517/1999; dall'altro, prende atto della pluralità delle soluzioni organizzative sviluppatesi nelle regioni, garantendo continuità ai rapporti giuridici sorti sulla base dei protocolli di integrazione tra università e servizio sanitario regionale. In tal modo il legislatore conferma, almeno in via transitoria, la praticabilità di modelli di integrazione funzionale tra ospedali e università anche in assenza della piena attuazione del modello istituzionale di azienda ospedaliero-universitaria.

Negli ultimi anni, il quadro della sanità accademica è stato ulteriormente complicato dall'emergere di un fenomeno nuovo, non ancora adeguatamente tematizzato dal legislatore: la proliferazione di sedi formative universitarie promosse anche da alcuni atenei non statali, spesso attraverso accordi con le Regioni, che conducono alla "clinicizzazione" di strutture ospedaliere di dimensioni medio-piccole.

Tale dinamica, favorita dalla mancanza di standard nazionali stringenti e da un intervento regolatorio degli organismi di valutazione non ancora pienamente consolidato, rischia di incidere sulla qualità e sull'uniformità della formazione medica, ponendo in discussione il tradizionale riferimento a strutture ospedaliere di elevata complessità quali sedi tipiche della sanità accademica.

Tale evoluzione rende ancora più evidente l'esigenza di un intervento di coordinamento a livello nazionale, volto a definire standard minimi e criteri uniformi di accreditamento delle sedi formative.

La praticabilità di modelli di integrazione funzionale è stata anche confermata da una recente sentenza del Consiglio di Stato⁴⁰, che ha riconosciuto la libertà delle regioni di adottare il modello organizzativo ritenuto più adeguato al fine di realizzare la collaborazione tra servizio sanitario e università, escludendo che esse siano vincolate al modello istituzionale delle AOU di cui al d.lgs. 517/1999.

A tali conclusioni il Consiglio di Stato è pervenuto richiamando la riforma del Titolo V della Costituzione e il "fenomeno" delle cd. norme statali cedevoli⁴¹, evidenziando che *"le disposizioni statali introdotte ante riforma (in materia di competenza concorrente Stato-Regioni, come nel caso di specie, quelle che non rechino i principi fondamentali) sono destinate a cedere il passo con l'esercizio succes-*

⁴⁰ La sentenza Cons. Stato, sez. III, 3 febbraio 2026, n. 904 è disponibile al sito www.giustizia-amministrativa.it. Il ricorso ha riguardato la scelta della Regione Lombardia - operata, d'intesa con l'Università dell'Insubria, per il tramite della Delibera n. X/7436 del 2017 - di integrare il polo universitario di Varese afferente a tale Università con l'A.S.S.T. Lariana. Secondo l'Associazione appellante, tale scelta avrebbe determinato una violazione degli artt. 1 e 2 del d.lgs. 517/1999, poiché non sarebbe stato addotto alcun elemento a sostegno dell'indisponibilità nell'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento (A.S.S.T. "Sette Laghi") di strutture essenziali per l'attività didattica, necessaria per poter ricorrere ad altre strutture pubbliche. L'appellante ha denunciato, inoltre, la violazione del principio di accesso agli impieghi pubblici mediante concorso e dei principi di imparzialità, pubblicità e trasparenza dell'azione amministrativa, alla luce del conferimento diretto dell'incarico di direzione di un'Unità Operativa Complessa a un professore universitario.

⁴¹ Si noti che la cedevolezza dell'art. 8 del d.lgs. 517/1999 è stata sostenuta dal Segretariato generale del Ministero dell'Università nella richiesta di parere indirizzata all'Avvocatura Generale dello Stato in relazione alla procedura di costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Tor Vergata" (per un approfondimento, si veda il par. 8.2.). Al contrario, nel parere del 20 giugno 2025 l'Avvocatura ha sottolineato che *"sebbene la tutela della salute rientri tra le competenze concorrenti delle Regioni, l'istituzione di un'Azienda Ospedaliera Universitaria non può non incidere anche sulla materia dell'istruzione universitaria. Quest'ultima, tuttavia, resta tuttavia di competenza esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera n), della Costituzione. Ebbene, si ritiene che il procedimento di cui al citato art. 8 risponda, per l'appunto, ad una maggiore tutela degli interessi esclusivi dello Stato"*.

sivo delle competenze normative regionali”⁴². Nel caso di specie, il giudice amministrativo ha ritenuto legittima la scelta della Regione Lombardia di realizzare la collaborazione tra servizio sanitario e università sulla base di un modello funzionale di integrazione⁴³ - fondato su convenzioni che le singole università provvedono a stipulare con gli enti del Servizio sanitario regionale - anziché mediante il modello istituzionale di cui al d.lgs. 517/1999.

Questo andamento si colloca all’interno di un più ampio processo storico e normativo che ha visto un progressivo superamento della frammentazione che aveva caratterizzato l’organizzazione sanitaria tra Ottocento e Novecento. A partire dalla l. 833/1978 e passando per il d.lgs. 502/1992, si è giunti alla più compiuta definizione dei rapporti tra università e SSN con il d.lgs. 517/1999, cui sono seguite ulteriori specificazioni normative negli anni successivi.

Nonostante tale evoluzione, il processo non si è mai consolidato in un modello unitario e coerente di regolazione, lasciando irrisolti numerosi nodi interpretativi e organizzativi e rendendo oggi quanto mai urgente un intervento nazionale di riordino, che giunga al coordinamento organico tra il d.lgs. 502/1992, il d.lgs. 517/1999, il d.lgs. 368/1999, nonché la l. 240/2010.

Il riconoscimento della legittimità dei modelli di integrazione funzionale non ha determinato il superamento del modello istituzionale delle AOU previsto dal d.lgs. 517/1999, ma ne ha ridimensionato la centralità. L’intervento di riordino dovrebbe quindi definire quale sia il rapporto tra il modello istituzionale delle AOU e i modelli alternativi di integrazione, nonché stabilire gli standard minimi nazionali relativi alle strutture a direzione universitaria, ai requisiti clinico-assistenziali dei direttori e all’accreditamento delle reti formative: se cambiano le strutture in cui si forma lo specializzando, i

⁴² Si veda il punto 9.2. del *Considerato in fatto e diritto* di Cons. Stato, sez. III, 3 febbraio 2026, n. 904, cit.

⁴³ Il modello lombardo di integrazione tra servizio sanitario e università affonda le sue radici nella l. reg. 30 dicembre 2009, n. 33 (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*), il cui Titolo III è dedicato alla “*Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con facoltà di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca*”. In tale quadro, particolare rilevanza è assunta dall’art. 28, che prevede la costituzione di una rete regionale dell’assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca, e dall’art. 29, il quale dispone che i rapporti tra Regione Lombardia e le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia siano gestiti attraverso un protocollo generale d’intesa, da attuarsi mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole Università con le Aziende socio sanitarie territoriali e le aziende ospedaliere (art. 7), con le strutture private accreditate (art. 8), con gli IRCCS e con gli erogatori sociosanitari pubblici. Si noti che con Delibera n. XII/ 5693 del 2 febbraio 2026 è stato approvato un nuovo protocollo d’intesa tra la Regione Lombardia e le Università Lombarde sedi delle facoltà, scuole e dipartimenti di medicina e chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca, che sostituisce il protocollo adottato con Delibera XI/7437 del 30 novembre 2022. L’art. 6 del nuovo protocollo sancisce che “*L’integrazione tra l’attività didattica e di ricerca e l’attività assistenziale si realizza attraverso l’istituzione della Rete dei Poli Clinico-Assistenziale a carattere universitario*” (nel precedente protocollo si faceva riferimento invece alla “*Rete dei Poli a carattere universitario Clinico-Assistenziale*”). Il protocollo prevede, inoltre, che nell’ambito dei Poli Clinico-Assistenziali, a supporto delle esigenze di didattica e di ricerca, si individuino le strutture complesse a direzione universitaria e che sia in ogni caso garantita la presenza di un nucleo minimo di strutture complesse stabilmente a direzione universitaria. Il numero delle strutture complesse a direzione universitaria è individuato nella misura massima del 8% delle strutture complessive presenti nei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) degli enti del Servizio sanitario regionale. Il provvedimento provvede altresì ad integrare in modo dettagliato il personale universitario nel SSR. Infine, il nuovo protocollo non fa riferimento all’istituzione di AOU, confermando, pertanto, l’adesione della Regione Lombardia ad un modello funzionale di integrazione. Pare interessante notare, tuttavia, che l’art. 25 prevede che il documento dovrà essere oggetto, in ogni caso, di modifiche e integrazioni alla luce della auspicata revisione normativa nazionale in atto rispetto al d.lgs. 517/1999 e dello schema-tipo di protocollo di intesa previsto dalla l. 240/2010.

requisiti per dirigere una Unità Operativa Complessa (UOC) universitaria o il peso del personale universitario nella *governance* clinica, muta indirettamente anche la qualità della formazione.

La questione appare particolarmente rilevante in quanto il pluralismo dei modelli organizzativi può incidere sull'unità sostanziale del sistema formativo sanitario nazionale. Tale questione si interseca con il dibattito relativo all'autonomia differenziata, a cui si è fatto precedentemente cenno⁴⁴.

In questo senso il tema non può essere affrontato prescindendo da una riflessione complessiva sull'organizzazione e sulla *governance* delle AOU, che costituisce il fulcro del successivo approfondimento.

5. Organizzazione e *governance* delle AOU

L'organizzazione delle AOU rappresenta uno degli snodi più delicati dell'intero sistema sanitario e accademico italiano, poiché implica la coesistenza - spesso non priva di tensioni - di due culture istituzionali differenti e, in alcuni casi, divergenti.

Da un lato vi è la cultura sanitaria, orientata a rispondere immediatamente ai bisogni assistenziali, all'efficienza organizzativa e alla gestione delle risorse; dall'altro quella accademica, che privilegia le libertà di insegnamento e ricerca, la pianificazione di lungo periodo e l'attenzione alla formazione di alto livello. L'incontro (e talvolta lo scontro) tra questi due modelli ha reso necessario costruire regole di *governance* complesse e spesso differenziate per garantire un equilibrio sostenibile.

In relazione alla *governance*, la disciplina delle AOU presenta delle analogie e delle differenze rispetto a quella delle aziende ospedaliere. Essa si articola su tre livelli principali⁴⁵.

Il direttore generale è la figura apicale dell'azienda⁴⁶. La sua nomina, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del d.lgs. n. 517/1999, è prerogativa della Regione ed è subordinata all'acquisizione di un'intesa con il rettore dell'Università. Si deve tuttavia precisare che la disposizione ha previsto tale procedura per il modello delle AOU "a regime" e per il modello sperimentale di azienda ospedaliera integrata con l'Università. La nomina del direttore generale delle AOU integrate con il SSN, limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione, è stata affidata al rettore dell'università, previa intesa con la Regione.

La scelta di prevedere un'intesa per la nomina del direttore generale, in astratto, dovrebbe garantire equilibrio tra le due istituzioni, tuttavia, nella realtà, non sempre si realizza una co-decisione effettiva, poiché la Regione spesso esercita un'influenza preponderante. Lo strumento dell'intesa con il rettore dell'università è previsto per l'esercizio di alcune importanti attribuzioni del direttore generale⁴⁷: in-

⁴⁴ Si veda il par. 3.1.

⁴⁵ Sull'organizzazione interna delle AOU, si veda E. MENICETTI, *op. cit.*, 262 ss.

⁴⁶ Per quanto concerne i requisiti per la nomina a direttore generale, l'art. 4 rinvia a quelli stabiliti nell'art. 3-bis del d.lgs. 502/1992. Ai direttori generali si applica, inoltre, la disciplina dettata dagli artt. 3 ss. del medesimo decreto, ove non derogata espressamente dal d.lgs. 517/1999.

⁴⁷ In relazione ai poteri del direttore generale, M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 143 evidenzia che egli "non è titolare di quell'autonomia del management sanitario che il D.lgs. n. 229/99 ha cercato di enfatizzare in massimo grado, poiché egli incontra limiti non solo esterni all'atto aziendale e volti a circoscrivere l'ambito di autonomia imprenditoriale della struttura, ma anche interni ad esso, poiché vi sono alcuni settori predeterminati normativamente a livello generale e poi specificati in necessaria condivisione con il rettore e con la facoltà di medicina". Si sottolinea inoltre che "anche se il direttore generale deve comunque rispondere dei risultati della propria gestione, non può però organizzare liberamente la struttura che dirige perché le fonti regolatorie del sistema gli impongono una serie di scelte organizzative eteronome". Si veda, sul punto, anche E. CARLONI, *Dagli IRCCS ai Policlinici. I limiti dell'aziendalizzazione tra alta specializzazione, ricerca e didattica universitaria*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servi-*

nanzitutto, ai fini dell'adozione dell'atto aziendale⁴⁸, nella parte in cui si riferisce ai Dipartimenti e alle strutture complesse che li compongono (art. 3, comma 3, d.lgs. 517/1999); per l'istituzione, la modifica e la soppressione delle strutture complesse qualificate come essenziali ai fini della didattica e della ricerca dal protocollo d'intesa (art. 3, comma 6, d.lgs. 517/1999); ai fini della nomina del direttore di un DAI (art. 3, comma 4, d.lgs. 517/1999); infine, ai fini dell'attribuzione e della revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa (art. 5, comma 5, d.lgs. 517/1999).

Accanto al direttore generale operano il direttore sanitario, con responsabilità tecnico-sanitarie, e il direttore amministrativo, responsabile invece degli aspetti contabili, giuridici e patrimoniali.

Queste figure assicurano la gestione quotidiana dell'azienda e rispondono agli obiettivi stabiliti nel protocollo di intesa e negli atti aziendali.

Le AOU si avvalgono, poi, di organi collegiali. L'art. 4, comma 1, del d.lgs. 517/1999 menziona, in particolare, il collegio sindacale, al quale si applica la disciplina prevista per le aziende sanitarie (art. 3-bis, d.lgs. 502/1992)⁴⁹, e l'organo di indirizzo⁵⁰. Quest'ultimo opera con riferimento ai DAI e ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda ospedaliera con la programmazione didattica e scientifica delle università e, dunque, di verificarne la corretta attuazione.

L'art. 4, comma 5, richiama il collegio di direzione, che riunisce rappresentanti universitari e aziendali. Tale organismo, alla luce di quanto disposto dall'art. 17 del d.lgs. 502/1992, partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università e concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

In alcune Regioni, questi organi hanno assunto un ruolo effettivo di *governance*, incidendo concretamente sugli indirizzi strategici; in altre realtà, al contrario, restano poco più che organismi formali.

Un ulteriore livello organizzativo è costituito dai Dipartimenti ad Attività Integrata, che rappresentano l'unità operativa fondamentale del modello AOU⁵¹. Nell'ambito degli stessi, infatti, si realizza l'integrazione tra le funzioni assistenziali e quelle di didattica e di ricerca.

I DAI sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici. Le modalità di costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti sono disciplinati nell'atto aziendale sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra Regione e università. Nell'atto aziendale sono altresì individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria.

zio sanitario, Milano, 2008, 137-138.

⁴⁸ Per un approfondimento sull'atto aziendale delle AOU, si veda C. LEARDINI, *L'assistenza, la didattica e la ricerca attraverso gli atti aziendali delle aziende ospedaliere universitarie integrate italiane*, in C. LEARDINI, G. SALA, B. CAMPEDELLI (a cura di), *op. cit.*, 138 ss.

⁴⁹ Si noti, tuttavia, che la disciplina differisce in relazione alla composizione. Il collegio è infatti composto da cinque membri designati uno dalla Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze, uno dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'Università e della Ricerca e uno dall'università interessata.

⁵⁰ La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nei protocolli d'intesa tra Regione e università.

⁵¹ Ai sensi dell'art. 3, comma 5, del d.lgs. 517/1999, il DAI "è organizzato come centro di responsabilità e di costo unitario in modo da garantire unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la necessaria flessibilità operativa e individua 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".

Il direttore del Dipartimento è scelto fra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il Dipartimento medesimo. Tale figura, che è designata sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, dell'esperienza professionale e del *curriculum* scientifico, rimane titolare della struttura complessa cui è preposta.

Il modello dipartimentale risponde alla logica dell'integrazione e della flessibilità, ma la sua attuazione concreta dipende molto dalle prassi locali.

5.1. Le criticità ricorrenti

Le esperienze applicative hanno evidenziato una serie di criticità. In molte realtà, infatti, la Regione esercita un potere quasi esclusivo in relazione alla nomina del direttore generale, relegando il ruolo del rettore a mera ratifica. Ciò genera squilibri e riduce il peso delle università nella *governance*.

L'influenza delle istituzioni non è quindi uniforme: in alcune AOU il rapporto è paritario, mentre in altre la Regione determina gli indirizzi in via pressoché esclusiva⁵². Ciò appare in contraddizione con le previsioni della Costituzione, che riconosce pari dignità alle medesime.

A ciò si aggiunge il problema della gestione dei conflitti in quanto non sempre i protocolli d'intesa prevedono strumenti chiari per la risoluzione delle controversie e, in assenza di sedi istituzionali di mediazione, le tensioni finiscono spesso per degenerare in contenziosi giudiziari⁵³.

Un ulteriore aspetto problematico coincide con la valutazione delle performance. I sistemi di monitoraggio si concentrano infatti prevalentemente su indicatori sanitari quali, ad esempio, i ricoveri, i tempi di attesa o i costi sostenuti, trascurando invece quelli accademici come il numero di studenti formati, la qualità della ricerca o l'impatto scientifico delle attività svolte⁵⁴. Più specificamente, le AOU sono sottoposte a due sistemi di valutazione paralleli: da un lato Agenas e le Regioni valutano le performance assistenziali secondo indicatori di produzione sanitaria e di sostenibilità; dall'altro l'ANVUR valuta la qualità della ricerca scientifica e la capacità formativa sulla base di criteri accademici. L'assenza di un sistema di valutazione integrato può generare una potenziale incoerenza e le funzioni universitarie possono risultare penalizzate da logiche assistenziali e viceversa.

A differenza di altri sistemi europei⁵⁵, poi, in Italia non esiste un accreditamento unico per il "teaching hospital", come ente dotato di una missione specifica e distinta rispetto agli ospedali generali.

Un'ulteriore criticità, infine, è rappresentata dal fatto che le attività universitarie rischiano spesso di essere finanziariamente subordinate a quelle sanitarie, con conseguente ridotta capacità di investimento in ricerca e formazione.

5.2. Verso un modello ideale di *governance*

Se si assume la natura delle AOU come istituzioni pubbliche ibride, caratterizzate da una coappartenenza strutturale al sistema sanitario e a quello universitario, l'analisi delle criticità emerse

⁵² Si veda M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 229.

⁵³ *Ivi*, 149, ove si evidenzia che la mancata previsione di meccanismi sostitutivi in caso di conflitto tra la Regione e l'università può generare situazioni di stallo nel sistema.

⁵⁴ Per alcune proposte di indicatori bibliometrici di monitoraggio della ricerca che possono essere parte dei sistemi di valutazione multidimensionali della performance, si veda S. BARSANTI, S. GIOVANELLI; S. NUTI, *Come valutare la ricerca nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie? Metodi e proposte operative*, in *Mecosan*, 2014, 90, 9 ss.

⁵⁵ Sui caratteri di alcuni modelli europei, si veda più approfonditamente *infra* (spec. par. 5.3. e 7.1.).

mostra come un assetto di *governance* coerente implichi, innanzitutto, la presenza di una direzione generale selezionata su base meritocratica e dotata di competenze integrate in ambito sanitario e accademico.

In questa prospettiva è stata ipotizzata l'istituzione di un organo di governo collegiale, incaricato della nomina di tale figura, nel quale siano rappresentate in modo paritario le istituzioni coinvolte, senza tuttavia un loro coinvolgimento diretto nella gestione⁵⁶. Una simile soluzione consentirebbe di attuare un sistema di co-decisione non solo sulla gestione ordinaria, ma anche sugli investimenti strategici e sulle linee di sviluppo.

Parallelamente, la tutela effettiva delle funzioni di didattica e di ricerca emerge come corollario strutturale della natura ibrida delle AOU, implicando la previsione di budget separati e vincolati, sottratti alle logiche esclusivamente aziendali.

Per quanto concerne la valutazione delle performance, ne consegue la necessità di introdurre meccanismi di valutazione integrata, capaci di considerare congiuntamente sia gli *outcome* sanitari, sia la qualità della produzione scientifica e didattica.

Infine, un modello coerente presuppone strumenti istituzionali di composizione dei conflitti, come procedure di mediazione o forme di arbitrato, in grado di prevenire la giurisdizionalizzazione delle controversie.

5.3. Confronti e *best practices*

Le AOU italiane, in parte prive di un quadro unitario in relazione alla responsabilità, al finanziamento e alla *governance*, si collocano all'interno di un panorama europeo nel quale la sanità accademica è riconosciuta come ambito istituzionale dotato di una propria specificità organizzativa e giuridica. La comparazione consente di mettere in luce come altri ordinamenti abbiano affrontato, mediante strumenti normativi espliciti, le tensioni insite nell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Un confronto con altre realtà europee mostra, infatti, che modelli simili si sono consolidati da tempo. In Francia, ad esempio, i *Centres hospitaliers universitaires* (CHU) adottano una *governance* integrata con una direzione a più teste (direttore generale, decano, direttore della ricerca), tutte dotate di pari dignità istituzionale nell'ambito degli organi collegiali⁵⁷. In Germania, gli *Universitätskliniken* prevedono la partecipazione diretta dei *Länder* e delle Università, con consigli di sorveglianza in cui siedono rappresentanti accademici, politici e della società civile. La responsabilità della programmazione sanitaria rimane in capo ai *Länder*, ma l'autonomia strutturale di tali istituzioni consente una chiara articolazione dei poteri decisionali tra direzione sanitaria e organi accademici⁵⁸.

Nel Regno Unito, gli ospedali designati come *teaching* o *academic trust* operano all'interno del NHS, ma la componente universitaria è riconosciuta nel sistema di *governance* attraverso la partecipazione degli atenei nei consigli direttivi. In Spagna, infine, gli ospedali universitari operano

⁵⁶ Tale soluzione è proposta da M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 230-231.

⁵⁷ Sugli *hôpital universitaires*, si veda M. DUPONT, A. LALLEMENT, *La gouvernance hospitalière*, in B. APOLLIS (a cura di), *Traité de droit hospitalier*, Rennes, 2024, 165 ss.

⁵⁸ Sulle *Universitätskliniken*, in generale, si veda G. MÖLLER, R. BECKMANN-FUCHS, *Universitätskliniken*, in S. HUSTER M. KALTENBORN (a cura di), *Krankenhausrecht. Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens*, Monaco, 2017, 646-666.

attraverso convenzioni con le Università con forte incidenza delle Comunità autonome, ma con l'obbligo di una valutazione integrata della produzione scientifica⁵⁹.

Questi modelli evidenziano che l'ibridismo istituzionale non è una peculiarità italiana, ma un tratto comune ai sistemi avanzati di sanità accademica. La differenza sta nella capacità di strutturare regole stabili e condivise di *governance* capaci di resistere ai cambiamenti politici e alle tensioni locali.

L'organizzazione e la *governance* delle AOU, in definitiva, si muovono in un equilibrio instabile tra autonomia universitaria e programmazione sanitaria regionale. Se la disciplina del 1999 e i protocolli d'intesa hanno fornito un quadro di riferimento, resta aperto il problema della asimmetria di potere tra Regione e università e della difficoltà di misurare in modo integrato gli obiettivi istituzionali.

Un vero modello unitario di *governance* delle AOU presuppone trasparenza nelle nomine, criteri meritocratici, valutazioni multidimensionali e strumenti certi di composizione dei conflitti. Solo in questo modo le AOU potranno assolvere pienamente alla loro triplice missione di assistenza, didattica e ricerca.

Il quadro della *governance* non esaurisce, tuttavia, le questioni in gioco: occorre infatti analizzare il nodo altrettanto cruciale dell'integrazione funzionale tra assistenza sanitaria, didattica universitaria e attività di ricerca.

6. Integrazione tra assistenza, didattica e ricerca

L'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca rappresenta la ragion d'essere delle AOU e, al tempo stesso, il terreno su cui più spesso emergono frizioni istituzionali, organizzative e culturali.

La normativa concepisce le AOU come luoghi in cui i tre pilastri dell'università medica devono sostenersi reciprocamente: l'attività clinica come base per l'insegnamento e la sperimentazione scientifica; la didattica come veicolo di trasmissione delle conoscenze e delle buone pratiche assistenziali; la ricerca come strumento per l'innovazione terapeutica. Tuttavia, la realtà operativa mostra frequentemente una prevalenza delle esigenze assistenziali, che rischia di comprimere tempi, risorse e spazi destinati alla didattica e alla ricerca.

Le AOU sono chiamate a gestire casistica di alta complessità, spesso in regime di emergenza-urgenza, e ciò richiede investimenti tecnologici ingenti, competenze specialistiche rare e un'organizzazione multidisciplinare. È proprio questa funzione che rende tali strutture idonee a svolgere anche un ruolo formativo: gli studenti, i tirocinanti e i medici in formazione specialistica hanno la possibilità di confrontarsi con patologie rare, procedure chirurgiche innovative, protocolli sperimentali, che difficilmente troverebbero spazio in ospedali di livello territoriale. L'alta specialità clinica costituisce dunque una leva formativa: la presenza di sale operatorie avanzate, laboratori di biologia molecolare, reparti ad alta tecnologia (oncologia molecolare, cardiocirurgia, trapianti) permette agli studenti di formarsi a diretto contatto con i progressi della medicina.

Questa vocazione clinico-formativa si è resa evidente nel corso della recente emergenza pandemica, quando le AOU hanno dimostrato di poter assumere un ruolo di coordinamento clinico e scientifico a livello regionale.

⁵⁹ Per un approfondimento sull'organizzazione degli *Academic Medical Centres* inglesi e spagnoli, si veda E.M.M. CARDINAAL, H.N.W. DUGHUISEN, P.P.T. JEURISSEN, H. BERDEN, *Inventory and analysis of literature on the organisation of eight European academic medical centres. A scoping review*, in *PLoS ONE*, 2023, 1 ss.

La loro funzione di *hub* ad alta specializzazione e di centri di produzione di conoscenza può essere quindi valorizzata anche nella transizione verso un modello di sanità territoriale rafforzata. Affinché ciò avvenga, è necessario riconoscere formalmente alle AOU una funzione di direzione scientifica e di orientamento delle reti territoriali, superando una visione che le confina a meri luoghi di cura.

6.1. Le criticità operative

Nonostante il notevole potenziale delle AOU, l'effettiva integrazione delle tre funzioni continua a scontrarsi con diversi ostacoli strutturali e organizzativi.

Un primo fattore critico è rappresentato dalla costante pressione assistenziale: le lunghe liste d'attesa, l'aumento della domanda di prestazioni e i vincoli di bilancio spingono le direzioni aziendali a concentrare le risorse e le energie sull'attività clinica, riducendo di fatto lo spazio e il tempo disponibili per la ricerca e la didattica.

Ulteriore elemento di freno è costituito dalla burocrazia che grava sulla ricerca clinica. Procedure autorizzative complesse⁶⁰, tempi lunghi dei comitati etici⁶¹ e vincoli di budget poco flessibili rallentano sensibilmente l'avvio e la realizzazione dei progetti scientifici, finendo per scoraggiare soprattutto i ricercatori più giovani, che faticano a trovare spazi e opportunità per costruire percorsi di carriera stabili.

In Italia, inoltre, le AOU restano soggette a un doppio regime di responsabilità, che riflette la loro duplice appartenenza. La Corte dei conti esercita un controllo sulla gestione finanziaria, essendo le AOU parte del sistema sanitario regionale. Esse beneficiano tuttavia anche di personale e di risorse dell'Università e ciò genera interferenze tra i due canali di finanziamento⁶².

Si consideri poi che i piani di rientro regionali, con l'imposizione di vincoli di spesa e di misure volte alla razionalizzazione e alla riorganizzazione delle strutture, possono condizionare indirettamente la programmazione accademica, senza che vi sia un assetto di responsabilità formalmente condiviso tra Regione e ateneo.

Sul piano della responsabilità professionale, poi, la presenza di reparti a direzione universitaria solleva questioni, laddove un evento clinico si verifichi nell'ambito di un'attività assistenziale con finalità didattica o di ricerca. La disciplina italiana, infatti, non definisce chiaramente quale sia il soggetto responsabile, né quale debba essere il regime assicurativo applicabile nei casi di attività sanitaria svolta in contesto accademico⁶³.

Infine, occorre considerare anche la questione della digitalizzazione del sistema sanitario: dal fascicolo sanitario elettronico all'interoperabilità dei dati, fino all'applicazione dell'intelligenza artificiale alla diagnosi. I percorsi di digitalizzazione sanitaria, accelerati dall'attuazione delle misure

⁶⁰ Si veda C. CAGNAZZO, M.G. BESSE, D. MANFELLOTTI, P. MINGHETTI, S. CAZZANIGA, L. COTTINI, A. FONTANELLA, I. MARUTI, S. STABILE, S. TESTONI, P. TROGU, V. SINNO, G. GUSSONI, *Lessons learned from COVID-19 for clinical research operations in Italy: what have we learned and what can we apply in the future?*, in *Tumori Journal*, 2020, 107, 6-11.

⁶¹ Si vedano R. SIGNORELLA, *I Comitati etici nel sistema sanitario nazionale a due anni dalle riforme: spunti di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 2025, 133 ss.; E. POLUZZI, *Il ruolo dei Comitati Etici in Italia: ambiti di competenza e impatto del Regolamento Europeo 536/14*, in *Biolaw journal*, 2022, 237 ss.

⁶² Sul finanziamento delle AOU si dirà più ampiamente *infra*.

⁶³ Per un approfondimento sul tema della responsabilità nei *teaching hospitals* inglesi, si veda P.V. OVSEIKO, A. HEITMUELLER, P. ALLEN, S.M. DAVIES, G. WELLS, G.A. FORD, A. DARZI, A.M. BUCHAN, *Improving accountability through alignment: the role of academic health science centres and networks in England*, in *BMC Health Service Research*, 2014, 14, 1 ss.

previste dal PNRR, richiedono una gestione unitaria dei dati clinici e scientifici, ma la disciplina vigente non affronta in modo organico il tema della *governance* dei dati nelle strutture accademico-sanitarie. La ricerca clinica necessita di accesso a dati sanitari strutturati, ma tale utilizzo implica responsabilità specifiche in termini di protezione dei dati personali, consenso informato e *accountability* istituzionale. L'assenza di una cornice unificata può ostacolare lo sviluppo di piattaforme nazionali di ricerca clinica comparabili a quelle presenti nei sistemi francese o britannico⁶⁴.

Queste criticità rendono evidente la necessità di individuare strumenti concreti e soluzioni organizzative innovative in grado di promuovere una reale integrazione tra le diverse missioni delle AOU, aprendo così la strada al successivo esame delle possibili opzioni operative.

6.2. Strumenti per favorire l'integrazione

Affinché l'integrazione sia reale e non meramente proclamata nei protocolli, occorrono alcune misure strutturali. È necessaria, innanzitutto, una programmazione congiunta delle attività cliniche e didattiche, in modo da evitare sovrapposizioni di calendario e consentire agli studenti di partecipare in modo continuativo all'attività assistenziale. Occorre, poi, procedere al riconoscimento formale delle ore di didattica e ricerca nell'orario di lavoro del personale universitario convenzionato, con indicatori di valutazione che non siano esclusivamente sanitari, e prevedere dei percorsi privilegiati per la ricerca clinica con autorizzazioni semplificate e spazi dedicati sul modello dei *Clinical Research Center* internazionali. Infine, è necessario prevedere dei budget protetti per progetti di ricerca e attività formative, sottratti così alle fluttuazioni dei bilanci ospedalieri.

Tali strumenti non rilevano, tuttavia, come semplici buone pratiche organizzative, ma come implicazioni istituzionali della natura composita delle AOU, nelle quali l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca non può essere affidata a soluzioni contingenti, ma richiede assetti strutturalmente coerenti.

Alcune esperienze dimostrano che un equilibrio virtuoso è possibile. Le Regioni Toscana e Emilia-Romagna, ad esempio, hanno introdotto meccanismi di valutazione congiunta dei risultati. Conseguentemente, le AOU sono valutate non solo per i ricoveri o gli indicatori clinici, ma anche per la produzione scientifica e la capacità formativa⁶⁵.

⁶⁴ Si fa riferimento, in particolare, alle piattaforme *Health Data Hub* (HDH) e *Secure Data Environment* (SDE), attivate, rispettivamente, in Francia e nel Regno Unito.

⁶⁵ La Regione Toscana ha affidato alla Scuola Superiore Sant'Anna l'incarico di predisporre un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane. Nel progetto elaborato, la performance è definita attraverso una rappresentazione "a bersaglio": l'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance riporta risultati vicino al centro; i risultati meno positivi compaiono progressivamente nelle fasce più lontane. Per un approfondimento dei risultati più recenti, si veda, M. VAINIERI, A. CAPUTO, A. VINCI, G. D'ORIO, D. CERASUOLO, S. NUTI (a cura di), *Il sistema di valutazione della performance della sanità Toscana. Report 2023*, in www.regione.toscana.it, 9, ove si evidenzia che il sistema di valutazione della performance della sanità toscana si differenzia per la presenza di ambiti di valutazione ulteriori rispetto a quelli presenti nei sistemi istituzionali. Tra questi sono menzionati gli "indicatori sul personale e valutazione della ricerca". Per la Regione Emilia-Romagna, si veda A. NEGRO, S. MALTONI, M.D. CAMERLINGO, A. GENTILI, M.L. MORO (a cura di), *Analisi della produzione scientifica in Emilia-Romagna. Progetto pilota*, ottobre 2021, disponibile al sito www.assr.regione.emilia-romagna.it. Per un quadro di carattere generale sulle AOU nel sistema emiliano-romagnolo, si vedano S. MORO, *Moduli di ordinamento e integrazione: il caso delle Aziende Ospedaliere Universitarie in Emilia-Romagna*, in *Ist. fed.*, 2016, 251 ss.; F. BANORRI, *I rapporti tra Università e Sistema sanitario regionale emiliano-romagnolo alla luce della legge regionale n. 29*

Nel contesto della Regione Toscana e, più specificamente nell'AOU di Pisa, è istituito un *Clinical Trial Center* (CTC) con l'obiettivo di promuovere, supportare e coordinare la ricerca clinica all'interno dell'azienda, assicurando l'integrazione tra l'università e il Servizio sanitario regionale. In tale contesto i risultati della ricerca non si limitano a generare nuovi protocolli terapeutici, ma contribuiscono anche a introdurre modelli più efficienti di gestione delle risorse, strategie innovative di organizzazione dell'assistenza, forme integrate di erogazione dei servizi e reti di collaborazione tra istituzioni diverse⁶⁶.

Nel contesto internazionale, in relazione ad esempio ai *teaching hospitals* britannici, la "*clinical governance*" prevede che ogni reparto abbia obiettivi bilanciati tra *outcome* assistenziali, didattici e scientifici, monitorati con report periodici. In tale contesto, la valutazione integrata (*Research Excellence Framework* e indicatori NHS) attribuisce rilevanza sia alla produttività scientifica sia alla qualità dell'assistenza. In Francia, infine, i CHU dedicano spazi e budget vincolati alla ricerca traslazionale.

L'integrazione non deve essere intesa solo come equilibrio interno tra tre funzioni, ma come motore di innovazione per l'intero sistema sanitario. Laddove la ricerca clinica è realmente sostenuta, essa genera ricadute dirette sulla qualità dell'assistenza (nuove terapie, protocolli aggiornati, *trial* clinici) e sulla reputazione accademica dell'Università.

La didattica, a sua volta, trae beneficio dall'integrazione: formare studenti e specializzandi in un contesto dove la ricerca si traduce immediatamente in pratica clinica significa ridurre il divario tra teoria e applicazione.

Il modello AOU trova quindi la sua legittimazione proprio nella capacità di unire cura, insegnamento e innovazione. Se uno di questi pilastri viene sacrificato, l'intero edificio rischia di indebolirsi.

L'analisi mostra come l'effettività dell'integrazione presupponga un impegno congiunto di Regioni, università e direzioni aziendali per rendere effettiva questa integrazione mediante programmazione condivisa, riconoscimento dei tempi di didattica e ricerca, risorse dedicate e sistemi di valutazione integrati. Solo così le AOU potranno svolgere pienamente la loro triplice missione e costituire un laboratorio permanente di innovazione sanitaria e accademica.

Tale integrazione, pur costituendo la cifra distintiva delle AOU, non può prescindere da un adeguato sostegno economico e da una gestione equilibrata delle risorse: da qui l'esigenza di approfondire i profili finanziari che ne condizionano la sostenibilità.

Un profilo sistematicamente trascurato riguarda poi la persistente dicotomia tra personale universitario e personale del Servizio sanitario nazionale. Nonostante l'unitarietà delle funzioni svolte all'interno dei Dipartimenti ad Attività Integrata, permangono differenze di *status*, incentivi e obiettivi che spesso ostacolano una reale integrazione operativa. In una prospettiva evolutiva, appare necessario prevedere forme di maggiore allineamento degli obiettivi istituzionali, valorizzando - nei limiti delle competenze - la partecipazione anche del personale non universitario alle attività di didattica e di ricerca.

Tale esigenza di integrazione sostanziale pone, in prospettiva, anche il tema di una possibile evoluzione dei modelli contrattuali, oggi differenziati tra personale universitario e personale del SSN. Senza necessariamente ipotizzare una piena unificazione degli *status*, potrebbe essere opportuno

del 2004, in C. BOTTARI (a cura di), *Il nuovo sistema dei rapporti Regione-Università*, Bologna, 2006, 75 ss.

⁶⁶ Lo evidenziano S. TALLARICO, S. LAZZINI, M. NICOLIELLO, L. ANSELMINI, *Gli ecosistemi della conoscenza in sanità: il valore e l'attrattività generati dalla ricerca clinica. Il caso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUN)*, in *Mecosan*, 2025, 131, 205 ss.

avviare una riflessione su strumenti contrattuali maggiormente coerenti con la natura integrata delle funzioni svolte, al fine di evitare che differenze regolatorie incidano sull'efficacia organizzativa e sul perseguimento di obiettivi comuni.

7. Autonomia e finanziamento delle AOU: i rischi della doppia dipendenza

Il tema dell'autonomia finanziaria costituisce uno dei nodi più delicati per la sopravvivenza e lo sviluppo delle AOU. Esse, pur essendo enti dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia contabile e patrimoniale, vivono una condizione peculiare: la loro sostenibilità dipende da una doppia fonte di finanziamento, regionale e statale, che rispecchia la duplice natura delle funzioni svolte. L'art. 7 del d.lgs. 517/1999 dispone infatti che al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle AOU concorrano risorse messe a disposizione dalle università e dal Fondo sanitario regionale.

In particolare, le attività correnti sono finanziate dalle università mediante l'apporto di personale docente e non docente⁶⁷, di beni mobili ed immobili e dalle Regioni mediante il corrispettivo dell'attività svolta secondo l'ammontare globale predefinito di cui all'art. 8-*sexies* del d.lgs. 502/1992. Regioni ed università concorrono, poi, con propri finanziamenti, all'attuazione di programmi di rilevante interesse per la Regione e per l'università definiti d'intesa.

Le AOU sono classificate nella fascia di presidi a più elevata complessità assistenziale. La Regione riconosce i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detraendo una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario. Si pone, pertanto, il tema di identificare l'impatto delle attività didattiche e di ricerca sui costi dell'attività assistenziale⁶⁸.

La "bicentricità" di cui si è detto produce inevitabili squilibri e talvolta conflitti di priorità, che si riflettono sulla gestione quotidiana delle aziende. Il modello vigente espone le AOU, infatti, a due principali tensioni: da un lato, le Regioni sono orientate per missione a garantire la sostenibilità della spesa sanitaria, tendendo a privilegiare obiettivi di contenimento dei costi e limitando talvolta investimenti in tecnologie avanzate, infrastrutture di ricerca o sperimentazioni cliniche ad alto rischio finanziario; dall'altro, l'università appare proiettata per natura su tempi medio-lunghi, privilegiando progetti scientifici e formativi che richiedono continuità e risorse stabili, ma che possono apparire alla Regione poco produttivi nel breve periodo per l'assistenza sanitaria. Il risultato è che la pianificazione finanziaria può diventare un terreno di conflitto, dove le scelte di investimento non sempre rispondono in modo armonico alla triplice missione delle AOU.

Per ridurre gli squilibri, alcune Regioni hanno sperimentato strumenti innovativi. Un esempio significativo è l'istituzione di fondi integrati vincolati a progetti congiunti, in cui Regione e università co-finanziano iniziative che devono produrre risultati verificabili sia in ambito sanitario sia in quello accademico.

Un caso virtuoso si registra in Emilia-Romagna, dove i protocolli d'intesa prevedono che una quota dei finanziamenti sanitari venga destinata a programmi di ricerca traslazionale sviluppati in

⁶⁷ Per un approfondimento sul personale universitario che presta attività presso strutture sanitarie, si veda P. DE ANGELIS, *Il personale universitario, docente e non docente, che svolge attività assistenziale: inquadramento giuridico e questioni applicative*, Torino, 2014; ID., *Collocamento a riposo docenti di materie cliniche: commento a Corte Costituzionale, 9 maggio 2013, n. 83*, in *San. pubbl. priv.*, 1, 2014, 102 ss.

⁶⁸ Si veda B. BONVENTO, D. CROTTI, P. PERTILE, V. REBBA, A. ZAGO, *Valutare l'efficienza dei servizi ospedalieri in Italia: il caso delle aziende ospedaliere-universitarie*, in L. GRECO, P. PERTILE, C. ZOLI (a cura di), *Efficienza e sostenibilità dell'intervento pubblico. Scritti in onore di Nicola Sartor*, Bologna, 2022, 59 ss.

partnership con l'università, con indicatori di performance che valutano non solo l'*output* clinico (riduzione dei tempi di ricovero, volumi assistenziali), ma anche l'impatto scientifico (pubblicazioni, brevetti, attrazione di fondi europei).

In Toscana, è stato sperimentato un modello di budget "a canestri", che vincola risorse specifiche a progetti di integrazione didattico-clinica, come i centri di simulazione medica nati dal cofinanziamento regionale e universitario⁶⁹.

Un tema particolarmente rilevante riguarda la capacità delle AOU di attrarre finanziamenti esterni, sia pubblici (ad esempio, bandi europei *Horizon Europe*, PNRR, fondi nazionali per la ricerca sanitaria), sia privati (sponsorizzazioni, donazioni, *partnership* industriali).

In questo campo le AOU incontrano spesso rigidità amministrative: le procedure di spesa soggette ai vincoli della contabilità pubblica rendono complesso stipulare contratti con imprese, accedere a fondi di *venture capital* o gestire in modo competitivo progetti di ricerca brevettabile.

7.1. Confronti europei

Il tema del finanziamento e dell'autonomia delle strutture ospedaliero-universitarie non è peculiare dell'ordinamento italiano, ma attraversa tutti i principali sistemi sanitari europei, nei quali si è cercato di bilanciare le esigenze assistenziali con quelle di didattica e di ricerca.

In Francia, i *Centres Hospitaliers Universitaires* (CHU) restano enti pubblici e beneficiano di un fondo statale specificamente vincolato alla ricerca e alla formazione medica, che non può essere destinato a coprire spese assistenziali ordinarie, con l'effetto di preservare la funzione di ricerca da logiche esclusivamente sanitarie⁷⁰. A ciò si aggiunge la possibilità di costituire fondazioni ospedaliere di supporto, finalizzate a raccogliere capitali privati e finanziare attività di innovazione.

In Germania, gli *Universitätskliniken* operano in larga parte come fondazioni di diritto pubblico o come enti dotati di personalità giuridica autonoma, con ampia capacità contrattuale nei confronti delle imprese farmaceutiche e biomediche. In alcuni *Länder* sono stati introdotti veri e propri modelli fondazionali per favorire la raccolta di fondi privati, mantenendo tuttavia un controllo pubblico sulle decisioni strategiche. I bilanci sono distinti tra attività assistenziali e attività scientifico-formative, con indicatori di performance integrati che premiano le strutture capaci di coniugare qualità clinica e *output* scientifico⁷¹.

⁶⁹ Si veda, in particolare, il *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale* (PSSIR) 2024-2026 della Regione Toscana, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 67 del 30 luglio 2025, il quale nei *Fondi finalizzati*, nell'ambito dei *Fondi destinati al finanziamento delle aziende ospedaliero universitarie e della Fondazione Gabriele Monasterio*, prevede specificamente un *Fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliero universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del Servizio sanitario regionale e dell'università*.

⁷⁰ Si veda P. CATALFO, M. CAVALIERI, C. GUCCIO, *Finanziamento dei teaching hospitals: tra risorse immateriali e sistema di misurazione della performance*, in *Mecosan*, 2011, 77, 62, ove si evidenzia che i CHU hanno accesso a un fondo nazionale destinato alle missioni di interesse generale (MIGAC) e che una parte di quest'ultimo è riservata al finanziamento delle attività di insegnamento, di ricerca, di riferimento e di innovazione (*Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation* - MERRI). Per un approfondimento sul contributo degli CHU nella ricerca medica e su alcune criticità presentate dal modello MERRI, si veda COUR DES COMPTES, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, dicembre 2017, spec. 83 ss., disponibile al sito www.senat.fr.

⁷¹ Per un approfondimento sulle forme giuridiche e sul finanziamento degli ospedali universitari in Germania, si veda DEUTSCHER BUNDESTAG, *Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*, Berlino, 2016.

Nel Regno Unito, i *teaching hospitals* integrati con le Università ricevono finanziamenti dedicati alla ricerca clinica. Questa scelta assicura una protezione delle risorse destinate all'innovazione e alla formazione, evitando che vengano assorbite dalle sole esigenze assistenziali⁷².

In Spagna, alcuni *hospitales universitarios* hanno adottato modelli consortili tra comunità autonome, università e fondazioni, che garantiscono una forte autonomia statutaria e gestionale, pur nel rispetto delle competenze regionali in materia sanitaria. Il modello consortile garantisce pertanto la partecipazione congiunta alla gestione e, sebbene la formalizzazione delle competenze sia meno rigida rispetto ai modelli francese e tedesco, le funzioni accademiche e assistenziali sono disciplinate attraverso atti costitutivi consortili, che definiscono in modo esplicito responsabilità e obiettivi.

Queste esperienze mostrano come la sostenibilità delle strutture integrate richieda sempre la previsione di quote protette di risorse per didattica e ricerca, sottratte alle logiche di breve periodo della spesa sanitaria; al contempo, evidenziano che il modello fondazionale o consortile rappresenta, in molteplici declinazioni, la soluzione privilegiata in Europa per coniugare controllo pubblico e flessibilità gestionale.

7.2. Verso una riforma del modello finanziario

Le criticità emerse sul piano finanziario mostrano come l'attuale assetto non sia strutturalmente in grado di sostenere in modo equilibrato la triplice missione delle AOU. Ne discende che un modello coerente implicherebbe la previsione di strumenti capaci di rendere effettiva l'integrazione anche sul piano delle risorse. In tale prospettiva, l'analisi delle esperienze e delle criticità interne mostra come un assetto coerente implichi l'emersione di strumenti istituzionali idonei a separare e al tempo stesso coordinare i flussi finanziari: modelli fondazionali a partecipazione pubblica, meccanismi di cofinanziamento per obiettivi tra Regione e università e forme strutturate di partenariato pubblico-privato per lo sviluppo tecnologico e biomedico, capaci di sostenere l'innovazione senza comprimere il primato dell'interesse pubblico.

L'autonomia finanziaria delle AOU rimane, a distanza di oltre venticinque anni dal d.lgs. 517/1999, un obiettivo solo parzialmente realizzato. La loro natura di "ibridi istituzionali" - collocati all'incrocio tra sanità e università - genera inevitabilmente tensioni tra esigenze diverse: da un lato l'efficienza gestionale e il contenimento della spesa, dall'altro la qualità della didattica e della ricerca, cui si aggiunge la centralità della tutela della salute pubblica.

Questa condizione, se da un lato rappresenta una fonte costante di conflitto, dall'altro offre l'opportunità di sperimentare soluzioni innovative di *governance*, programmazione condivisa e *accountability* capaci di coniugare autonomia accademica e responsabilità gestionale.

Le esperienze europee dimostrano che modelli di maggiore integrazione istituzionale e chiarezza di competenze permettono di superare la frammentazione e di valorizzare la specificità delle strutture ospedaliero-universitarie. L'Italia può trarre insegnamento da questi esempi, rafforzando i meccanismi di cooperazione tra Stato, Regioni e università e riducendo la disomogeneità territoriale.

⁷² Si veda P. CATALFO, M. CAVALIERI, C. GUCCIO, *Finanziamento dei teaching hospitals: tra risorse immateriali e sistema di misurazione della performance*, op. cit., 60, ove si evidenzia che "[n]el Regno Unito, a partire dal 1975, il Department of Health ha previsto l'allocazione di un budget aggiuntivo, rispetto a quello normalmente assegnato dalle Health Authorities, per le strutture ospedaliere del National Health Service (NHS) che svolgono attività di formazione medica undergraduate". Si tratta, in particolare, del *Service Increment for Teaching* (SIFT).

In questa direzione, si rende necessario un intervento di riordino organico, volto a chiarire i confini tra le competenze, garantire la sostenibilità finanziaria e valorizzare le AOU come luoghi di eccellenza scientifica, assistenziale e formativa. Solo così sarà possibile trasformare la loro natura “ibrida” da fattore di conflitto a risorsa strategica per l’intero sistema Paese.

Le criticità fin qui evidenziate inducono quindi a interrogarsi su possibili soluzioni organizzative alternative: tra queste, il modello della fondazione di partecipazione offre spunti particolarmente significativi.

8. La fondazione come modello giuridico-gestionale: la prospettiva della partecipazione pubblica

La fondazione, nella sua configurazione moderna, rappresenta un istituto giuridico e gestionale capace di coniugare l’elemento privatistico dell’autonomia statutaria e organizzativa con la tutela di interessi pubblici. In Italia, tale figura si è affermata inizialmente nei settori culturali e universitari, per poi estendersi progressivamente anche all’ambito sanitario e scientifico.

Si tratta, più in particolare, della fondazione di partecipazione⁷³, una figura “ibrida” che unisce la stabilità patrimoniale propria delle fondazioni con la struttura aperta e associativa tipica delle organizzazioni di diritto privato⁷⁴. L’elemento qualificante risiede nelle clausole statutarie che consentono la partecipazione di nuovi soggetti, pubblici e privati, nella compagine fondativa, attribuendo loro diritti e doveri differenziati in funzione del contributo apportato.

⁷³ Sul modello, si vedano A. TORCHIA, *La 'fondazione di partecipazione' come organismo di diritto pubblico e la giurisdizione contabile*, in www.giustiziacivile.com, 31 gennaio 2023, 1-9; E. RIVOLA, M. ORSETTI, *La Fondazione di partecipazione per l'erogazione di servizi pubblici dopo il decreto di riordino dei servizi di interesse economico generale e il nuovo codice dei contratti*, in *Azienditalia*, 2023, 963 ss.; L. DIMASI, *Servizi sanitari e sperimentazioni gestionali: il modello della fondazione di partecipazione non esclude la gara pubblica*, in *San. pubbl. priv.*, 6, 2012, 105 ss.; A. POLICE, *Le fondazioni di partecipazione*, in F. MASTRAGOSTINO (a cura di), *La collaborazione pubblico-privato e l'ordinamento amministrativo. Dinamiche e modelli di partenariato in base alle recenti riforme*, Torino, 2011, 393 ss.; F. FLORIAN, *La fondazione di partecipazione, le fondazioni tradizionali, le fondazioni di origine bancaria e le associazioni: elementi distintivi*, in *I quaderni della Fondazione italiana per il notariato*, 2007, 67 ss.; V. TENORE, *La giurisdizione della Corte dei conti sulle fondazioni di partecipazione: presupposti e limiti*, in *Riv. C. conti*, 2024, 6, p. 1 ss.

⁷⁴ La dottrina ha sottolineato come la fondazione di partecipazione costituisca una figura atipica, non espressamente tipizzata dal codice civile, ma ormai consolidata nella prassi e nella normativa di settore (si veda, ad esempio, l’art. 5, comma 1, del d.lgs. 153/1999 sulle fondazioni bancarie e l’art. 59 del d.lgs. 117/2017 - Codice del Terzo settore). Essa si caratterizza per la struttura aperta, che consente l’ingresso progressivo di nuovi partecipanti, i quali assumono diritti e doveri in ragione del conferimento effettuato, e per la combinazione tra elementi patrimoniali ed elementi personali (tipici delle associazioni). La fondazione di partecipazione pubblica rappresenta una declinazione specifica di tale modello, nella quale la presenza degli enti pubblici è garantita non solo in sede di costituzione, ma soprattutto mediante clausole statutarie che ne assicurano il ruolo di indirizzo, controllo e prevalenza nella *governance*. Tali clausole si traducono, ad esempio: nella previsione di una maggioranza pubblica negli organi di amministrazione e di indirizzo; nella riserva di alcune materie fondamentali (missione, patrimonio, destinazione degli utili) a delibera vincolata o a quorum rafforzato; nell’obbligo di perseguire finalità di interesse generale in coerenza con le funzioni istituzionali degli enti pubblici partecipanti. La giurisprudenza amministrativa ha in più occasioni riconosciuto la legittimità di tale modello, sottolineando come esso consenta di soddisfare esigenze di flessibilità gestionale, pur rimanendo a prevalente connotazione pubblicistica. Nell’ambito sanitario-universitario, la fondazione di partecipazione pubblica è quindi uno strumento giuridico idoneo a preservare l’interesse pubblico primario (assistenza e formazione medica) e, al contempo, ad attrarre risorse e competenze esterne. Ciò la rende una delle opzioni più promettenti nel dibattito sulle prospettive di riforma delle AOU.

La fondazione di partecipazione pubblica è caratterizzata dal ruolo prevalente e determinante degli enti pubblici. È lo statuto, infatti, a garantire che tali soggetti mantengano saldamente il controllo e l'indirizzo sulle finalità di interesse generale, fissando regole precise in materia di *governance*, di destinazione delle risorse e di tutela della missione istituzionale. La partecipazione privata, pur rilevante e valorizzata, si colloca in una posizione complementare: i privati possono contribuire con risorse, competenze e capacità innovative, ma senza poter incidere in modo da alterare la prevalenza dell'interesse pubblico.

Questo assetto consente di coniugare due esigenze solo apparentemente contrapposte: da un lato, il mantenimento della garanzia pubblicistica su funzioni essenziali, quali l'assistenza sanitaria di alta specialità e la formazione medica universitaria; dall'altro, l'introduzione di margini di autonomia gestionale indispensabili per attrarre capitali, sperimentare soluzioni organizzative flessibili e superare i vincoli burocratici del diritto amministrativo tradizionale.

In tal senso, la fondazione di partecipazione si presenta come uno strumento giuridico capace di integrare pubblico e privato, mantenendo ferma la centralità del primo, ma al tempo stesso aprendo spazi di collaborazione virtuosa e di innovazione gestionale. Proprio questa caratteristica la rende particolarmente rilevante per le AOU, contesti complessi in cui l'equilibrio tra interesse pubblico e capacità competitiva rappresenta una condizione imprescindibile di successo⁷⁵.

8.1. Il modello a partecipazione pubblica per le AOU: vantaggi e criticità

Applicato al sistema delle AOU, il modello della fondazione di partecipazione consente quindi di superare alcune rigidità tipiche della gestione aziendale di diritto pubblico delineata dal d.lgs. 502/1992. In particolare, esso permette di conciliare due esigenze tra loro complementari: da un lato, assicurare il controllo pubblico sull'erogazione delle prestazioni sanitarie di alta specialità e sulla formazione medica universitaria; dall'altro, garantire autonomia gestionale nella programmazione della ricerca, nell'attrazione di capitali privati e nella selezione del personale altamente qualificato.

La fondazione a partecipazione pubblica rappresenta, dunque, una soluzione intermedia e bilanciata, che non scivola verso una privatizzazione *tout court*, ma neppure permane in uno schema rigidamente burocratico. Essa è concepita come uno strumento capace di tenere insieme missione pubblica e dinamiche di innovazione organizzativa.

L'adozione di tale modello offre una serie di vantaggi potenziali, che possono incidere in modo significativo sull'efficienza e sulla competitività delle AOU. In particolare, l'agilità gestionale, grazie alla possibilità di modellare la struttura interna in funzione dello scopo perseguito; l'attrazione di risorse aggiuntive, mediante donazioni, sponsorizzazioni e *partnership* con imprese biomediche e tecnologiche; infine, l'*accountability* rafforzata, attraverso bilanci sociali e sistemi di controllo interno che garantiscono trasparenza verso i soci pubblici e i cittadini.

Accanto a tali benefici, tuttavia, emergono anche alcune criticità che non possono essere sottovalutate, come il rischio di una potenziale eccessiva deriva privatistica, che potrebbe comprimere le finalità pubbliche se non vi sono adeguati vincoli statutari, la possibilità che vengano elusi gli obblighi di trasparenza e pubblicità propri degli enti pubblici, nonché il rischio di generare incertezza in relazione alla normativa applicabile.

⁷⁵ Sull'applicazione di tale istituto nel Servizio sanitario, si veda T. BONETTI, *Strumenti generali di sperimentazione gestionale*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *op. cit.*, 181-184.

I limiti e le criticità evidenziate non esauriscono però il quadro. Per comprendere fino in fondo le potenzialità e le difficoltà del modello fondazionale, è utile richiamare le esperienze già maturate in Italia, che offrono indicazioni concrete e spunti comparativi. Nel paragrafo che segue si esamineranno, a riguardo, secondo criteri omogenei di valutazione, il caso della Fondazione Policlinico Tor Vergata e alcune esperienze affini (in particolare le Fondazioni IRCCS lombarde), al fine di trarne lezioni utili per un eventuale riordino nazionale.

8.2. Esperienze fondazionali in Italia: il caso Tor Vergata e altri modelli

Il riferimento più noto è quello della Fondazione Policlinico Tor Vergata⁷⁶, istituita nel 2005 come fondazione di diritto privato a partecipazione pubblica, con la Regione Lazio e l'Università di Roma Tor Vergata in qualità di soci fondatori⁷⁷. L'esperienza è stata pionieristica in Italia e ha suscitato un ampio dibattito in quanto ha introdotto per la prima volta una modalità gestionale alternativa rispetto al tradizionale modello di AOU.

Accanto a Tor Vergata, meritano menzione altre esperienze che, pur non configurandosi come AOU in senso stretto, hanno introdotto logiche simili. In Lombardia, ad esempio, in attuazione di quanto previsto dall'art. 2 del d.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288⁷⁸, diversi IRCCS (come il Policlinico San Matteo di Pavia, la Ca' Granda Policlinico di Milano, l'Istituto Neurologico Besta⁷⁹) sono stati trasformati in fondazioni di partecipazione, mantenendo la missione di ricerca e cura ma con una *governance* più flessibile e la possibilità di attivare partenariati con soggetti privati⁸⁰.

In Emilia-Romagna, Veneto e altre Regioni sono stati avviati tentativi di costituire fondazioni ospedaliere o consortili tra università, ospedali ed Enti locali, spesso rimasti a livello sperimentale o circoscritti a centri di ricerca specialistici.

L'esperienza di Tor Vergata, insieme a quella delle fondazioni IRCCS lombarde, dimostra che il modello fondazionale è praticabile anche nel settore sanitario-universitario, purché accompagnato da adeguate clausole di salvaguardia, che assicurino il primato della finalità pubblica (tutela della salute, formazione e ricerca) sulle esigenze di natura economico-finanziaria.

Queste sperimentazioni italiane non rappresentano un'eccezione isolata, ma si inseriscono in una tendenza europea: in Francia i CHU dispongono di fondazioni di supporto, in Germania gli *Universitäts-*

⁷⁶ Sull'assetto organizzativo della Fondazione Policlinico Tor Vergata, si veda M.G. ROVERSI MONACO, *op. cit.*, 210 ss.

⁷⁷ La Fondazione ha ottenuto il riconoscimento di cui al d.P.R. 361/2000 con determinazione dirigenziale regionale n. 1856 del 29 maggio 2008 ed è stata iscritta al n. 189 del Registro regionale delle persone giuridiche private. Si noti che con l. reg. Lazio 1/2020, come modificata e integrata dalla l. reg. Lazio 14/2021, è stata disposta la costituzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Tor Vergata", per la quale è stato attivato l'iter previsto dall'art. 8 del d.lgs. 517/1999.

⁷⁸ Recante il "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3". Si noti che la disciplina relativa agli IRCCS è stata recentemente aggiornata dal d.lgs. 23 dicembre 2022, n. 200.

⁷⁹ Sull'esperienza dell'Istituto Neurologico Carlo Besta, si veda C. MARIOTTI, A. CAVALIERI, L. MAGNANI, G. MAGNA, *Ricerca e sperimentazione clinica: l'esperienza della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta*, in *Mecosan*, 2024, 131, 171 ss.

⁸⁰ Si veda, in generale, sul tema, M.G. ROVERSI MONACO, *IRCCS e trasferimento tecnologico: la scelta dei partner industriali*, in *Munus*, 2025, 101 ss. Sulla trasformazione degli IRCCS lombardi in fondazioni di partecipazione, si veda E. GRIGLIO, *La Sanità «oltre» le regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, 2009, 254.

tskliniken operano spesso come fondazioni pubbliche. Ne emerge un filo comune: la ricerca di strumenti giuridici flessibili, che consentano di integrare cura, formazione e innovazione senza perdere la direzione pubblica.

Questi modelli mostrano che l'integrazione tra assistenza sanitaria e funzione accademica può essere realizzata attraverso strumenti giuridici che rendono esplicita la natura duale dell'istituzione, con effetti positivi sulla trasparenza finanziaria, sulla responsabilizzazione degli organi di governo e sulla definizione di un sistema di valutazione coerente.

8.3. Prospettive di riforma per l'Italia

In Italia, il dibattito sul modello fondazionale si intreccia con tre sfide principali. Vi è innanzitutto la necessità di garantire la sostenibilità finanziaria del SSN: la crescita della spesa sanitaria e la necessità di investimenti tecnologici rendono urgente individuare strumenti che consentano di mobilitare risorse aggiuntive senza gravare interamente sul bilancio pubblico. Occorre, poi, rafforzare la competitività scientifica a livello internazionale. La ricerca biomedica è un campo globale in cui la capacità di attrarre talenti e capitali è decisiva. Il modello fondazionale, se ben regolato, può rendere le AOU italiane più attrattive. Tutto ciò deve però conciliarsi con la garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie: ogni riforma deve infatti assicurare che l'apertura ai privati non comprometta l'universalismo del SSN e la funzione pubblica dell'università.

Ciò implica un attento bilanciamento tra autonomia gestionale e responsabilità istituzionale: il sempre più frequente coinvolgimento delle AOU in *partnership* con imprese biomedicali, fondazioni private e soggetti del terzo settore non deve pregiudicare la natura pubblica della loro missione, che richiede che tali collaborazioni siano incardinate in strutture giuridiche trasparenti, capaci di preservare la finalità pubblica e la libertà scientifica.

La comparazione mostra che modelli fondazionali o consortili dotati di statuti chiari e di sistemi di rendicontazione pubblica consentono una maggiore legittimazione sociale delle collaborazioni con soggetti privati, riducendo il rischio di conflitto di interessi.

Il modello della fondazione a partecipazione pubblica non rappresenta una panacea, ma costituisce certamente un'opzione strategica per ripensare il futuro delle AOU. Esso può offrire risposte a esigenze reali - rapidità decisionale, attrazione di capitali, valorizzazione dei giovani ricercatori - a condizione che vengano preservati alcuni principi irrinunciabili, tra cui la missione di interesse pubblico, la prevalenza della partecipazione pubblica nella *governance*, la trasparenza nella gestione delle risorse e, infine, la tutela del personale e l'equità di accesso alle cure.

In assenza di tali garanzie, il rischio è che il modello si trasformi in un "cavallo di Troia" per la privatizzazione di funzioni essenziali del SSN e dell'università pubblica. Al contrario, se costruito con equilibrio e chiarezza normativa, esso può rappresentare un laboratorio di innovazione istituzionale, capace di coniugare pubblico e privato, tradizione e modernità, garantendo al tempo stesso sostenibilità economica, eccellenza scientifica e giustizia sociale.

9. Conclusioni (aperte)

L'analisi condotta mostra come la disciplina delle AOU non sia riconducibile a un ambito settoriale della legislazione sanitaria, ma investa direttamente alcuni dei nodi centrali del diritto pubblico contemporaneo, né possa essere affidata a interventi parziali o ad aggiustamenti episodici.

Essa riguarda direttamente alcuni dei nodi centrali del diritto pubblico contemporaneo: il governo dei diritti sociali in contesti istituzionali multilivello, l'autonomia delle istituzioni della conoscenza, la

capacità delle organizzazioni pubbliche di sostenere innovazione, ricerca e alta formazione. Le AOU si collocano, in questo senso, in una posizione strategica dell'ordinamento, nella quale si intrecciano funzioni costituzionalmente protette, competenze differenziate e modelli organizzativi eterogenei.

La persistente incompiutezza del modello non può essere interpretata come un semplice ritardo del legislatore o come un difetto contingente della tecnica normativa. Essa riflette piuttosto una difficoltà più profonda: quella di ricondurre entro schemi tradizionali un'istituzione che è, per sua natura, eccentrica rispetto alle categorie classiche del diritto amministrativo.

La frammentazione normativa e organizzativa assume così un rilievo sistemico. L'assenza di standard nazionali minimi di *governance* e di integrazione funzionale non incide soltanto sull'efficienza delle singole strutture, ma rischia di compromettere l'eguaglianza sostanziale nell'accesso alla sanità di alta specialità, di indebolire la dimensione nazionale della sanità accademica e di accentuare la tensione tra regionalizzazione dei servizi, unità dei diritti e autonomia universitaria, senza che emerga un punto di composizione stabile.

Le AOU non sono riconducibili né al paradigma dell'azienda sanitaria territoriale, né a quello dell'ente universitario. Esse costituiscono un *tertium genus*, un'istituzione a funzione costituzionalmente vincolata, nella quale assistenza, didattica e ricerca non si affiancano, ma si presuppongono reciprocamente.

In questa prospettiva, il riordino del modello delle AOU appare destinato a svilupparsi lungo direttrici tra loro strettamente connesse: la definizione di standard nazionali per le sedi formative, il rafforzamento dell'integrazione tra personale universitario e sanitario e una più coerente configurazione degli assetti organizzativi e contrattuali.

Il lavoro ha mostrato come tale tensione si rifletta in tre ambiti critici: la *governance*, spesso segnata da asimmetrie di potere tra Regione e università; l'integrazione tra le missioni, frequentemente sacrificata alle esigenze assistenziali; il finanziamento, strutturalmente connotato da una doppia dipendenza che penalizza la programmazione scientifica e formativa. In tutti questi ambiti emerge l'insufficienza di strumenti convenzionali deboli a reggere una cooperazione che dovrebbe invece essere strutturale.

Da qui l'esigenza di spostare il fuoco dell'analisi: dalle singole soluzioni organizzative al problema delle forme giuridiche. Il ricorso ai modelli fondazionali e consortili, osservato nelle esperienze italiane ed europee, non può essere letto soltanto come una ricerca di maggiore flessibilità gestionale. Esso segnala piuttosto la crisi del paradigma aziendale puro come modello regolativo della sanità accademica e apre la questione di come costruire istituzioni capaci di incorporare stabilmente la pluralità di interessi pubblici coinvolti.

In questo quadro, la fondazione di partecipazione non costituisce una soluzione neutra né una panacea, ma un laboratorio concettuale. Essa consente di rendere visibile la natura composita dell'istituzione, di articolare sedi di co-decisione, di separare e al tempo stesso coordinare flussi finanziari, di costruire sistemi di *accountability* coerenti con la pluralità delle missioni. In altri termini, essa offre una possibile risposta alla domanda di fondo che attraversa l'intero lavoro: come tradurre in assetti organizzativi stabili la leale collaborazione tra sistemi istituzionali diversi.

Ciò che emerge è, in definitiva, la necessità di un intervento di riordino che non si limiti a razionalizzare l'esistente, ma assuma le AOU come oggetto di una riflessione teorica sul diritto delle istituzioni ibride. Un riordino capace di fissare standard nazionali minimi di *governance* e integrazione; di riconoscere giuridicamente la specificità della sanità accademica; di garantire spazi

certi all'autonomia scientifica; di costruire meccanismi di valutazione e finanziamento coerenti con la triplice missione⁸¹.

Il riconoscimento del pluralismo organizzativo da parte del giudice amministrativo rende ancor più evidente la necessità di un intervento legislativo nazionale che definisca un quadro di coordinamento certo e coerente. Un sistema che incide su formazione, assistenza, *governance* clinica e finanza sanitaria non può fondarsi su protocolli regionali, interpretazioni divergenti e pronunce giurisprudenziali non coordinate. Solo un atto avente forza di legge può risolvere il conflitto interpretativo in atto, evitare contenziosi futuri e prevenire una frammentazione territoriale della formazione medica. Non si tratta di comprimere l'autonomia regionale, ma di garantire l'unità sostanziale del sistema formativo sanitario nazionale attraverso la fissazione di parametri minimi comuni inderogabili, che assicurino uniformità su tutto il territorio.

Il rischio che si profila, in assenza di un coordinamento legislativo nazionale, è quello di una progressiva regionalizzazione di tale sistema, con conseguenze che si porrebbero in contrasto con i principi costituzionali (in particolare, la competenza legislativa esclusiva in materia di *norme generali sull'istruzione* (art. 117, comma 2, lett. n), Cost.) e la competenza statale sulla determinazione dei principi fondamentali in materia sanitaria), nonché con l'unità del titolo abilitante all'esercizio professionale, che presuppone l'omogeneità sostanziale dei percorsi formativi su tutto il territorio nazionale quale garanzia della qualità e dell'equivalenza delle competenze professionali acquisite.

Il modello lombardo dimostra che il pluralismo organizzativo non è più ipotetico, ma è già in atto, pertanto non si sta trattando di un problema teorico, bensì di un rischio concreto di proliferazione di una pluralità di “*ecosistemi formativi*”.

In questa prospettiva si collocano le più recenti iniziative legislative di delega in materia di università e ricerca, che offrono un'occasione per restituire coerenza a un settore nel quale da troppo tempo si stratificano interventi parziali. Si fa riferimento, in particolare, alla l. 10 novembre 2025, n. 167⁸² e ai principi e criteri direttivi fissati dall'art. 20 (“*Delega al Governo in materia di formazione superiore e ricerca*”), i quali intercettano alcuni dei temi approfonditi nel presente lavoro, come l'assetto organizzativo delle università, le procedure di valutazione dei prodotti della ricerca, lo stato giuridico ed economico del personale universitario, l'individuazione degli obblighi didattici e di ricerca, nonché l'autonomia didattica degli atenei. Tali processi di riordino potranno risultare effettivamente incisivi solo se assunti non come esercizi di razionalizzazione formale, ma come momenti di ridefinizione delle forme istituzionali della sanità accademica.

Assunte in questa prospettiva, le AOU non appaiono come una variante organizzativa del sistema sanitario, ma come una figura istituzionale nella quale si condensano in modo emblematico le tensioni tra unità e differenziazione, autonomia e responsabilità, efficienza organizzativa e libertà della scienza. È in questo spazio che può prendere forma una nuova grammatica delle istituzioni pubbliche complesse, capace di integrare stabilmente tutela della salute, alta formazione e ricerca scientifica. La mancanza di una disciplina primaria chiarificatrice comporta il rischio che l'autonomia organizzativa si traduca in differenziazione sostanziale e che l'integrazione università-sanità perda la sua dimensione unitaria nazionale.

⁸¹ Un riordino della disciplina delle AOU è auspicato anche da alcune associazioni di settore. Si vedano, in particolare, le proposte recentemente formulate dall'associazione sindacale Anaao Assomed, disponibili al sito www.anaao.it.

⁸² Recante “*Misure per la semplificazione normativa e il miglioramento della qualità della normazione e deleghe al Governo per la semplificazione, il riordino e il riassetto in determinate materie*”.

In tale quadro, le aziende ospedaliero-universitarie non rappresentano soltanto una modalità organizzativa del servizio sanitario, ma costituiscono un paradigma istituzionale attraverso cui l'ordinamento è chiamato a governare l'integrazione tra diritti sociali, autonomia scientifica e pluralismo territoriale. Proprio per questo, esse offrono un banco di prova privilegiato per la costruzione di nuove forme giuridiche delle istituzioni pubbliche complesse.