

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

---

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 MAGGIO 1995

---

**Presidenza del presidente MARTELLI**

## INDICE

**Audizione del rettore della seconda Università degli studi di Napoli, professor Domenico Mancino, e del preside della facoltà di medicina e chirurgica della stessa Università, professor Antonio Grella**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 7, 8 e <i>passim</i>	GRELLA .....	Pag. 10, 11, 12 e <i>passim</i>
BINAGHI ( <i>Lega Nord</i> )....	10, 11, 17 e <i>passim</i>	MANCINO .....	3, 6, 7 e <i>passim</i>
DI ORIO ( <i>Progr. Feder.</i> )...	6, 10, 12 e <i>passim</i>		
MODOLO ( <i>Lab. Soc. Prog.</i> ) .....	10		
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) .....	17		

*I lavori hanno inizio alle ore 9,20.*

**Audizione del rettore della seconda Università degli studi di Napoli, professor Domenico Mancino, e del preside della facoltà di medicina e chirurgia della stessa Università, professor Antonio Grella**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca l'audizione del rettore della seconda Università degli studi di Napoli, professor Domenico Mancino, e del preside della facoltà di medicina e chirurgia della stessa Università, professor Antonio Grella.

Vi ringrazio per aver accettato di partecipare ai nostri lavori. Come voi sapete, la nostra Commissione desidera porre alcuni quesiti ai rettori e ai presidi delle Università di Napoli e Milano circa i problemi che riguardano l'aziendalizzazione e l'organizzazione dei policlinici universitari. Nel caso in cui non riuscissimo oggi ad affrontare in maniera esaustiva tutte le tematiche che ci interessano, vi invito ad inviarci una documentazione scritta.

Do quindi la parola al professor Domenico Mancino.

**MANCINO.** Signor Presidente, onorevoli commissari, desidero innanzi tutto ringraziarvi per averci convocato, anche se questa audizione non è stata da noi richiesta. Sappiamo - e ne prendiamo atto con soddisfazione - che questa Commissione sta lavorando per individuare i problemi che attengono alle facoltà di medicina e chirurgia nazionali; l'argomento mi interessa, non solo come rettore di un ateneo che ha al suo interno una facoltà di medicina e chirurgia ma anche perchè, essendo stato nominato vice presidente della Conferenza dei rettori, per la mia qualità di medico ho ricevuto l'incarico di occuparmi dei gravi problemi delle facoltà italiane di medicina e chirurgia. Questo incontro, pertanto, mi risulta particolarmente gradito: spero di riuscire a focalizzare i vari problemi delle facoltà di medicina e di rispondere in maniera esaustiva ai quesiti che ci avete fatto pervenire.

**PRESIDENTE.** Signor rettore e signor preside, vi abbiamo invitato in questa sede per avere informazioni circa l'aziendalizzazione del policlinico annesso alla facoltà di medicina e chirurgia.

**MANCINO.** Signor Presidente, a questo punto si crea un altro problema che voi stessi avete evidenziato nei quesiti che ci avete posto. Come voi sapete, la nostra facoltà di medicina e chirurgia ha un policlinico a gestione diretta. Una azienda universitaria policlinico deve essere vista nell'«atmosfera» delle facoltà di medicina.

In premessa, vorrei ricordare che la Seconda Università degli studi di Napoli è stata attivata dal 1° novembre 1992. È pertanto una giovane università che comprende otto facoltà e quattordici corsi di laurea. Una sua peculiarità riguarda proprio la facoltà di medicina e chirurgia,

l'unica già esistente delle attuali otto facoltà; infatti, nell'ambito dell'Università «Federico II» di Napoli - desidero ricordarlo - operavano due facoltà di medicina e chirurgia e la più antica è transitata per scorporo nella Seconda Università degli studi di Napoli. Questa premessa era necessaria per comprendere come, pur essendo preesistente la facoltà di medicina e chirurgia, l'università in cui questa è inserita è nuova, quindi vi sono tanti problemi da affrontare.

Questa struttura universitaria, unica del genere in Italia - ed è un'altra peculiarità importante - è suddivisa in ben cinque comuni della regione Campania: Napoli, Santa Maria Capua Vetere, Capua, Aversa, Caserta.

La facoltà di medicina che afferisce alla seconda Università degli studi di Napoli - come ho già detto - ha un policlinico a gestione diretta. Come sapete, in Italia, delle 33 facoltà di medicina esistenti, soltanto undici hanno un policlinico a gestione diretta: di queste undici, soltanto sei o sette hanno un policlinico di antica data. Nelle altre il policlinico è di recente istituzione. L'aziendalizzazione di un policlinico a gestione diretta è diversa dall'aziendalizzazione di un policlinico che parte da un'azienda mista.

Il policlinico annesso alla facoltà di medicina e chirurgia risulta costituito in azienda (Azienda universitaria policlinico) dal 1° aprile 1995 con decreto rettorale, naturalmente dotandosi dell'apposito statuto. Risultano nominati tutti gli organi direttivi. Mi riferisco anzitutto alla nomina del presidente dell'azienda universitaria. Chi conosce l'argomento, sa il motivo per cui è stato chiamato presidente e non direttore generale: per questo ho richiamato la questione del policlinico a gestione diretta. Il nostro statuto rispetta i principi generali del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 ma abbiamo avuto la necessità di un collegamento con la nostra situazione locale, sia per il fatto di essere un policlinico a gestione diretta, sia per la condizione contingente della nostra facoltà di medicina e chirurgia. Sono stati altresì nominati il direttore amministrativo, il collegio dei revisori dei conti e - proprio ieri - ho firmato il decreto rettorale per la nomina del consiglio direttivo. È imminente la nomina del direttore sanitario: quando farò rientro a Napoli, firmerò il decreto che è già pronto.

E vengo al secondo quesito relativo all'approvazione di regolamenti organici, in particolare di quelli in materia di contratti, patrimonio e contabilità. Onorevoli senatori, la seconda Università degli studi di Napoli - come ho detto - è stata attivata il 1° novembre 1992; quindi non abbiamo avuto il tempo per emanare lo statuto, come previsto dalla legge 9 maggio 1989, n. 168. Comunque, il senato accademico integrato è stato attivato e molto probabilmente il nuovo statuto verrà approvato tra pochi giorni. Per ora sono stati recepiti lo statuto dell'ateneo «Federico II», da cui la seconda Università è praticamente gemmata, e tutti i regolamenti annessi, compreso quello di contabilità e finanza, di cui ho con me una copia che, se la Commissione lo ritiene opportuno, posso consegnare alla segreteria della Commissione.

Nel terzo quesito la Commissione ci ha chiesto quali procedure siano state seguite in materia di acquisti di beni e servizi e di appalti e/o concessioni di opere pubbliche, di contratti di assicurazione per i rischi

più diversi; in quale percentuale rispetto al totale e per quali motivi sia stato fatto ricorso alla trattativa privata. Uno dei motivi fondamentali per cui siamo stati costretti a ricorrere in alcuni casi alla trattativa privata si rileva proprio dalla fase di avvio della seconda Università degli studi di Napoli, che è stata drammatica. Ricordo che l'università è costituita da 8 facoltà e 14 corsi di laurea: essa all'inizio non disponeva nè di un edificio, nè addirittura di una sedia o di una penna; comunque i maggiori disagi derivavano dalla carenza del personale e dalla mancanza del direttore amministrativo. Nella fase di avvio abbiamo potuto contare soltanto su 70 miliardi, cifra neanche tutta disponibile. La nostra università ha potuto attivare i corsi di laurea utilizzando il personale della facoltà di medicina (come potrà confermare il professor Grella).

Fatta questa premessa, in sintesi, negli esercizi 1994-1995 il ricorso alla trattativa privata è stato effettuato nella misura dell'8 per cento per acquisti di beni e servizi, del 4 per cento per opere e del 100 per cento per contratti di assicurazione (e cioè in questo caso si è sempre proceduto a trattativa privata). Il punto dolente riguarda l'acquisto di benefarmacia, per i quali sono stati spesi circa 25 miliardi: si è ricorso a gare per circa 12 miliardi e a trattativa privata per circa 13 miliardi. In conclusione, il 60 per cento di questi beni viene acquistato, sempre rispettando il regolamento recepito dalla università «Federico II», mediante trattativa privata per motivi di urgenza (collegati alle necessità del policlinico) o nella ipotesi di forniture prodotte in esclusiva da una sola ditta. Onorevoli senatori, non potevamo non assicurare l'attività assistenziale, altrimenti saremmo stati accusati di interruzione di pubblico servizio. Il passaggio dall'università «Federico II» alla seconda università ha comportato tutta una serie di problemi nell'espletamento delle procedure di gare. Certamente, in relazione alle esigenze dei docenti e degli studenti, abbiamo potuto soprassedere; ma ciò non è stato possibile quando si trattava di soddisfare le necessità dei pazienti ricoverati: in questo caso l'urgenza ci ha obbligato a ricorrere alla trattativa privata. Comunque ribadisco che nella maggior parte dei casi si è trattato di forniture di farmaci prodotti e venduti in esclusiva da una sola ditta.

Nel quarto quesito ci viene chiesto quale sia il rapporto posti letto-personale ed il costo per posto letto, nonché la determinazione della produttività per posto letto e chiarificazione dei parametri utilizzati, tenuto conto delle funzioni proprie dei policlinici universitari che sono al tempo stesso di assistenza, di formazione e di ricerca scientifica.

Per quanto riguarda il rapporto posti letto personale, desidero far presente che l'azienda universitaria policlinico annessa alla facoltà di medicina e chirurgia dispone di 1.040 posti letto, di cui 900 in strutture di pertinenza e 140 in regime di convenzione con ospedali cittadini. Mi riferisco in particolare alla convenzione con il Monaldi, dove è ubicato il reparto di cardiocirurgia, nel quale la nostra facoltà è autorizzata a procedere ai trapianti di cuore (mentre l'altra facoltà ai trapianti di fegato).

Il personale è costituito da 2.753 unità, di cui 2.196 non docenti (tecnici, infermieri, eccetera) e 557 docenti (in questa cifra sono compresi i professori di prima e seconda fascia e i ricercatori). Quindi il

rapporto posti letto-personale è di circa 1:2,6 (un posto letto per 2,6 unità di personale). Non abbiamo ancora potuto procedere alla quantificazione del rapporto infermieri-medici; mi riservo di trasmettere successivamente questo dato alla Commissione. la maggior parte del personale docente, rappresentato da 557 unità, è medico (c'è soltanto qualche chimico e qualche biologo). Anche nell'ambito del nostro ateneo, come nell'università «Federico II», vi sono tecnici laureati: è questo uno dei problemi più rilevanti che si registra a livello nazionale. I tecnici sono circa 250 ed essi, anche se qualcuno viene utilizzato per attività assistenziali (questo è un argomento che dovrebbe essere discusso ed esaminato), sono stati considerati nel totale del personale non docente, che ammonta - ripeto - a 2.196 unità.

DI ORIO. In questa cifra sono ricompresi anche i cosiddetti gettonati?

MANCINO. No, non sono stati considerati. A tale proposito chiedo alla Commissione di poter avere, anche al termine dell'audizione, cinque minuti a disposizione per affrontare tutti i problemi che si pongono a livello nazionale, tra i quali rientra anche quello dei cosiddetti gettonati che nella nostra facoltà sono circa 300.

Il costo per posto letto a giornata di degenza, calcolato suddividendo la cifra spesa nel 1994, corrispondente a circa 136 miliardi, per 900 posti letto e per 365 giorni, è di 415.000 lire. La produttività per posto letto viene determinata in relazione al parametro del *Disease Related Groups* (DRG) e la nostra stima per i primi tre mesi dell'anno, con relativa prospezione a tutto l'anno è di 386.521 lire. Si tratta di una cifra approssimativa e certamente sottostimata, stanti la carenza di *software* specifico che ci consenta di operare questo tipo di analisi e le difficoltà che incontra il personale ad adattarsi a questa nuova mentalità e modalità di lavoro. Inoltre, non avendo ancora a disposizione il tariffario regionale, il conteggio è stato effettuato in base al tariffario nazionale.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione della normativa che disciplina i rapporti intercorrenti tra regione ed università, relativamente all'azienda universitaria policlinico, in attesa di stilare un nuovo protocollo di convenzione, fino ad oggi ci siamo avvalsi di quello siglato due anni fa, quando ancora operavamo come delegazione policlinico, ex «legge Saporito». Bisogna considerare che, per il rinnovo del consiglio regionale in Campania, ci troviamo in una fase di attesa del trasferimento dei compiti dal vecchio al nuovo consiglio. Il 2 maggio comunque si è tenuta una riunione, abbiamo già preso dei contatti e mi auguro che quanto prima firmeremo il nuovo protocollo.

Infine, ci si chiede se la normativa esistente sia ritenuta sufficientemente esaustiva o bisognosa di eventuali modifiche ed integrazioni. I problemi delle facoltà di medicina per la loro parte assistenziale sono veramente rilevanti e anche pericolosi, perchè non ci fanno operare in tranquillità. Ciò dipende dal fatto che molto spesso si legifera per la parte ospedaliera della sanità e poi, *tout court*, se ne estendono le norme al settore universitario, risolvendo la questione con un inciso del tipo: «fatte salve le attività istituzionali delle università didattiche e scientifi-

che». Da questa operazione nascono difficoltà enormi di interpretazione per cui, anche nella perfetta buona fede, si possono commettere degli errori, perchè le interpretazioni possono essere diverse. Sarebbe allora molto importante rivisitare il tutto e calarsi maggiormente nella realtà universitaria. Porto ad esempio la questione dell'equiparazione dei livelli, dove con il decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980 non sorgono problemi, perchè contiene delle indicazioni specifiche: professore di prima fascia-primario, professore di seconda fascia-aiuto e ricercatore-assistente, mentre adesso con il decreto legislativo n. 502 del 1992 da tre arriviamo a due livelli, con tutte le difficoltà che un'operazione del genere comporta.

Su incarico della conferenza dei rettori ho avuto anche un incontro con l'attuale Ministro della sanità cui ho posto alcuni di questi problemi, in particolare la verifica della compatibilità delle strutture sanitarie universitarie con la normativa del decreto legislativo n. 502 del 1992, considerato che la prevista aziendalizzazione, basata su prestazioni sanitarie, non può adattarsi alle facoltà di medicina e chirurgia per le quali il ruolo dell'assistenza è complementare rispetto a quelli della didattica e della ricerca e non può trovare espressione nell'unico parametro quantitativo previsto dalla sopra richiamata legislazione sanitaria. In sintesi, il posto letto di una facoltà di medicina viene a costare di più - e deve costare di più, perchè altrimenti significa che la facoltà funziona male - perchè viene utilizzato anche per attività didattiche e di ricerca. Per esempio, mentre l'ospedale ha tutto il vantaggio di ridurre per quanto possibile i tempi del *turn over*, nella facoltà di medicina, non è che si debbano allungare, ma certamente si effettua qualche analisi in più perchè il paziente deve essere studiato più a fondo.

**PRESIDENTE.** Avete un introito anche universitario, a parte quello ospedaliero?

**MANCINO.** Lo stipendio che riceve il medico di un'azienda ospedaliera viene pagato dall'università; dalla regione viene invece pagato per la sanità lo straordinario o l'eventuale adeguamento al pagamento ospedaliero. Ciò significa che i docenti che hanno già raggiunto una certa cifra ricevono solamente lo stipendio universitario; il preside Grella ed io, ad esempio, non prendiamo una lira dalla sanità. Tenete anche conto che un professore della facoltà di medicina è obbligato a fare a tempo pieno 36 ore a settimana, mentre, ad esempio, un professore della facoltà di giurisprudenza, che percepisce identico stipendio, è tenuto a fare soltanto 250 ore di attività all'anno o 350 ore se è a tempo pieno.

Non è una questione di tipo economico o monetario, anche se tali aspetti sono importanti.

Un secondo punto riguarda l'adeguamento delle preesistenti strutture sanitarie al decreto legislativo n. 502 del 1992, in particolare per quel che concerne la questione dell'equiparazione dei tre livelli. È un problema che cerchiamo di risolvere ma che andrebbe affrontato dal punto di vista normativo, altrimenti ogni interpretazione potrebbe sembrare personalistica o di parte.

**PRESIDENTE.** Preferite due o tre livelli?

**MANCINO.** Abbiamo tre figure universitarie: la prima fascia, la seconda fascia e i ricercatori. A questo punto, dobbiamo rispettare i tre livelli ma volendo instaurare due livelli, i professori di seconda fascia dovrebbero transitare al livello inferiore o a quello superiore. Andrebbe bene pure quest'ultima soluzione, anzi forse è quella più desiderata e giustificabile.

Per quanto riguarda l'integrazione e l'interpretazione del decreto interministeriale del 1982 fra il Ministero della sanità e quello della pubblica istruzione (che si riferisce alla previsione dell'equiparazione del personale universitario con profilo di collaboratore o funzionario tecnico a quello ospedaliero, di assistente o aiuto secondo l'anzianità, ai fini dell'applicazione dell'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 20 dicembre 1979) ricordo che l'articolo 31, riguardo ai tecnici laureati, ha fatto nascere da tempo dubbi interpretativi. Infatti, l'Università «Federico II», dalla quale provengo, con molta cautela ha chiesto al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica se un tecnico laureato potesse svolgere assistenza; poichè la risposta è stata positiva, quell'ateneo ne ha preso atto. La Seconda Università ha ricevuto questa «eredità» anche se adesso quella interpretazione non risulta più univoca: ad esempio, la magistratura, per quanto riguarda la situazione di Napoli, interpreta diversamente la norma contenuta nell'articolo 5 del citato decreto legislativo n. 502, dove si legge che i tecnici laureati possono svolgere assistenza. Qualcuno la interpreta nel senso che devono svolgerla, altri che devono svolgerla non come medici ma come tecnici. Per tali ragioni è intervenuta la magistratura.

Esiste poi un altro problema rilevante. Mentre con tutte le lauree si può accedere ai posti di tecnico laureato, nelle facoltà di medicina e chirurgia si escludono proprio i laureati in medicina e chirurgia. Per quanto riguarda la previsione di uno specifico ruolo di assistente medico adeguato alle esigenze dei policlinici, si tratta di un discorso non semplice e si è tentato - non solo da parte mia - di sanare così questa situazione di carenza del personale medico nell'ambito dei policlinici universitari.

Entrando nel merito di questioni monetarie, il medico si chiede perchè debba lavorare senza ricevere alcun vantaggio o che vantaggi possa trarre dal fare o meno un certo tipo di lavoro. Di conseguenza, ci si domanda se l'attività assistenziale del medico universitario sia opzionale o obbligatoria. Ci sono stati molti ricorsi ai Tar: non so che cosa succederà ma è un problema nazionale nato per diverse motivazioni che comunque va affrontato e risolto.

Il senatore Di Orio ha sollevato il problema dei cosiddetti gettonati, problema che attiene ai policlinici a gestione diretta di Napoli e forse anche a quello di Bari. Ci si riferisce a circa 600 professionisti, divisi fra le due università napoletane, che potrebbero ridursi a causa della incompatibilità; essi risultano indispensabili per l'attività dei due policlinici, anzi in alcuni settori non possiamo proprio farne a meno.

Sono collaboratori professionali esterni che l'Università «Federico II» negli anni Ottanta, avendo necessità di personale medico, ha assunto non per concorso ma mediante contratti di collaborazione, pagandoli a

gettone. Si è ora creato un enorme contenzioso in quanto questi professionisti hanno chiesto misure di adeguamento economico e alcune sentenze sono risultate a loro favorevoli. Come università, ci siamo subito adeguati. Per il pagamento non ci sono problemi; resta la domanda se i loro debbano considerarsi contratti di collaborazione esterna ma in via continuativa; questo comporterebbe il pagamento delle quote previdenziali.

**PRESIDENTE.** Vorrei sapere chi è il presidente del consiglio dei sanitari.

**MANCINO.** Il consiglio dei sanitari non risulta ancora costituito. Nel nostro statuto sanitario, che le posso consegnare, abbiamo individuato alcuni organi direttivi, come il presidente, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il consiglio direttivo, il collegio dei revisori dei conti. Non abbiamo costituito il consiglio dei sanitari perchè riteniamo che sia sufficiente il consiglio direttivo.

Le direttive per verificare la corrispondenza tra l'attività sanitaria e le altre vengono date dalla facoltà di medicina.

**PRESIDENTE.** Quindi, colui che nel consiglio dei sanitari dell'azienda ospedaliera è il direttore sanitario in questo caso è il presidente di facoltà?

**MANCINO.** Sì.

**PRESIDENTE.** Quidi il direttore generale lo chiamate presidente?

**MANCINO.** Sì, però svolge le funzioni di direttore generale.

**PRESIDENTE.** Presuppongo che il presidente venga assunto come i direttori generali.

**MANCINO.** No. Nel nostro statuto (altri policlinici a gestione diretta si sono comportati in maniera differente) è previsto che il presidente possa essere un interno o un esterno. Tuttavia, nella fase di avvio e in prima attuazione, abbiamo preferito che il presidente fosse un docente, scelto dal rettore da tre a cinque nominativi proposti dalla facoltà di medicina.

**PRESIDENTE.** Se il direttore è assente, chi lo sostituisce? Il direttore amministrativo o chi altro?

**MANCINO.** Viene sostituito dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario o da chi ha più anzianità tra i due.

**PRESIDENTE.** In questo caso rispettate il dettato del decreto legislativo n. 502 del 1992?

**MANCINO.** Sì.

**PRESIDENTE.** Professor Grella, è d'accordo con quanto ha dichiarato il rettore?

**GRELLA.** Concordo quasi su tutto, anche perchè il professor Mancino ha svolto una relazione asettica e molto precisa.

**MODOLO.** Da chi è composto il consiglio direttivo?

**MANCINO.** Il consiglio direttivo è composto dal presidente, dal preside della facoltà di medicina e chirurgia, da sei professori di ruolo della stessa facoltà, da due ricercatori e da due rappresentanti del personale tecnico-sanitario.

**MODOLO.** Vorrei avere un ulteriore chiarimento. Nel personale tecnico-sanitario è compreso il personale infermieristico?

**MANCINO.** Sono compresi sia i tecnici sia gli infermieri.

**BINAGHI.** Desidero rivolgere ai nostri ospiti alcune domande sul problema del personale medico. In particolare vorrei conoscere la percentuale di distribuzione di funzioni assistenziali di primariato tra i 557 docenti.

**MANCINO.** In questo momento non sono in grado di fornirle la cifra esatta. Comunque posso dire approssimativamente che abbiamo 100-110 professori di prima fascia, 200-220 professori di seconda fascia e circa 200 ricercatori. La percentuale di distribuzione di funzioni assistenziali di primariato tra i docenti è dell'ordine di circa 80 su 100-110 professori di prima fascia. Dobbiamo tener presente però che vi sono anche professori di seconda fascia che esplicano funzioni assistenziali di primariato e funzioni superiori.

**BINAGHI.** In che percentuale?

**GRELLA.** Circa il 30 per cento.

**BINAGHI.** Signor Presidente, vorrei rivolgere un'altra domanda ai nostri ospiti sempre in relazione ai problemi del personale.

Dalla discussione è emersa la questione dei cosiddetti gettonati, in relazione alla quale ieri è stato approvato un ordine del giorno in occasione dell'esame del decreto-legge sull'università, con cui si impegna il Governo ad assumere una decisione in relazione a queste persone che non hanno una veste giuridica ben precisa. Questo problema non si pone solo per Napoli, ma anche per Roma e per altre città.

**DI ORIO.** Senatore Binaghi, l'ordine del giorno si riferisce ai precari e non ai cosiddetti gettonati.

**BINAGHI.** Comunque, vorrei sapere se il personale universitario previsto in organico è sufficiente per lo svolgimento delle funzioni assistenziali del policlinico considerato che vi sono circa 550 medici per

1.040 posti letto; inoltre come viene liquidata la cosiddetta indennità De Maria.

*GRELLA.* Senatore Binaghi, in relazione all'argomento che stiamo affrontando, la sua domanda evidenzia un problema assai rilevante. Si ritiene che nelle facoltà di medicina e chirurgia vi sia un esubero di personale. Allora, per rispondere alla sua domanda, le farò un esempio. Per quanto riguarda la medicina interna si registra una carenza di 38 unità. Perché si verifica questa situazione? La facoltà che dirigo ha tre corsi di laurea (due in medicina e chirurgia e uno in odontostomatologia), sei corsi di diploma, 42 scuole di specializzazione e 51 scuole a fini speciali. Possiamo non considerare le scuole a fini speciali, ma quelle di specializzazione mai come oggi assumono una importanza fondamentale anche nell'interscambio con gli ospedali, dove è scomparsa la figura dell'assistente e si deve provvedere a sostituirli. I sei corsi di diploma comportano una massa enorme di carico didattico, come d'altra parte i tre corsi di laurea. Nel quantificare il carico didattico di ciascuno di noi non si debbono calcolare soltanto gli insegnamenti, le esercitazioni teorico-pratiche, il tutoriato ma anche (potete consultare la tabella 18 dove si arriva a 5.000 ore) i consigli di istituto o i consigli di dipartimento, i consigli dei corsi di laurea, il consiglio di facoltà, il tutoriato a piccoli gruppi e l'assistenza agli studenti nelle ore di autoapprendimento.

Quando sono stato eletto preside ero molto ottimista, perché pensavo veramente che una facoltà di oltre 300 persone potesse costituire una massa d'urto tale da risolvere tutti i problemi, ma poi, mi sono avvilito. Ho svolto un lavoro molto attento e pignolo, dal quale sono emersi dati allucinanti. Se a questo aggiungiamo per la facoltà medica, non considerando quell'8-9 per cento di professori di cui parlava il rettore (voglio subito precisare che non sono d'accordo sull'obbligatorietà dell'assistenza; non capisco, per esempio, come potrei dare un compito di assistenza ad un insegnante di biologia, gli dovrei far fare l'embriologia applicata o cose di questo genere), tutta l'attività assistenziale, che non è poco, mi chiedo cosa altro dobbiamo far fare a questi professori. A ciò è dovuta la carenza che riguarda pure i gettonati.

*BINAGHI.* Vorrei sapere qual è la vostra proposta operativa. In particolare, mi chiedo se riproponete la figura di un medico che abbia solo funzioni assistenziali e non didattiche, facendo però correre il rischio all'interno della struttura di creare lavoratori di serie A e lavoratori di serie B.

*GRELLA.* Non so cosa pensi al riguardo il rettore, ma la mia proposta è molto precisa.

Non è possibile che, come accade da noi (ma penso succeda anche nelle altre università) per 12 facoltà siano stati assegnati 18 posti di ricercatore, quando la sola facoltà di ingegneria ha 12 corsi di laurea. Vi lascio immaginare come è avvenuta la distribuzione.

Non sono favorevole alla creazione di figure diverse nello stesso ambito, perché comunque si creerebbe una situazione strana.

Secondo me, il vero problema è quello dell'accesso all'università. Oggi tutti parlano di modalità concorsuali e di una serie di problemati-

che inerenti all'università; non sento però dalla *intelligenza* autenticata un discorso serio sull'ingresso all'università che, con una media di 57-61 anni, sta diventando gerontologica. Se si continua così, nel giro di 10 anni l'università sarà destinata quasi a scomparire.

Per le facoltà mediche, in ragione delle loro peculiarità, bisognerebbe prevedere un canale privilegiato - questo senza voler nulla togliere alle altre facoltà - per irrobustire il numero dei dipendenti medici dell'università. Non è più possibile, ripeto, che la facoltà di medicina e chirurgia partecipi alla distribuzione di 18 posti di ricercatore e che gliene siano assegnati due, sottratti alle altre facoltà, senza con questi risolvere assolutamente niente. Purtroppo, la realtà è questa.

Sono d'accordo pertanto con chi sostiene la necessità di non creare ulteriori figure diverse dal punto di vista giuridico e professionale, che creerebbero una serie di contrasti, di dissapori. Poi magari verrebbe fuori il problema che vogliono essere equiparati ai ricercatori; queste cose le sappiamo benissimo. È arrivato il momento in cui per le facoltà mediche bisogna prendere una posizione precisa, senza creare nè precariato, nè figure diverse o distorte, ma prevedendo posizioni lavorative cui corrispondano gli stessi diritti di tutte le altre presenti in facoltà.

**PRESIDENTE.** Visto che diventate azienda e anche voi dovete avere un bilancio di fine anno, se poteste assumere le unità necessarie come ricercatori, chiaramente facendo poi i conti come azienda, non vi faciliterebbe la vita?

**GRELLA.** Giuridicamente non è possibile.

**MANCINO.** Vorrei rispondere, signor Presidente, al precedente quesito del senatore Binaghi, specificando che in realtà i medici non sono circa 550, perchè al totale del personale docente bisogna togliere una percentuale piuttosto rilevante di biologi, chimici, e così via.

Il punto però non è questo. Le deficienze che riscontriamo non sono tanto nel numero assoluto, quanto in quello relativo per alcune specialità. Non è possibile ovviamente per noi utilizzare un pediatra al posto di un chirurgo e viceversa. Abbiamo dei buchi grossi; uno di questi riguarda l'anestesiologia - problema che credo non attenga soltanto alla nostra università ma sia diffuso a livello nazionale - ma ve ne sono anche altri, come nel campo delle trasfusioni e dell'immunoematologia. Quindi avendo necessità di carattere specialistico per alcuni settori, dobbiamo ricorrere al personale gettonato.

**GRELLA.** Per quanto riguarda la cosiddetta indennità De Maria vorrei ricordare che essa era volta ad equiparare lo stipendio del medico universitario al pari grado ospedaliero. Con lo stipendio universitario attuale non c'è più differenza.

**DI ORIO** Per i giovani c'è: per i neolaureati che svolgono funzioni assistenziali la differenza è di 850.000 lire al mese.

**GRELLA.** Ormai siamo sui 45 anni.

**MANCINO.** Credo che la domanda non fosse questa, ma si riferisse al metodo. Noi seguiamo le disposizioni della legge, applichiamo puntualmente la disciplina vigente, senza lasciare spazio alle interpretazioni.

**PRESIDENTE.** Siccome i giornali li leggono tutti, anche voi sarete a conoscenza della vicenda del policlinico «Umberto I» di Roma: avete utilizzato il sistema adottato dall'università di Roma «La Sapienza» o no?

**MANCINO.** Per la legge il metodo è automatico, perchè c'è una tabella di equiparazione. Le difficoltà nascono dove ci può essere l'interpretazione individuale, ad esempio, in riferimento ai tecnici laureati. Se allora è sbagliato che un tecnico laureato faccia l'assistente, ovviamente sarà sbagliato che lo paghiamo come assistente. In questo caso, se l'errore è a monte, sbagliamo anche noi.

**DI ORIO.** Vorrei esprimere innanzitutto apprezzamento per come si stanno affrontando i problemi in questa sede, cioè partendo dai quesiti posti dalla Commissione.

Io stesso ho contribuito alla formulazione del quarto quesito in cui si specifica «tenuto conto delle funzioni proprie dei policlinici universitari che sono al tempo stesso di assistenza, di formazione e di ricerca scientifica». Dico questo perchè in realtà non è vero che - come lei, Rettore, ha detto - i professori di medicina fanno 36 ore settimanali mentre le altre facoltà non le fanno. Il nostro *status* giuridico di professori universitari prevede sempre comunque 350 ore annue; anche se in convenzione nei policlinici universitari, noi dobbiamo comunque mantenere questo *status* giuridico. Il fatto che dedichiamo un certo numero di ore all'assistenza è un riconoscimento rispetto all'attività che viene svolta.

Mi spiego ancora meglio, perchè questo è un punto importante anche per quanto riguarda la valutazione. I colleghi delle facoltà mediche svolgono il proprio lavoro in strutture ospedaliere, in quelle in convenzione oppure nei policlinici. Il numero delle ore non può e, a mio giudizio, non deve mai arrivare alle 36 ore di assistenza, tante quante sono per un primario ospedaliero, perchè a quel punto per il professore di università si configurerebbe una strana situazione per cui dovrebbe percepire due stipendi: uno perchè completa le 36 ore di assistenza, tante quante sono quelle degli ospedalieri; l'altro perchè svolge anche - con tutto quello che ha detto il professor Grella precedentemente - funzioni di ricerca, di formazione e di quant'altro.

Il nodo, a mio giudizio, è tutto qui. Il professor Grella ha detto una grande verità: l'attuale domanda di formazione in campo medico non può essere sostenuta esclusivamente dalle facoltà mediche. Non esiste in alcuna facoltà medica, che abbia un policlinico a gestione diretta o in convenzione, la capacità di una massa critica di docenti universitari in grado di sostenere una simile attività. Lo stato giuridico è diverso; il compito orario dell'assistenza, secondo la convenzione di cui parlai io stesso nella Conferenza dei presidi qualche anno fa, non può superare, a mio giudizio, le 20 ore settimanali per un docente universitario (anche se ne fanno molto di più, come tutti sanno); ma il discorso è sul

come adeguare le facoltà mediche a sostenere questo impatto formativo. Infatti il più semplice dei diplomi universitari comporta circa 2.700 ore di formazione; quelli più complessi ne comportano circa 3.800. Le 5.500 ore di formazione previste dalla tabella 18, professor Grella, sono un numero abnorme. Se ripartiamo i docenti universitari, inserendo fra essi anche i ricercatori, per le ore previste, otteniamo un risultato assurdo che dimostra come non sia possibile fare tutto ciò.

In questo caso - ed ecco il motivo del mio apprezzamento iniziale - partendo dal presupposto per cui le facoltà non sono in grado di sostenere questo impatto formativo, dobbiamo sperimentare forme di aggregazione per quanto riguarda la formazione universitaria; ad esempio, l'ospedale di insegnamento, l'acquisizione di nuove figure per la formazione, la riproposizione dell'esperienza già fatta dall'Università cattolica. In quest'ultima, i docenti universitari svolgono l'attività di docente e collaborano all'assistenza ma il compito di assistenza routinaria, svolto normalmente nelle strutture ospedaliere dagli assistenti, è svolto dai Miuca (medici interni universitari con incarichi assistenziali), che solo nell'Università cattolica sono più di 1.000. Pertanto, ci sono quattro figure di personale universitario, non tre, poichè ci si è resi conto che per l'assistenza sono necessari gli assistenti. I Miuca hanno una carriera ad esaurimento: sono assistenti con i loro scatti professionali e quasi tutti transitano in altre strutture, anche se alcuni rimangono nella università. Sono i giovani dell'università ed il loro stipendio corrisponde a quello degli assistenti. Alcuni sono da decenni assistenti nell'Università cattolica; come tutti gli altri, hanno incarichi di aiuto ma di norma non diventano docenti universitari. Il policlinico Gemelli, pertanto, non è solo annesso ad una facoltà universitaria ma opera in forma mista, dove si può dire che c'è un ospedale di insegnamento.

Condivido quanto affermato dal rettore Mancino su tutti i gravi problemi dell'università di Napoli; forse, come è sua natura, è stato fin troppo prudente in alcune sue affermazioni in quanto la situazione è assai drammatica. Molte disfunzioni presenti nei policlinici universitari, da quello di Roma a quelli di Milano e Napoli, nascono dal fatto che non è possibile che una struttura come la facoltà di medicina possa essere semplicemente trasformata in azienda, caricandosi di tutti i problemi dell'assistenza, della ricerca, nonchè della formazione che tra l'altro è esponenziale. In molte università ci sono anche 40 scuole di specializzazione; a Napoli, ad esempio, ce ne sono 42, oltre a sei diplomi universitari e a tre corsi di laurea. Se si divide il numero dei docenti - e ho fatto questa operazione per molte sedi universitarie - rispetto alla richiesta di formazione si otterranno cifre incredibili e assurde. Dal punto di vista tecnico, signor rettore, si può compiere un'analisi sull'attuale università ma dobbiamo avere la capacità di analizzarne le prospettive future di adeguamento. È una università «anziana», non c'è un numero sufficiente di docenti, ci sono molte difficoltà, ma dobbiamo incamminarci verso una nuova prospettiva, assumendo responsabilità in sede di Conferenza dei rettori, la quale potrebbe costituire la sede più adeguata per portare avanti questo discorso.

**GRELLA.** Ho ascoltato con molta attenzione l'intervento del senatore Di Orio e vorrei cancellare alcune false immagini. I decreti legisla-

tivi n. 502 del 1993 e n. 517 del 1993 si riferiscono al coinvolgimento in prima persona delle strutture ospedaliere in relazione ai diplomi universitari, nel senso di un rapporto diretto con gli ospedali. La regione Campania, tuttavia, non ha ancora monitorizzato il discorso sui diplomi universitari mentre aveva il compito, come tutte le regioni, di identificare gli ospedali che avessero determinati requisiti. Questo non è stato fatto. Ho cercato, sempre nel rispetto della legge, di precorrere i tempi sperando di poter firmare quel famoso protocollo d'intesa cui la legge più volte fa riferimento. Inoltre, non è stato avviato il monitoraggio delle scuole di specializzazione: oggi queste ci chiedono di mandare gli specialisti negli ospedali, ma in quali? Chi li ha monitorizzati? Chi li ha identificati?

Per rispondere alla questione posta in relazione alle scuole di specializzazione, vorrei ricordare che effettivamente esiste il problema degli specializzandi. Siamo disponibili ad effettuare un *turn over* per gli specializzandi per le varie discipline ma questi dovrebbero frequentare le strutture che si sono convenzionate con noi: le regioni, infatti, ancora non si sono attrezzate in tal senso. Vi posso assicurare che nell'ambito ospedaliero le carenze sono drammatiche, e questo lo notiamo anche quando si procede all'assegnazione delle borse di studio per le scuole di specializzazione. Ad esempio, all'ospedale Cardarelli, il più grande della Campania, ci sono 123 non specialisti in anestesia che adesso stanno avviando un contenzioso perchè non possono accedere alla dirigenza.

Però, oltre a questo aspetto, bisogna considerare quello delle carenze. Quindi, noi dovremmo sopperire con dieci borse di studio alle nostre carenze e a quelle del Cardarelli, perchè siamo incaricati della formazione.

È questa la situazione. Allora ha ragione il senatore Di Orio: bisogna adottare quelle contromisure che finalmente ci facciano superare questa *impasse* che ormai dura da sempre.

Signor Presidente, per quanto riguarda le cifre fornite dal rettore in relazione al costo per posto letto e alla determinazione della produttività per posto letto, bisogna tener presente che noi fino al primo gennaio (è tutto da discutere da questa data in poi) ci siamo dovuti attenere per la produttività al «cottimo» (se lo vogliamo definire così) che ci avrebbe corrisposto la regione Campania, cioè a circa 121 miliardi di lire. Per il fatto che la corresponsione di tale cifra non era sicura, siamo stati costretti a monitorizzare le spese e quindi ad abbassare la produttività in funzione di un *budget* molto limitato, che - come tutti sapete - è stato oggetto di grandi polemiche all'interno del Ministero della sanità. Voglio far presente che mentre Milano ed altre città hanno ricevuto 600.000-700.000 lire per posto letto, Napoli ha ottenuto a stento circa 200.000 lire per posto letto. Ciò ci ha costretto a mortificare e ad abbassare il livello di produzione non solo rispetto all'assistenza, ma anche rispetto alla formazione.

**MANCINO.** Signor Presidente, intervengo brevemente per commentare alcune osservazioni del senatore Di Orio che ha affrontato temi importanti ed attuali.

Per quanto concerne l'orario di servizio, sono d'accordo con l'interpretazione data dal senatore Di Orio; ma si tratta di interpretazioni per-

sonali perchè non esistono norme al riguardo. Se consideriamo quanto stabilisce la legge per il personale universitario, si vede che si ritorna sempre al peccato originale. Non si può assolutamente organizzare un orario di servizio ed una pianta organica nell'ambito dell'azienda ospedaliera, se non si sa quanto si può utilizzare il medico o il ricercatore. A livello nazionale si sta procedendo in maniera diversa. Non si può continuare ad andare avanti così: capisco l'autonomia, ma questa è anarchia; tutto ciò si riflette - ed è molto grave - su questioni di tipo amministrativo.

Per quanto riguarda la formazione, il senatore Di Orio ha ragione: le università non sono in grado di far fronte all'attuale domanda di formazione relativa ai diplomi universitari e soprattutto alle scuole di specializzazione. Certamente i senatori sanno che noi siamo ancora in attesa dell'emanazione del decreto interministeriale, che ci consentirebbe di attivare le borse di studio per le scuole di specializzazione. A tale proposito sono stati espressi pareri difformi da parte dei Ministeri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità. Il Dicastero della sanità ritiene che i due terzi delle borse debbano essere assegnate a strutture ospedaliere; ma quello dell'università non è d'accordo. Pur giocando fuori casa, debbo dire che su questa proposta sono in disaccordo in senso assoluto: a mio avviso, è un grave errore quantificare in un decreto un simile aspetto. In Italia la situazione delle strutture ospedaliere è diversa; in alcune regioni, per esempio, è difficile che i due terzi degli ospedali siano ad alta specializzazione, come è richiesto per attivare le scuole di specializzazione. Quindi, a mio avviso, bisognerebbe dare alle regioni, di concerto con l'università, la possibilità di individuare le strutture, in base alla realtà locale. D'altra parte è quello che abbiamo fatto fino ad oggi: i nostri specializzandi, come stabilisce la legge precedente al decreto legislativo n. 502, in base a convenzioni, operano in strutture ospedaliere. Sono d'accordo sul fatto che quest'ultime debbano essere utilizzate, ma non che l'università non abbia più la responsabilità del diploma rilasciato (quando poi la legge stabilisce che esso viene rilasciato a firma congiunta). Ciò significa che il rettore deve firmare, ad occhi chiusi, qualcosa che di fatto non può neanche controllare. Signor Presidente, in relazione a questo decreto interministeriale, la Commissione ha avuto qualche notizia?

PRESIDENTE. No.

*MANCINO.* Mi è stato chiesto quale carriera facciano gli assistenti nell'ambito universitario.

La questione non è semplice. Senatore Di Orio, non si deve dimenticare che il problema dei Miuca, che sono stati inquadrati nel ruolo dei ricercatori, non l'abbiamo inventato noi a Napoli. La maggior parte dei nostri ricercatori, che sono ormai anziani e demotivati, deriva dai Miuca ed è per questo che la loro età media è di circa 45-50 anni. Il problema è serio e questa potrebbe essere l'occasione per affrontarlo e per risolverlo. Se continuiamo a chiudere gli occhi tra 34 anni gli assistenti chiederanno di diventare rettori o professori ordinari, perchè svolgono la stessa mansione.

Prima di concludere il mio intervento, desidero comunicare che ho richiesto al Ministro della sanità, quale rappresentante dei rettori, di istituire una commissione paritetica tra i Ministeri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità e la Conferenza dei rettori, per trovare una soluzione a questi problemi da sottoporre agli organi competenti. Non ho ancora ricevuto una risposta dal ministro Salvini; so che il ministro della sanità Guzzanti è favorevole.

MONTELEONE. Signor Presidente, mi rendo conto che se dovessi rivolgere ai nostri ospiti tutti i quesiti che vorrei porre in relazione a quanto è emerso nella audizione odierna noi non andremmo in Aula per una settimana ed il rettore non tornerebbe nella sua università. A proposito della 2ª Università ritengo che non sia appropriato definire «giovane» il secondo ateneo perchè esso ha ereditato lo statuto dall'università «Federico II».

Alla luce di questa continuità e in base alla realtà odierna, prendo atto dei dati, ormai consolidati in termini positivi, relativi alla farmaceutica obbligata; lei ha detto che non potevate agire diversamente. Poi ha aggiunto, giustamente, che questa Commissione ha la presunzione di voler capire o incominciare a capire qualcosa.

Questa presunzione l'avvertiamo quasi tutti quanti.

MANCINO. Sarà stato un *lapsus*.

MONTELEONE. Sì, ma è stato un *lapsus* stranamente appropriato. Anche noi crediamo in una certa presunzione, dato lo scibile e la situazione in cui si trova la sanità in Italia. Vogliamo capire anche noi qualcosa in più ed essere aiutati. Rispetto agli aspetti positivi e negativi, è soprattutto in relazione a questi ultimi che, considerata la vostra esperienza, vorremmo avere un consiglio su come operare.

A proposito delle specializzazioni e del monitoraggio che lei, preside Grella, ha chiesto, posso fornirle i dati riguardanti la radiologia, essendo un radiologo: in tutta Italia sono 176 i radiologi che operano in quella forma strana di cui lei ha parlato e che può essere d'aiuto. Il senatore Dionisi mi accusa spesso di avere interessi corporativi, credo che però oggi anche lui si renda conto che questo non è un dato corporativo ma un dato utile per risolvere alcuni problemi. Lo stesso discorso vale per l'anestesiologia. Il monitoraggio che lei ha chiesto potrebbe aiutare a definire il rapporto tra università ed ospedale, perchè mi rendo conto che lei non può avallare *tout court* una determinata situazione per quanto concerne le scuole di specializzazione, e su questo mi auguro si faccia chiarezza fino in fondo.

Vorrei chiederle allora di precisare nella relazione che vi abbiamo chiesto, alla luce dell'esperienza fatta, eventuali consigli e suggerimenti, che costituirebbero senz'altro ulteriori elementi utili per la Commissione.

BINAGHI. Vorrei intervenire brevemente a difesa della categoria degli ospedalieri.

MANCINO. Nessuno li ha attaccati.

BINAGHI. Non dico questo. Siccome lei richiamava la responsabilità della formazione per il conseguimento dei diplomi di specializzazione appoggiandosi sugli ospedali, vorrei sottolineare che c'è anche il rovescio della medaglia.

Riporto l'esempio della seconda facoltà di medicina e chirurgia di Varese: io ed altri come me da 15 anni svolgiamo corsi equiparati a quelli universitari prima di semeiotica, poi di malattie cardiovascolari perchè altrimenti, in base alla tabella 18, gli studenti sarebbero andati a spasso per il parco. La facoltà potrebbe autorizzare alcuni medici ospedalieri ad effettuare un'attività didattica equiparata a quella del collega universitario. Ritengo che anche per le scuole di specializzazione si potrebbe adottare questa soluzione, facendo riferimento a strutture scelte sulla base di accordi a livello regionale e a figure che restano al di fuori della carriera universitaria, ma con la possibilità di svolgere un'attività didattica di questo tipo.

Ho assistito alla nascita della seconda facoltà di medicina e chirurgia di Pavia: prima i corsi erano appoggiati a Varese, poi, con l'istituzione della seconda facoltà, la situazione si è evoluta, ma il 50 per cento dell'attività didattica era svolta da personale medico ospedaliero con corsi equiparati o con contratti di insegnamento.

Anche per tutta questa problematica secondo me si dovrebbe trovare una soluzione nell'ambito di un accordo tra i due Ministeri interessati. Questo infatti è un po' il rovescio della medaglia: ospedalieri che tolgono tempo al loro compito di assistenza per effettuare attività didattica.

GRELLA. Noi già lo facciamo *nostra sponte* e per le scuole di specializzazione, e per i corsi di laurea. Io facevo un altro tipo di discorso.

Non so se lei è al corrente, della situazione, senatore Binaghi, ma qui si fa il gioco delle tre carte: ho letto i criteri per la scelta degli ospedali in grado di svolgere attività didattica; noi presidi siamo addirittura passati per lassisti, ma le posso assicurare che, per quanto riguarda ad esempio la regione Campania, le disposizioni erano talmente rigide da rendere impossibile trovare un ospedale che avesse quei requisiti. Ciò nonostante noi continuiamo comunque ad avere questo scambio, questa osmosi con le strutture ospedaliere attraverso la formula delle convenzioni. Il problema sussiste, però bisogna normalizzare la situazione perchè altrimenti andiamo avanti così.

PRESIDENTE. Ringrazio il rettore Mancino e il preside Grella per il contributo reso all'approfondimento delle tematiche oggetto dell'indagine sui policlinici universitari.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 10,50.*



