

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 MAGGIO 1995

**Presidenza del presidente MARTELLI**

## INDICE

**Audizione del rettore della seconda Università di Milano, professore Paolo Mantegazza, e del  
preside della facoltà di medicina e chirurgia, professor Antonio Emilio Scala**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 8 e <i>passim</i>	MANTEGAZZA .....	Pag. 3, 5, 9
BINAGHI ( <i>Lega Nord</i> ) .....	7, 12	SCALA .....	6, 8, 11 e <i>passim</i>
CARPINELLI ( <i>prog. Feder.</i> ) .....	9, 11		
DI ORIO ( <i>Progr. Feder.</i> ) .....	5		
MONTELEONE (AN) .....	10		

*I lavori hanno inizio alle ore 15,10.*

**Audizione del rettore dell'Università di Milano, professor Paolo Mantegazza, e del preside della facoltà di medicina e chirurgia, professor Antonio Emilia Scala**

PESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del rettore dell'Università di Milano, professor Paolo Mantegazza, e del preside della facoltà di medicina e chirurgia, professor Antonio Emilia Scala.

Ringrazio il professor Mantegazza e il professor Scala per aver aderito al nostro invito.

Ricordo che la Commissione vi ha fatto pervenire dei quesiti che sono gli stessi inviati, ai quali vi prego di rispondere.

MANTEGAZZA. Signor Presidente, onorevoli commissari, la regione Lombardia tramite l'assessorato alla sanità ha individuato cinque ospedali da convenzionare con l'università. Si tratta di una scelta che risale a circa quindici anni fa, quando registravamo una sovrappopolazione studentesca: di fronte alla pressione degli studenti la regione individuò queste cinque strutture. Si tratta in particolare di una struttura privata, il famoso San Raffaele, il policlinico e tre aziende ospedaliere.

Con la regione abbiamo stipulato accordi sulle modalità di gestione e sui rapporti tra l'università e gli ospedali. La convenzione segue quindi alcuni dettami che sono stati indicati dalla regione dopo lunghe trattative.

Siamo nella situazione in cui versa la stragrande maggioranza delle facoltà di medicina. Molto onestamente, almeno per quanto riguarda la mia persona, preciso che non abbiamo mai avuto il desiderio di avere un policlinico: se pensate ai guai che un rettore già ha nel condurre un'università come quella di Milano vi renderete conto di cosa significa gestire un policlinico. E di tale opinione sono anche molti dei miei colleghi delle università del Nord. In realtà è preferibile stipulare una convenzione con la regione: piuttosto che gestire direttamente un policlinico.

Uno dei vantaggi principali di questa soluzione consiste nel fatto che la struttura universitaria non deve sostenere la responsabilità della gestione diretta, pesantissima soprattutto dal punto di vista economico. Nè deve impegnare risorse umane: nell'ambito universitario, a parte la facoltà di medicina, vi è risentimento nei confronti di questa facoltà perchè gli ospedali finiscono per assorbire tutte le risorse umane (in particolare il personale non docente). Si finisce per trasformare il personale infermieristico in personale universitario e adesso addirittura vi è la richiesta di trasformare in personale universitario anche i cosiddetti «gettonati»; per cui la riserva che abbiamo finirà per essere assorbita.

Il vantaggio è di non avere responsabilità dirette. Certo, abbiamo la noia di dover trattare continuamente con la regione. All'inizio abbiamo

avuto delle difficoltà perchè vi era diffidenza da parte dei colleghi ospedalieri nei nostri confronti: si pensava che negli ospedali convenzionati l'ingresso dell'università comportasse una colonizzazione. Questo non è accaduto ed il clima oggi è molto cambiato. Siamo arrivati al punto che, quotidianamente, il personale medico ospedaliero viene cooptato nell'insegnamento universitario, e non solo di materie secondarie bensì anche di discipline fondamentali.

Abbiamo avuto anche il grande vantaggio che, non essendovi un policlinico, non abbiamo ammassato tutti i primari in un'unica struttura: i nostri primari che hanno vinto il concorso hanno a disposizione una divisione vera e propria. Tranne rarissime eccezioni, a Milano questo è la regola. Ciò ha consentito di evitare la frammentazione delle divisioni primariali che caratterizza invece i policlinici universitari (ad esempio quello di Roma). Essendo diminuita la possibilità di assunzione di personale universitario docente e non docente, in alcuni casi ci troviamo di fronte a situazioni in cui il primario ha a disposizione un esiguo numero di personale non docente e pertanto utilizza collaboratori non universitari. Ciò comunque non ha comportato disagi: è nata una collaborazione e siamo arrivati al punto di mettere in cattedra collaboratori ospedalieri quando il primario non aveva collaboratori universitari.

In questo momento dunque vi è un buon clima, anche se persiste una certa diffidenza nei confronti dell'università, perchè nell'ambito universitario gli amministratori hanno la possibilità di scegliere tra più candidati senza ricorrere a concorsi.

Per quanto riguarda la prestazione lavorativa, i docenti universitari, come il personale ospedaliero, debbono timbrare il cartellino delle presenze; con una differenza, che non timbrano per certificare la loro presenza ma solo per certificare il *plus* orario nel caso che ne abbiano diritto. La certificazione è di nostra responsabilità e non di responsabilità dell'ospedale, nel senso che il primario universitario timbra e ciò serve all'ospedale per sapere in caso di particolare emergenza chi è presente e chi sono i responsabili.

L'accordo che noi abbiamo stipulato con la regione e con gli enti ospedalieri è che il primario della divisione universitaria, come principio, è responsabile in proprio del servizio; siccome dispone di docenti che si muovono per tenere le lezioni, per partecipare a congressi, per andare da una parte all'altra, è il primario che deve gestire la propria divisione in modo tale che l'ospedale abbia il servizio garantito. Questi sono i principi fondamentali che regolano i nostri rapporti. Con il passare degli anni le cose sono migliorate e i nostri rapporti sono veramente ottimi.

Oltre alle linee di intesa stabilite di recente con la regione - che valgono per tutte le università lombarde che abbiano un ospedale (Pavia, Brescia e Varese oltre a Milano) - abbiamo portato un esempio di convenzione stipulata con uno dei nostri ospedali. Ci sono i principi generali che riflettono i principi contenuti nell'intesa tra noi e la regione e vi sono anche degli allegati.

La regione, dunque, fissa per ogni ospedale quali devono essere le divisioni gestite dagli universitari e quali quelle gestite dagli ospedalieri.

**PRESIDENTE.** Questi ospedali sono presidi o sono già diventati aziende ospedaliere?

**MANTEGAZZA.** Si tratta di aziende ospedaliere o di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. L'università si avvale, oltre che del policlinico e del San Raffaele, dell'ospedale di Monza, del San Paolo e del San Carlo.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il rettore per la sua esposizione. I senatori che intendono porre quesiti hanno facoltà di parlare.

**DI ORIO.** Vorrei valutare la situazione attuale dei policlinici universitari mettendola a confronto con le facoltà convenzionate.

Dall'esposizione del professor Mantegazza si coglie una situazione positiva nei rapporti tra facoltà medica e regione. Sono stato tra coloro che hanno chiesto al Presidente della nostra Commissione di convocare anche le facoltà non organizzate come policlinici universitari. Ricordo che una richiesta annosa dei presidi delle facoltà di medicina è stata proprio quella (accolta peraltro dal senatore Bompiani, presidente della Commissione sanità del Senato nella IX legislatura) di far sviluppare tanti policlinici universitari perchè tutti si rendevano conto che il sistema delle convenzioni era farraginoso ed esponeva l'università a rapporti molto spesso in contraddizione con gli obiettivi che l'università stessa intendeva raggiungere.

Pertanto, non vorrei che si prendesse come rappresentativa la situazione di Milano, perchè la realtà delle convenzioni non sta in questi termini: anche se a Milano le cose stanno in questo modo, la realtà del paese è ben diversa.

**MANTEGAZZA.** In Lombardia abbiamo veramente una situazione molto positiva.

**DI ORIO.** Nella sua esposizione ha parlato di questioni che nella fase attuativa certamente vi crearono delle difficoltà. Vorrei ora porre alcune domande.

Quando noi parliamo di convenzione sappiamo che uno dei principali problemi riguarda il modo in cui vengono strutturate le divisioni universitarie. Certo non si può creare un rapporto con il servizio sanitario nazionale occupando posti in pianta organica per la parte assistenziale. Pertanto non si possono bloccare i ruoli primari perchè quel determinato posto è occupato da un professore universitario, laddove i ruoli di aiuto e di assistente (qualora manchino gli associati) sono spesso occupati da personale ospedaliero. Vorrei quindi sapere dal professor Scala se ha mai avuto notizia di posizioni che tendono, per quanto riguarda il settore ospedaliero, a far sì che vi sia separazione di organico tra personale universitario e personale ospedaliero. Se questo avvenisse non avremmo più le divisioni universitarie perchè il numero dei clinici non sarebbe sufficiente a mantenerle. Di qui la richiesta, condivisa dal professor Bompiani, di istituire piccoli policlinici.

Il professor Mantegazza, poi, riferiva circa il modo in cui sono articolate le divisioni universitarie, il numero di posti letto e quant'altro, ri-

tenendo che una divisione universitaria non abbia bisogno di un numero di posti letto molto elevato. Ai miei tempi il professor Stefanini, allora preside della facoltà di medicina e chirurgia, disponeva di 150 posti letto. Oggi una cosa del genere non sarebbe possibile; per quanto riguarda l'università la soglia numerica dei posti letto è molto ridotta.

Allora, conviene stipulare convenzioni che realizzino posti letto inserendosi su piante organiche del servizio sanitario nazionale, oppure è referibile individuare un numero di posti letto realmente utile per un policlinico (ad esempio 400 e 1.000 posti letto)? Converrebbe abbassare la soglia numerica dei posti letto, così avremmo il vantaggio di non bloccare le carriere degli ospedalieri e di non creare sovrapposizioni di situazioni universitarie ed ospedaliere. Per i nostri fini potremmo organizzarci anche secondo un altro vecchio progetto sponsorizzato dal Cun in relazione ai dipartimenti omogenei, una battaglia già condotta da Nino Salvatore negli anni 1987-88. Avere tante divisioni di chirurgia specialistica non so quanto possa servire; sarebbe necessario, invece, un dipartimento chirurgico con i vari aspetti specialistici organizzati al suo interno.

SCALA. Vorrei rispondere ad alcune domande poste ora dal senatore Di Orio. Dal punto di vista dell'organizzazione sindacale dei medici ospedalieri (come l'Anaa, ad esempio) sicuramente esiste a livello nazionale la preoccupazione che le università e le facoltà mediche in qualche modo restringano gli spazi per le carriere del personale unicamente ospedaliere. Questo è un problema reale. D'altra parte devo aggiungere che, per quanto riguarda la regione Lombardia (di questo posso parlare con cognizione di causa, per il resto non mi sento di fare considerazioni), le linee guida elaborate in sede di predisposizione della convenzione contengono innovazioni abbastanza rilevanti per quanto concerne il rapporto tra servizio sanitario nazionale e università; in sede di trattativa con la regione, esse sono state trattate e concordate anche con le organizzazioni sindacali mediche, in particolare con l'Anaa. Finora quindi il problema del rapporto tra personale universitario e personale ospedaliero noi non lo abbiamo ancora avvertito in modo rilevante. Come diceva poco fa il rettore Mentegazza, qualche anno fa ci trovavamo sicuramente in una situazione di maggiore delicatezza rispetto ad oggi per quanto riguarda il rapporto con gli ospedalieri.

Attualmente nei nostri poli milanesi ci siamo organizzati in modo tale da avere cinque poli separati in ciascuno dei quali è attivo un triennio clinico. Il progetto della Facoltà è di prevedere per ciascuno di questi poli anche le strutture per il triennio biologico. Questo naturalmente comporta degli investimenti da parte dell'università piuttosto rilevanti e naturalmente l'operazione va a rilento. Di questi poli ne abbiamo costruito completamente uno, nel senso che abbiamo aggregato all'ospedale di Rialba un triennio biologico.

Quanto al numero dei posti letto, quelli in convenzione sono in numero notevole, per quanto riguarda Milano; noi abbiamo circa 800 posti letto in convenzione solo nel polo centrale, ai quali vanno aggiunti quelli di tutti gli altri poli esterni; abbiamo quindi complessivamente una realtà convenzionale che è di poco inferiore ai 2.000 letti. Mi riferisco solo al polo centrale. Nella realtà dei poli periferici abbiamo attivato

con unità operative gli insegnamenti fondamentali e in questo ambito, utilizzando anche le strutture a direzione ospedaliera, riusciamo ad organizzare tutta la formazione dal punto di vista clinico.

Per quanto riguarda la congruità del numero dei posti letto, è vero che non è importantissimo averne a disposizione un numero molto elevato. D'altra parte, per quanto concerne la nostra facoltà, si ritiene che un numero congruo di posti letto emerga in relazione al numero di studenti che frequentano il corso di laurea in medicina chirurgia.

Quello degli specializzandi è un altro discorso, ma anche per quanto riguarda gli studenti noi riteniamo che sia importante la disponibilità di strutture assistenziali, in cui possano completare la loro formazione. Non è opportuno che la Medicina diventi la «parola perduta» e che si realizzi nelle Facoltà mediche una formazione prevalentemente teorica con contenuti scientifici sofisticati e senza un'adeguata formazione nel campo dell'assistenza. Occorre infatti, dare allo studenti una seria impostazione anche sul piano pratico dell'assistenza al malato. Questo è quello che noi pensiamo e oggi, quanto a disponibilità di strutture assistenziali, ci troviamo in una situazione fortunata. Come diceva prima il magnifico rettore, abbiamo realizzato il progetto dei poli universitari milanesi sotto la spinta di 3.000 matricolazioni e adesso abbiamo a disposizione strutture realmente confacenti ad una formazione corretta per il numero degli studenti iscritti. La realtà più o meno è questa: su circa 650 studenti all'anno, circa 100 sono presenti in ciascuno dei poli periferici e 200 nel polo centrale.

Il numero degli specializzandi è molto variabile di anno in anno. Comunque abbiamo circa 350 specializzandi con borse di studio ministeriali. Vi è poi un incremento del loro numero derivante da borse di studio finanziate con fondi privati; queste, peraltro, sono circa il dieci per cento rispetto al totale delle borse ministeriali: naturalmente questo discorso varia a seconda delle scuole di specializzazione.

BINAGHI. Credo che l'esposizione sia stata esauriente ed abbia illustrato le varie questioni di nostro interesse. Il vero vero problema in queste strutture convenzionate è soltanto quello dei rapporti tra medici universitari e medici ospedalieri. Penso che i rapporti tra università ed amministrazione siano sempre superabili, perchè tutto sommato grossi problemi non ci sono, mentre il nodo da sciogliere in queste convenzioni riguarda il rischio di penalizzare il personale ospedaliero.

Ritengo che il futuro possa essere quello di una cooptazione sempre maggiore per l'insegnamento del personale ospedaliero. Infatti, specialmente se si stipulano convenzioni con ospedali più periferici, è evidente che si deve considerare che si tratta di strutture che hanno già il loro personale, che certamente non può essere mandato via.

Ho sentito che nella vostra Facoltà, diversamente da quanto accade in altri policlinici a gestione completamente universitaria, non si pone il problema tra numero di posti letto e personale. Vorrei sapere, inoltre, quante sono le funzioni assistenziali di primario che sono state assegnate in relazione ai circa 2.000 posti letto di cui si è parlato prima.

Un altro punto che è sempre emerso nelle varie sedute che abbiamo avuto riguarda la cosiddetta «indennità De Maria». Vorrei sapere qual è il sistema di pagamento utilizzato dall'università di Milano. Un'ultima

domanda, infine, riguarda il consiglio dei sanitari. Vorrei sapere se esiste, se è composto da personale universitario e ospedaliero e chi è il presidente. Inoltre, vorrei sapere se ci sono difformità per le convenzioni con gli ospedali trasformati in azienda e per quelle con gli ospedali costituiti in istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

SCALA. I primariati occupati nei poli universitari sono circa 110, compresi quelli di laboratorio oltre a quelli che si riferiscono ad unità con posti letto. La partecipazione al consiglio dei sanitari è aperta al personale universitario e ospedaliero. Il consiglio è presieduto o dal direttore sanitario o da un primario eletto dal consiglio stesso. In passato è sempre stato così, mentre adesso, con la costituzione delle nuove aziende, sono subentrate alcune modificazioni e si prevede solo il direttore sanitario.

Per quanto riguarda le strutture ospedaliere utilizzate come poli di sviluppo delle facoltà di medicina, si è cercato di effettuare una scelta oculata in considerazione delle diverse realtà. Gli ospedali di Alba e di San Paolo sono nati con la convenzione stessa, quindi, non essendovi personale ospedaliero già incardinato, tutta l'organizzazione è partita in parallelo e contemporaneamente all'atto della costituzione dei nuovi ospedali, inglobando sia il personale universitario sia quello ospedaliero. L'ospedale di Alba era una vecchia struttura che è stata trasformata in ospedale mentre quello di San Paolo deriva dall'accorpamento di varie realtà assistenziali milanesi, senza particolari problemi di inserimento.

L'unico ospedale già funzionante e perfettamente strutturato e organizzato è quello di Monza, per cui l'inserimento fra i poli periferici è stato più attento e bilanciato rispetto a quello degli altri due dove, come dicevo, l'inserimento è avvenuto all'atto della costituzione. Lo stesso è avvenuto per l'ospedale San Raffaele, che è una struttura privata, già istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

Per quanto riguarda la richiesta di ulteriori elementi conoscitivi sulla cosiddetta «indennità De Maria», ricordo che questa viene calcolata secondo i parametri previsti dalla legge. Gli ospedali versano una quota alle università, le quali provvedono a distribuirla e a versarla ai docenti.

PRESIDENTE. È una indennità normale o, come è avvenuto a Roma, è quasi raddoppiata?

SCALA. Mi consta - tra l'altro, non sono un medico e pertanto non la percepisco - che «l'indennità De Maria» non viene percepita da molti colleghi che sono al massimo della retribuzione e che comunque non è raddoppiata. La De Maria sana la differenza tra lo stipendio ospedaliero e quello universitario: la percepiscono i medici che stanno nelle classi di stipendio più basse, i più giovani, eventualmente quelli che svolgono funzioni superiori, ad esempio gli associati con funzioni primarie, in quanto partono da uno stipendio più basso, e quindi serve per equiparare diversi trattamenti economici. Ritengo che gli ospedali abbiano ridotto la quantità di denaro erogata a tal fine rispetto a qualche anno fa.



**MANTEGAZZA.** Gli ospedali hanno un vantaggio economico in quanto non pagano gli stipendi del personale docente che opera al loro interno per cui molto spesso, soprattutto adesso, in una fase di carenza di finanziamenti, questo risulta un elemento importante. L'ospedale San Raffaele, ad esempio, vive sui nostri docenti: è una struttura privata che sopravvive perchè si avvale dell'opera di molti nostri docenti da noi stessi pagati. Noi abbiamo i nostri vantaggi poichè abbiamo a disposizione strutture per la didattica per le quali non paghiamo nulla.

Va tenuto presente che, in base agli accordi stipulati con gli ospedali, gli spazi riservati alle università vengono gestiti, dal punto di vista della manutenzione, dalle università stesse. La gestione delle aule o del servizio di pulizia delle strutture didattiche, ad esempio, è a carico dell'università.

**CARPINELLI.** Vorrei ricordare ai nostri ospiti e a noi stessi le finalità della Commissione d'inchiesta, che ha dovuto, suo malgrado, registrare un disagio che trae origine da un fatto specifico. Abbiamo ritenuto pertanto opportuno allargare le indagini sulle cause del profondo malessere della Sanità in Italia, per non rimanere senza parametri di riferimento.

Prendo atto con soddisfazione che, almeno per quanto riguarda il vostro rapporto sulla università di Milano, avete trovato una soluzione in qualche modo originale rispetto ad altre situazioni. In quanto legislatori ci interessa ampliare la conoscenza dei problemi e a tal fine vi abbiamo inviato un questionario rispondendo al quale potrete fornirci dati utili, indipendentemente dal fatto di essere in regime di convenzione o di gestione diretta. Come Commissione, le vostre risposte ci interessano molto dal punto di vista tecnico, professionale ed amministrativo ma il tipo di regime attuato, nella nostra impostazione generale, non ha una rilevanza significativa, se non per vedere poi, nella gestione concreta, che cosa questo significa e che cosa realmente succede.

Uno dei nostri obiettivi è verificare l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse. Se per ipotesi scopriremo, attraverso dati significativamente rilevanti, che la vostra gestione è più consona dal punto di vista della rispondenza ai bisogni dell'utenza ed anche dal punto di vista economico e finanziario, potremmo valutarla per le nostre considerazioni finali. Ci interessa, oltre al discorso centrale dell'organizzazione interna, conoscere il rapporto fra i posti letto e i primari, verificare il funzionamento e i costi delle strutture, e quindi la situazione di un policlinico gestito direttamente dalla università (con dati riguardanti il personale infermieristico, tecnico, docente, medico o non medico); tutti questi dati risultano rilevanti perchè servono ad offrire un quadro complessivo della situazione. Ad esempio, vi abbiamo rivolto domande sul sistema di acquisto dei materiali per sapere da voi, in quanto convenzionati e in quanto parte attiva della convenzione, come stornate i fondi pubblici agli ospedali con i quali siete convenzionati.

Sicuramente avrete convenzioni di natura diversa fra ospedali pubblici e ospedali privati: vorremmo esserne messi a conoscenza per trarre alcune conclusioni. Quando viene detto che l'80 per cento di alcuni prodotti viene acquistato a trattativa privata il ragionamento da fare è il seguente: rispetto ad una struttura organizzata in modo diverso quanto mi

costerebbe quello stesso prodotto? Di qui la necessità, anche per aree territoriali diverse, di avere valutazioni complessive su che cosa significhi gestire un policlinico con un metodo o con un altro, per dire se i denari pubblici sono spesi meglio seguendo un criterio piuttosto che un altro, seguendo una metodologia invece di un'altra. Se non facessimo questo, non saremmo in grado di dare soluzioni o almeno di delineare degli indirizzi.

Ora, indipendentemente dal fatto che voi state rinnovando le convenzioni, trovando le formulazioni adatte, dovrete fornirci quelle indicazioni che vi abbiamo richiesto, al di là dell'organizzazione istituzionale ovviamente diversa per i motivi che voi esonevate prima e che deriva dalla convenzione stessa.

C'è infine un altro tipo di indagine che stiamo compiendo, relativa all'individuazione delle qualità e dello spessore dei servizi che vengono resi. Dobbiamo infatti verificare la funzionalità delle strutture e la risposta che viene fornita all'utenza. Siamo in fase di affidamento di incarichi professionali per questo tipo di ricerche, per verificare i tempi di attesa, per conoscere i dati relativi a determinate patologie e per scoprire che cosa succede realmente. È questo, alla fine, che interessa questa Commissione e la collettività che noi rappresentiamo, soprattutto in termini di prestazioni di servizi e di uso di risorse finanziarie che, come ben sapete, non sono mai sufficienti.

**MONTELEONE.** Il collega Carpinelli mi ha preceduto in quello che volevo dire perciò, a questo punto, mi permetto di aggiungere solo alcune cose. Preso atto del rapporto «idilliaco» che sembra abbiate in atto con la regione Lombardia, sarebbe per noi utile acquisire ulteriori elementi conoscitivi in modo da poter standardizzare gli aspetti utili della vostra esperienza agli altri policlinici universitari.

**SCALA.** Senatore Carpinelli, voi ci avete inviato un elenco di domande che esigono risposte precise che noi, purtroppo, non possiamo fornire in quanto esulano dalla nostra competenza, riguardando aspetti relativi al patrimonio dell'amministrazione di quei cinque ospedali che ci sono stati dati in convenzione.

**PRESIDENTE.** I prodotti li scegliete voi?

**SCALA.** No, assolutamente. Può darsi che ci venga richiesto un parere tecnico, ma gli acquisti vengono gestiti autonomamente dagli ospedali. La risposta a queste precise domande può essere fornita dal direttore generale o dall'eventuale commissario.

**MONTELEONE.** Anche per la farmaceutica ritiene valido questo sistema?

**SCALA.** Anche facendo riferimento a quanto detto dal senatore Carpinelli, sarebbe opportuno porre ad altri le domande che ci avete inviato a farne a noi altre alle quali siamo in grado di rispondere. Queste, in realtà, non possono essere rivolte a noi.

CARPINELLI. Noi possiamo porre domande anche a tutti gli ospedali convenzionati. Volevo invece chiedere se pagate per le prestazioni che questi ospedali vi offrono.

SCALA. Il rapporto strettamente economico in pratica si riduce a poco poichè l'ospedale mette a disposizione la struttura, mentre l'università fornisce il personale. L'unico scambio di denaro che avviene tra università e ospedale (si tratta di un pagamento dall'università all'ospedale) è relativo al pagamento per la gestione, le pulizie, la piccola manutenzione, il riscaldamento, eccetera, degli spazi dedicati unicamente all'attività didattica e di ricerca scientifica. Per quanto riguarda le aule (non per i laboratori che in genere sono di uso misto), anche in questo caso è l'ospedale che fa fronte alle spese, mentre l'università fornisce come contropartita lo stipendio al personale che vi opera. Naturalmente l'università, nelle strutture a carattere universitario, può fornire le apparecchiature che il docente utilizza o richiede per scopi di ricerca e che possono essere utilizzate dall'ospedale per attività di tipo assistenziale. Anche qui, però, se lo strumento viene utilizzato per la sola ricerca, l'università si accolla tutte le spese di gestione dello strumento; se questo invece viene usato sia per ricerca sia per attività assistenziale, è l'ospedale a pagarne la gestione.

CARPINELLI. Noi pensiamo che alla fine si debba venire a conoscenza di quanto effettivamente costi un posto letto in convenzione e quanto un posto letto in gestione diretta. Questo anche per vedere se si debba favorire il rapporto in convenzione, se effettivamente serve ad erogare un servizio migliore rispetto alla gestione diretta, o se è vero il contrario perchè, facendo i conti rispetto alla situazione e alla qualità del servizio reso, forse è preferibile creare una struttura dipendente direttamente dalle strutture universitarie che potrebbe fornire un servizio migliore a costi inferiori. Probabilmente si tratta di un'impresa troppo complessa, ma la risposta che avete fornito in merito alla vostra organizzazione potrebbe essere davvero funzionale. Altrimenti finiremmo per avere soltanto una valutazione di carattere generale mentre noi dobbiamo mettere insieme tutte le valutazioni sull'organizzazione, sul modo in cui è strutturata, sui costi e sul tipo di risposta che riesce a fornire.

Questo ora non lo sappiamo, però questa è una risposta che dovremmo dare dovendo effettuare una valutazione. Poi vedremo come fare tecnicamente: se c'è una quota vostra e una quota degli ospedali, chiederemo anche i dati relativi alla quota a carico degli ospedali per vedere qual è la situazione. Per noi è indifferente chiedere a voi, o ad un'altra struttura, quanto costa lo stesso farmaco a Milano, a Roma, a Napoli o a Bari; ognuno ci deve fornire il dato per quanto di competenza.

SCALA. Allora dovremmo chiedere ai direttori generali delle aziende convenzionate la risposta a questa domanda e poi trasmettervela, aggiungendo eventualmente quelli che sono per noi i costi per struttura di personale universitario. Mi pare che questo possa essere un modo per risponderle. Anche perchè, come vedrete, i costi tra un polo ed un altro,

tra un ospedale e un altro in cui pure siamo presenti no, sono diversi. Adesso l'ospedale che costa sicuramente di più è il Policlinico centrale, per vari motivi.

**PRESIDENTE.** Lei, professor Scala, ha detto che avete circa 2.000 posti letto e circa 110 primari. Per questi 2.000 posti letto, oltre a questi primari, ci sono anche altri primari ospedalieri?

**SCALA.** Ho parlato di 2.000 posti letto in convenzione, quindi sono tutti amministrati da noi.

**PRESIDENTE.** Fra questi 110 primari, sono compresi anche quelli di laboratorio?

**SCALA.** Sì, sono compresi anche loro. Posso comunque far pervenire alla Commissione dati più precisi in merito al numero dei primari e dei posti letto.

**BINAGHI.** So che le amministrazioni ospedaliere in questo momento hanno interesse a fare le convenzioni. Infatti, per la copertura di un posto libero nell'organico ospedaliero, sul piano dei costi è lo stesso che impiegare due ricercatori. Da noi, a Varese, è stato proposto di coprire ciascun posto libero con due ricercatori universitari perchè in questo modo l'ospedale risparmia.

**SCALA.** Certo, perchè i ricercatori li paga l'università. Come vedrete dai documenti che vi lascio, il rapporto tra regione e università prevede che, dal punto di vista della quantità di assistenza erogata, l'assistente universitario eroga metà dell'assistenza rispetto all'ospedaliero, perchè l'altra metà del tempo è dedicata ad attività didattica e scientifica.

**PRESIDENTE.** Ringrazio i professori Mantegazza e Scala per essere intervenuti e per l'approfondita esposizione che ci hanno reso.

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

*I lavori terminano alle ore 16,05.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. GIANCARLO STAFFA