

## DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori CAMERINI, BERNASCONI, BRUNI,  
CARELLA, DANIELE GALDI, DE ANNA, DE GUIDI,  
LAVAGNINI, MASULLO, MIGNONE, PAGANO, PARDINI,  
PREDA, RUSSO, TOMASSINI, VALLETTA, VOLCIC e ZILIO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 LUGLIO 1998

---

La formazione del medico e del personale sanitario  
e gli ospedali di insegnamento

---

ONOREVOLI SENATORI. - I progressi delle scienze di base e applicate e della medicina hanno portato negli ultimi decenni ad un rapido aumento sia del numero delle conoscenze che della loro complessità, con la conseguente creazione di nuove specializzazioni e sottospecializzazioni. Tali dati ripropongono, in un momento storico caratterizzato da una progressiva parcellizzazione delle conoscenze e dalla pluralità degli interventi, la necessità sia di un apporto culturale vasto e globale nella formazione medica che di una riconsiderazione unitaria del malato. La rapida evoluzione delle conoscenze necessita inoltre di un continuo aggiornamento e di una permanente formazione di tutto il personale sanitario.

Il processo formativo è essenzialmente basato sulle facoltà di medicina, alle quali è demandata la formazione dei medici (corso di laurea in medicina e chirurgia), degli odontoiatri (corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria), degli specialisti (scuole di specializzazione) e dei ricercatori (dotto-

Esistono inoltre, sempre a livello universitario, i corsi di diploma per il personale sanitario non medico (quali ad esempio per le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione, della professione ostetrica).

I rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università sono per ora regolati dal decreto legislativo 30 settembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che indica, all'articolo 6, le integrazioni per i diversi tipi di formazione tra queste due entità, sia per quanto riguarda l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali sia per il contributo delle strutture ospedaliere al pro-

cesso formativo degli specializzandi e del personale sanitario non medico. La formazione dei medici specialisti è in particolare regolata dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, che attua le direttive comunitarie in materia, e dai decreti ministeriali che si sono succeduti per la sua attuazione (decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 11 maggio 1995, 3 luglio 1996 e 17 dicembre 1997). Questa proposta intende compiere un passo in avanti rispetto a questi provvedimenti affrontando il problema della formazione in riferimento a tutte le sue fasi.

#### *L'aggiornamento e la formazione continua.*

La formazione continua è il processo che interessa tutti gli operatori sanitari dopo la laurea o dopo aver ottenuto il diploma professionale, diretto a migliorare le conoscenze, la capacità operativa e il comportamento professionale per tutto l'arco della vita lavorativa. Questa definizione comprende anche l'aggiornamento, inteso come ammodernamento delle conoscenze, prevalentemente basato sull'acquisizione di nozioni.

La formazione continua del medico e del personale sanitario è purtroppo caratterizzata in Italia da una notevole arretratezza, mentre in molti altri Paesi l'aggiornamento è obbligatorio ed è richiesto - negli Stati Uniti per esempio - ad ogni professionista di documentare la partecipazione a riunioni scientifiche e a corsi di aggiornamento, approvati da un programma nazionale di educazione medica continuativa, per un numero prestabilito di ore annuali. Nel nostro Paese, al contrario, l'intera materia non è regolata in maniera sistematica e si può verifi-

care in tutti i settori del mondo medico la presenza di professionisti che operano per anni senza svolgere alcuna attività di aggiornamento.

È da notare però che esistono delle recenti sia pur modeste proposte formative obbligatorie, come quelle contenute nell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1996, n. 484), secondo cui alle regioni è demandato il compito di emanare norme generali per la formazione continua obbligatoria, anche in relazione a progetti obiettivi (di intesa con gli Ordini dei medici e con la collaborazione delle società professionali di medicina generale e dei sindacati medici) e di stabilire a livello regionale le linee di coordinamento e di indirizzo, la programmazione generale delle aree tematiche, le metodologie didattiche e i livelli economici.

Più irregolarmente altre istituzioni svolgono un ruolo formativo, come l'Ordine dei medici e gli ospedali, mentre frequenti sono alcune iniziative legate alle attività delle società scientifiche come pure quelle promosse dall'industria, attività queste ultime spesso meritorie, ma che sono potenzialmente caratterizzate da limitazioni e condizionamenti.

È inoltre da segnalare che presso la Commissione 12<sup>a</sup> (Igiene e sanità) del Senato è in fase di avanzata discussione un disegno di legge in cui viene affrontato il problema della formazione continua del personale sanitario.

### *Il processo formativo.*

Il processo formativo del personale sanitario si articola in diverse fasi: la formazione pre-laurea (medici), pre-diploma (personale sanitario), le specializzazioni e infine l'aggiornamento e la formazione continua che interessano un ampio numero di medici e di personale sanitario per tutta la vita professionale.

Ora prima di dare una risposta su chi, dove e come svolgere la formazione alcuni punti fondamentali devono venir ricordati.

1. Il buon funzionamento, la qualità e l'efficienza della sanità sono inscindibili da una seria, rigorosa e continua formazione. La formazione è strettamente legata ad un'intima correlazione tra basi scientifiche e preparazione teorica da un lato e necessità di acquisizione di autonomia professionale, operativa e decisionale dall'altro. Non c'è e non deve esserci in medicina separazione o distinzione tra teoria e pratica, che anzi si integrano e si compenetrano l'una con l'altra e che se separate portano all'inaridirsi delle conoscenze e a una povera pratica clinica.

L'attività di assistenza e di formazione sono inscindibili e deve venire culturalmente superata una presunta superiorità dell'una sull'altra. Non è in tal modo possibile una distinzione tra «chi fa» e «chi insegna», tenuto anche conto della necessità, per una buona medicina, di una stretta integrazione tra i vari tipi del sapere («sapere», «saper fare», «saper essere»).

Del pari obsoleta e superata è la separazione tra assistenza e pratica clinica da un lato e ricerca dall'altro. Numerosi e fondamentali sono infatti i contributi portati alla comunità scientifica dalla collaborazione di reparti clinici con strutture di ricerca, come pure da strutture eminentemente assistenziali.

Come ricorda Garattini, la partecipazione alla ricerca è un'attività che deve permeare tutti i livelli dell'assistenza sanitaria, inclusa quella infermieristica, perchè non vi è nulla di meglio che essere parte di una ricerca per trasferire con rapidità i risultati alla pratica clinica. Il Servizio sanitario nazionale dovrebbe idealmente rappresentare un grande progetto di ricerca entro cui si possono collocare tutti quegli atti medici che oggi invece vanno perduti.

Lo spirito di ricerca in conclusione è un'attitudine mentale, che può e si deve applicare a tutti i livelli dell'attività medica, sia in quel-

la scientificamente sofisticata, che nella quotidianità della medicina pratica.

2. L'insegnamento della medicina e delle scienze della salute deve essere programmato in base ai bisogni di salute della popolazione e alla conseguente organizzazione dei servizi.

Il cospicuo progressivo aumento dei bisogni e delle richieste formative (che attualmente vanno dagli studi pre-laurea e pre-diploma alle varie specializzazioni e alla formazione continua) non può essere completamente soddisfatto dal sistema delle università, ma necessita dell'utilizzazione del potenziale scientifico e didattico di tutta l'organizzazione sanitaria sia all'interno dell'ospedale che al di fuori dello stesso (come ad esempio la medicina del lavoro, la pediatria, i servizi che si occupano dell'igiene mentale o delle tossicodipendenze). In particolare un sistema che pone al centro i bisogni e i diritti dei cittadini malati richiede l'impegno coordinato e l'integrazione di tutti i soggetti che in esso in vario modo operano.

Ora le cliniche universitarie hanno un potenziale limitato e chiaramente inadeguato per risolvere la complessità dei problemi formativi. In particolare i policlinici universitari a gestione diretta sono numericamente limitati e spesso caratterizzati da una discrepanza tra un elevato numero dei docenti e la ridotta disponibilità delle strutture sanitarie con «una eccessiva frammentazione dei reparti di degenza e dei servizi ed una nosografia che rispecchia precipuamente l'interesse culturale dei singoli docenti titolari delle strutture sanitarie» (Condorelli).

Dalla relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie del 1996 risulta che nella maggioranza dei casi dei policlinici a gestione diretta (sette su dieci) il rapporto tra posti letto e primari è inferiore a venti, con una media di 12,8 posti letto per primario e che, per quanto riguarda i posti letto per specializzando, esso è pari a 2 (tranne a Udine in cui è 9). È un dato, questo, che riflette una

situazione ben lontana da quanto previsto dalla legge.

Si presenta dunque una situazione incompatibile con le necessità di un *curriculum* formativo, che mette lo studente di fronte ad una tipologia di malati inadeguata per numero e a volte selezionata o superselezionata a seconda degli interessi culturali e scientifici dei docenti.

È infine necessario ricordare che l'azienda policlinico deve, da un lato, tener conto delle esigenze della programmazione regionale (prevista dall'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni) e, dall'altro, che la sua gestione è condizionata da esigenze di ordine economico-finanziario con la possibilità del commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale per tutte le aziende ospedaliere, inclusi i policlinici universitari, che incorrono in ingiustificati disavanzi di gestione. Queste esigenze economiche possono portare ad una riduzione dei posti letti o favorire una scelta di malati affetti da patologie che non coincidono con le necessità formative del medico di medicina generale.

Ancora lontana da traguardi soddisfacenti è la situazione delle scuole di specializzazione in medicina, che dovrebbero avere un ruolo altamente professionalizzante per i laureati in medicina e chirurgia; ciò vale, non solo per l'attività di formazione teorica, ma anche e soprattutto per il *curriculum* formativo che richiede che lo specializzando debba essere parte attiva del processo di apprendimento, esposto a molteplici esperienze e non solo partecipe ma anche protagonista di procedure anche complesse, sia diagnostiche che terapeutiche. Del resto la *Charter on Training of Medical Specialists in the European Community*, adottata dal *Management Council della Union Européenne des Médecins Spécialistes* a Berlino nel 1993 fornisce delle chiare indicazioni generali: l'insegnamento deve essere sia teorico che pratico, deve svolgersi in un centro universitario, o in un ospedale di insegnamento o in un centro approvato dalle

competenti autorità, e deve comportare la personale partecipazione dello specializzando nelle attività e nelle responsabilità dell'istituzione interessata. Inoltre il documento specifica in maniera molto chiara le caratteristiche quantitative delle risorse pedagogiche necessarie, come le strutture di degenza, le tipologie e il numero di procedure che devono essere eseguite dal singolo specializzando. Indicazioni simili sono contenute nel decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 11 maggio 1995: si tratta di carichi di lavoro che chiaramente richiedono per la loro numerosità e complessità la partecipazione di più strutture, tutte altamente qualificate.

Di fronte a queste precise indicazioni si deve osservare che non esiste nelle nostre scuole alcun rigoroso controllo nè della adeguatezza clinica e tecnologica delle scuole di specializzazione, nè delle attività e delle reali capacità dello specializzando alla fine del suo *iter* formativo: non è più accettabile che professionisti che esibiscono il titolo di specialista possano presentare delle cospicue differenze nelle conoscenze teoriche e pratiche.

La situazione descritta, caratterizzata dalla insufficienza e dalla inadeguatezza delle disponibilità pedagogiche che rendono impossibile una piena partecipazione degli studenti e degli specializzandi inizialmente allo studio e alle cure dei malati e successivamente all'apprendimento di più complesse tecniche diagnostiche e terapeutiche, pone chiaramente il problema dell'adeguamento del processo formativo alle esigenze della medicina moderna.

È infine del tutto aperto il problema della formazione continua del personale sanitario che, tenuto conto del numero delle persone interessate e della durata della vita professionale, richiederà l'impegno continuativo di molteplici soggetti che operano nel mondo della sanità. Il processo di formazione continua e di aggiornamento è dunque non solo un diritto del malato e un dovere del medico, ma anche una reale necessità per

migliorare il sistema sanitario italiano e per renderlo competitivo in confronto a quelli degli altri Paesi europei.

### *Il disegno di legge.*

Il problema della partecipazione delle strutture ospedaliere e del personale medico qualificato al processo formativo è stato affrontato a partire dalla X legislatura (con il disegno di legge n. 955, d'iniziativa dei senatori Condorelli ed altri: Istituzione negli ospedali dell'insegnamento universitario e postuniversitario) ed è stato ripreso nella XIII legislatura con un progetto del senatore Di Orio ed altri per l'istituzione dell'ospedale di insegnamento (atto Senato n. 3324).

Questo disegno di legge intende affrontare il nodo della formazione proponendo l'apporto del personale del Servizio sanitario nazionale da svilupparsi secondo *standard* di qualità e di professionalità nell'ambito di una più stretta integrazione tra lo stesso Servizio e il sistema delle università.

L'articolo 1 si occupa di definire la formazione in campo sanitario e la sua articolazione. Sono stabiliti poi i requisiti minimi che devono essere soddisfatti dalle strutture per essere accreditate e divenire «ospedali di insegnamento», da precisare con decreto del Ministro della sanità (articolo 2). Successivamente sono fissati i criteri per l'abilitazione all'insegnamento, la cui definizione è delegata all'emanazione di un decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, che dovrà prevedere, in particolare, sistemi di valutazione dell'attività dei docenti (articolo 3). La commissione permanente per l'accREDITAMENTO, l'abilitazione all'insegnamento e la verifica dell'idoneità delle strutture e della loro attività ha tra i suoi compiti il controllo del livello delle prestazioni fornite dagli ospedali di insegnamento con la revoca dell'accREDITAMENTO in caso di reiterato giudizio negativo (articolo 4). L'articolo 5 è

dedicato alle finalità che devono essere soddisfatte dall'individuazione delle strutture e del personale docente per ogni singolo segmento di formazione, avendo presenti gli *standard* internazionali. Il comitato di coordinamento per le attività formative è formato tra ogni singola università e regio-

ne da rappresentanze delle due entità per sovrintendere all'offerta formativa nei confronti dei discenti (articolo 6). Gli articoli 7 e 8 si occupano dei compiti didattici e dell'abilitazione del personale sanitario che si dedica all'insegnamento. L'articolo 9 provvede alla copertura finanziaria.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(La formazione)*

1. La formazione in materia sanitaria interessa tutti gli operatori sanitari dall'inizio degli studi alla cessazione della loro vita lavorativa.

2. La formazione si articola in:

a) corso di laurea in medicina e chirurgia;

b) corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria;

c) corsi di diploma riguardanti le diverse professioni sanitarie;

d) corsi di specializzazione post-laurea;

e) dottorati di ricerca;

f) formazione continua.

3. La formazione è ripartita in una componente teorica e in una clinico-applicativa.

4. La presente legge regola la disciplina relativa alla componente clinico-applicativa.

## Art. 2.

*(Criteri per l'accreditamento delle strutture)*

1. La componente clinico-applicativa della formazione, di cui al comma 3 dell'articolo 1, si svolge in strutture accreditate.

2. I criteri generali e i requisiti minimi per l'accreditamento sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, che si avvale dell'opera della commissione di cui all'articolo 4, dopo aver acquisito i pareri

del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità.

3. I criteri e i requisiti minimi riguardano:

- a) le strutture degenziali;
- b) le strutture ambulatoriali;
- c) le strutture e le dotazioni tecnologiche;
- d) i laboratori;
- e) le strutture di supporto come aule, laboratori, sale di riunione, biblioteche, servizi, sussidi audiovisivi;
- f) le strutture di ricerca.

4. L'accreditamento è concesso all'intera istituzione ospedaliera o a singole strutture dell'istituzione stessa secondo quanto stabilito dall'articolo 4.

### Art. 3.

*(Criteri per l'abilitazione all'insegnamento)*

1. L'insegnamento riguardante la componente clinico-applicativa della formazione dei medici, degli specialisti e del personale sanitario è svolto da insegnanti abilitati nelle aziende ospedaliere, negli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico e nelle aziende sanitarie locali.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, sono fissati i criteri per l'abilitazione.

3. Il decreto di cui al comma 2 determina le discipline dell'insegnamento, il rapporto docente-discenti, le qualifiche e i titoli professionali, scientifici, culturali e pedagogici del personale ospedaliero candidato all'insegnamento, e prevede sistemi di valutazione dell'efficacia dell'insegnamento tenuto conto in particolare delle competenze e delle capacità professionali richieste ai discenti.

## Art. 4.

(Commissione permanente per l'accreditamento, l'abilitazione all'insegnamento e la verifica dell'idoneità delle strutture e della loro attività)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, è costituita presso il Ministero della sanità una commissione permanente per l'accreditamento, l'abilitazione all'insegnamento e la verifica dell'idoneità delle strutture e della loro attività, di seguito denominata commissione, composta da:

a) il Ministro della sanità o un suo delegato, che la presiede;

b) il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica o un suo delegato;

c) tre esperti designati da ciascuno dei Ministri suddetti;

d) un rappresentante rispettivamente dei presidenti del corso di laurea, del corso di diploma, dei direttori delle scuole di specializzazione e da due rappresentanti nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, scelti tra i medici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale. I singoli rappresentanti rimangono in carica per tre anni e possono essere rinnovati per una sola volta consecutiva.

2. La commissione esprime un parere obbligatorio:

a) sull'idoneità all'accreditamento delle istituzioni, di cui all'articolo 2, che ne abbiano fatto richiesta;

b) sulle discipline oggetto di insegnamento nelle istituzioni ospedaliere interessate e sulle divisioni o istituti che possono essere a tal fine attivati;

c) sui *curriculum* del personale ospedaliero che ha chiesto di svolgere attività didattica.

3. La commissione formula proposte ed esprime pareri ai Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica in particolare rispetto all'adeguamento delle legislazione italiana alle direttive comunitarie e agli *standard* internazionali in materia di formazione.

4. La commissione sottopone almeno ogni due anni ad una verifica gli ospedali di insegnamento di cui all'articolo 5, con particolare riguardo a:

a) le risorse messe a disposizione in rapporto agli *standard* prescritti e ai risultati ottenuti;

b) l'organizzazione del sistema;

c) l'attività didattica svolta anche con riguardo alla disponibilità dei docenti;

d) la valutazione dei docenti da parte dei discenti e della qualità dell'insegnamento anche avvalendosi di esperti esterni in pedagogia.

5. Nell'ambito della verifica di cui al comma 4, la commissione può procedere a ispezioni presso le strutture accreditate, acquisire informazioni dagli studenti e procedere a verifiche riguardanti la frequenza degli studenti stessi.

6. In caso di giudizio negativo il Ministro della sanità, in accordo con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, richiama formalmente le strutture accreditate e può prorogare l'accREDITAMENTO per un periodo massimo di due anni. Qualora ad una successiva verifica il giudizio negativo sia confermato l'accREDITAMENTO è revocato.

#### Art. 5.

*(Criteri per l'identificazione delle strutture e del personale candidato all'insegnamento e ospedali di insegnamento)*

1. Gli ospedali nei quali sono situate le strutture accreditate e nelle quali opera personale abilitato all'insegnamento sono individuati d'intesa tra le università e le regioni

nelle quali le università hanno sede, in base ai principi stabiliti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Gli ospedali di cui al comma 1 sono denominati ospedali di insegnamento.

3. Le strutture e le risorse umane sono individuate, secondo le modalità di cui al comma 1, con il fine di assicurare ai discenti:

a) nel corso di laurea in medicina e chirurgia, una preparazione teorica e pratica, sia di base che nella pratica medica ospedaliera ed extraospedaliera, adeguata agli *standard* internazionali, realizzata anche mediante il rapporto di ogni studente con un adeguato numero di pazienti e di patologie;

b) nei corsi di specializzazione post-laurea, una formazione specialistica considerata, oltre che un processo di acculturamento, come un qualificato addestramento professionalizzante, tale da consentire l'inserimento nelle attività del servizio sanitario, in rapporto ai parametri stabiliti dalla *Charter on Training of Medical Specialists in the European Community*, adottata dal *Management Council della Union Européenne des Médecins Spécialistes* a Berlino del 1993 e dal decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 11 maggio 1995, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 167 del 19 luglio 1995, con particolare riguardo per le caratteristiche dei docenti, il rapporto numerico docenti-specializzandi, e specializzandi-pazienti, la tipologia e il numero delle procedure che devono essere eseguite da ogni specializzando;

c) nella formazione del personale sanitario non medico, il raggiungimento di un'autonomia professionale e l'espletamento di funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e dalla normativa vigente;

d) nella formazione continua del personale medico o non medico avente il diploma professionale, il perfezionamento

delle conoscenze, delle capacità operative e del comportamento professionale.

Art. 6.

*(Comitato di coordinamento  
per le attività formative)*

1. Nell'ambito dell'intesa tra regione e università di cui all'articolo 5 è istituito un comitato di coordinamento per le attività formative, di seguito denominato comitato.

2. Il comitato è composto dal preside della facoltà di medicina e chirurgia o da un suo delegato, dal presidente del corso di laurea in medicina, da un presidente di corso di diploma universitario, da due direttori di scuole di specializzazione indicati dal rettore dell'università, da un dirigente dell'agenzia regionale, ove esistente, dal direttore generale di azienda ospedaliera o azienda sanitaria locale, da tre dirigenti di secondo livello, da due dirigenti di primo livello e dal responsabile di tirocinio pratico del Servizio sanitario nazionale nominati dall'assessore regionale alla sanità.

2. Il comitato svolge i seguenti compiti:

a) identifica i bisogni formativi richiesti e le rispettive risorse pedagogiche a disposizione;

b) sovrintende e coordina l'assegnazione dei discenti nelle diverse strutture a disposizione e la loro rotazione.

Art. 7.

*(Compiti didattici del personale sanitario  
abilitato all'insegnamento)*

1. Il personale sanitario abilitato all'insegnamento partecipa alle attività didattiche informali, alle discussioni di gruppo, alle varie commissioni di esame e alle commissioni di laurea per un numero annuale di ore, secondo forme e modalità definite dai consigli di facoltà e di corso di laurea o di diploma in accordo con il direttore

generale dell'istituzione ospedaliera e sentite le organizzazioni sindacali.

2. La ripartizione delle attività e dei compiti del personale sanitario addetto all'insegnamento è determinata all'inizio di ogni anno accademico di intesa tra i consigli di facoltà e di corso di laurea o delle scuole di specializzazione o dei corsi di diploma e il direttore generale dell'istituzione ospedaliera, con il consenso del personale interessato.

3. Il personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale con il ruolo di dirigente di I e II livello, titolare di insegnamenti, partecipa a seconda della propria attività ai consigli del corso di laurea o ai consigli delle scuole di specializzazione o ai consigli dei corsi di diploma.

4. La non osservanza degli impegni didattici di cui ai commi 1 e 3 comporta, su proposta motivata del consiglio di facoltà o della scuola di specializzazione o del corso di diploma, la decadenza dall'incarico di insegnamento del docente inadempiente.

#### Art. 8.

##### *(Durata e rinnovo dell'abilitazione all'incarico di insegnamento)*

1. L'abilitazione all'insegnamento del personale ospedaliero ha la durata di cinque anni; decorso tale termine il personale ospedaliero può richiedere il rinnovo della suddetta abilitazione.

2. Gli incarichi di insegnamento sono rinnovati annualmente.

3. Insieme alla domanda di rinnovo, i candidati presentano una relazione sull'attività didattica svolta, sui risultati ottenuti, in particolare per quanto riguarda le conoscenze, le competenze e le capacità professionali acquisite dai discenti, nonché il programma didattico che intendono svolgere per l'anno successivo.

## Art. 9.

*(Copertura finanziaria)*

1. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 4, pari a lire 200 milioni annue a decorrere dal 1999, si provvede per gli anni 1999 e 2000 mediante utilizzo delle proiezioni per gli anni medesimi dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998-2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno finanziario 1998, allo scopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

2. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.



