

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **ROSSANDA, PAPALIA, ARGIROFFI, BELLINZONA, CARLASSARA, CHIARANTE, CIACCI, CONTERNO DEGLI ABBATI, GROSSI, MAFFIOLETTI, MERZARIO, MODICA, RUHL BONAZZOLA, SALVUCCI, TEDESCO TATO e CANETTI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 FEBBRAIO 1981

Istituzione delle scuole di medicina

ONOREVOLI SENATORI. — Da molti anni sono riconosciute da tutti la necessità e l'urgenza di una riforma degli studi medici e in genere di tutto il processo di formazione del personale sanitario. Le motivazioni sono di vario tipo: sociale, etico, economico oltre che tecnico. Occorre infatti un nuovo tipo di medico adeguato ad una moderna concezione che rifiuta la medicalizzazione della società ponendovi in contrapposizione una vera socializzazione della medicina.

In passato il ruolo del medico è sempre stato congeniale a quello della società che lo ha prodotto. Oggi, in tutti i Paesi occidentali, per motivi a volte diversi, ma convergenti, si sono create situazioni e una coscienza sanitaria sociale che hanno « spiazzato », per così dire, il medico dalla sua prospettiva tradizionale, rendendone ruolo e funzioni inadeguati ai nuovi bisogni: all'esigenza cioè di anteporre al concetto di cura delle malattie quello di tutela della salute. A questa nuova visione della medicina si è giunti in Italia grazie soprattutto alle lotte del movimento dei lavoratori per la salute

nelle fabbriche. In altri Paesi industrializzati le motivazioni sono quasi esclusivamente di carattere economico. Uno sviluppo tecnologico, di media portata, orientato verso la diagnosi e la cura delle malattie, ha svuotato progressivamente la figura del medico come operatore sociale, trasformandolo in uno strumento tecnico, più o meno specializzato, più o meno efficiente. Ora ci si rende conto che questo strumento e la medicina che ne deriva sono troppo costosi, poco produttivi: bisogna quindi cambiare i modelli della medicina e del suo principale erogatore. È significativo che proprio in Paesi dove la medicina diagnostica e curativa ha raggiunto i più elevati gradi di perfezionamento tecnico, quali gli USA e il Canada, si vadano scoprendo forme di medicina socializzata con finalità esclusivamente economiche.

In Italia a questa carenza concettuale della formazione del medico si aggiungono le insufficienze derivanti dal fallimento dell'insegnamento medico anche nei suoi contenuti più tradizionali.

Riteniamo più che mai necessario denunciare ancora una volta colpe e inadempienze, non per combattere battaglie di retrovia, ma perchè proprio dai responsabili di questa bancarotta provengono ancora sia le resistenze più tenaci ad una reale riforma degli studi medici, sia tentativi gattopardeschi di razionalizzare e consolidare un sistema superato e irrecuperabile.

Le carenze quantitative e/o qualitative delle strutture e degli insegnanti nelle Facoltà mediche sono una realtà; ma tutti sappiamo che cattedre ed insegnamenti universitari sono stati spesso istituiti non per esigenze didattiche reali, ma per motivazioni personali, senza che si tenesse alcun conto dell'esistenza di strutture adeguate, nè, soprattutto, delle esigenze sanitarie della popolazione.

Ai danni provocati all'insegnamento e alla ricerca si sono aggiunti quelli non meno gravi prodotti dalla istituzione di reparti universitari con finalità assistenziali al di fuori o in contrasto con ogni tipo di programmazione sanitaria.

Si è prodotto così uno scontro, una conflittualità quasi permanente, tra le facoltà mediche e la realtà del territorio cui tali facoltà sono in definitiva destinate. Spesso da questa conflittualità derivano gli ostacoli più difficili alla realizzazione dei piani socio-sanitari ed alla regolamentazione dei rapporti tra Università e Regioni.

Il permanere di una situazione di questo tipo può avere, come i fatti stanno a volte dimostrando, conseguenze disastrose sulla attuazione di alcune fondamentali leggi dello Stato, prima fra tutte la riforma sanitaria.

Se il tipo di medico prodotto dalle facoltà non cambia, se non cambia il rapporto tra facoltà e territorio, altri problemi, all'apparenza marginali, quali la irrazionale distribuzione dei medici e delle strutture sanitarie, l'assenteismo e i suoi riflessi sulla produttività, rischiano di aggravarsi ulteriormente. Inoltre, in certe proposte di « riforma » delle facoltà di medicina da qualche parte si continua ad ignorare che una vera riforma deve seriamente considerare come la Sanità, gestita da una medicina vecchia e dequalificata, oggi rappresenti un vasto

settore di sottoccupazione e di spreco, con conseguenze economiche importanti anche su altri aspetti della vita del Paese.

L'aumento progressivo e incontrollato del numero dei medici costituisce un altro motivo urgente per una riforma della Facoltà di medicina. Le cifre sono ormai divenute un luogo comune; in Italia abbiamo, nel giugno 1978, 143.695 medici corrispondenti a uno ogni 394 abitanti. (Censimento dei medici italiani al 30 giugno 1978, a cura della Federazione nazionale degli ordini dei medici Roma, 1979). A fine 1979, si sarebbe arrivati a 164.555 pari a uno ogni 346 cittadini (*Il Medico d'Italia*, n. 13-14, 11-20 marzo 1980).

La loro distribuzione non è omogenea, vi è scarsità nelle campagne e in alcune province, un eccesso nelle grandi città dove stanno sorgendo movimenti di protesta contro la disoccupazione, alcuni dei quali con una preoccupante connotazione corporativa, mentre si aggrava il fenomeno della dequalificazione del lavoro del laureato, ridotto talvolta a prestazioni saltuarie di guardia.

Da ogni parte si chiede una programmazione degli accessi, anche se in realtà spesso ciò che si invoca è un vero numero chiuso, e al di là di esteriori motivazioni, l'obiettivo sembra essere più quello di ristabilire un equilibrio di mercato in pericolo che quello di migliorare la qualità della formazione.

È impensabile che una soluzione tecnicamente corretta e socialmente equa possa essere trovata senza un esame approfondito che vada bene oltre semplici aspetti sanitari, senza avere contestualmente affrontato il problema della formazione del personale paramedico, senza chiari punti di riferimento di programmazione regionale.

Inoltre, qualsiasi proiezione programmatica non può prescindere da una sperimentazione, possibile solo su basi regionali, che tenga conto dei cambiamenti profondi cui è destinato il tipo di prestazione sanitaria, mutamenti dovuti non solo a nuovi modelli di medicina, ma anche allo sviluppo di nuove tecnologie di prevenzione, diagnosi e cura, a una diversa organizzazione dei servizi, a variazioni dello spettro delle malattie.

Altra difficoltà è rappresentata dalla evoluzione del rapporto tra specialità, medicina di base, assistenza paramedica. È chiaro oggi ovunque che la programmazione deve moderare l'eccesso di specializzazione, e riaffermare il ruolo fondamentale della medicina di base e la necessità di un personale paramedico più numeroso e più qualificato.

La programmazione degli accessi infine deve avere basi socialmente eque. Non si tratta di proposizioni demagogiche: oggi solo il 14 per cento degli iscritti a medicina proviene dagli strati sociali meno privilegiati. Questo comporta ovviamente una composizione elitaria della classe medica in chiaro contrasto con il carattere di operatore sociale che al medico si richiede, al tempo stesso accentuando la frattura esistente tra medici e restante personale sanitario, paramedici in particolare.

Nello stato attuale, le facoltà mediche vengono meno ad un altro loro compito fondamentale: la ricerca scientifica. Mentre da un lato tutti si dicono d'accordo sul pericolo del colonialismo tecnologico e culturale in cui incorrono i Paesi dove la ricerca è abbandonata, mentre si rendono evidenti tutti i giorni i rischi per la popolazione derivanti dalla mancata prevenzione, d'altra parte nulla viene fatto per rivitalizzare questa ricerca, dando ad essa nuovi stimoli, nuovi contenuti mediante un confronto diretto con la realtà del territorio.

Per essere veramente tale, la riforma degli studi medici, quindi, non può essere considerata un provvedimento semplicemente tecnico, ma un fatto di grande portata culturale e sociale, agganciato e compenetrato al processo di trasformazione globale del Paese.

Perché ciò possa avvenire sono indispensabili punti di riferimento precisi: alcuni, come la istituzione del servizio sanitario nazionale, sono già presenti; nel primo periodo di avviamento pratico sono emerse difficoltà e resistenze di ogni genere, ma anche indizi della potenzialità di trasformazione insita nel progetto di riforma.

È stata anche approvata la legge-delega per il riordino della docenza universitaria cui sono seguiti i relativi decreti delegati di

attuazione. Questi aprono qualche spiraglio al rinnovamento degli ordinamenti didattici e di governo, ma con eccessiva timidezza, che fa temere un futuro di immobilismo proprio là dove occorrerebbe una volontà dinamica di adeguamento alle nuove condizioni. In particolare, nella loro applicazione a medicina, legge e decreti non risolvono nodi essenziali quali:

il meccanismo ibrido della retribuzione dei docenti con compiti assistenziali stabilito dalla legge 25 marzo 1971, n. 213;

la definizione dei rapporti tra attività assistenziale e attività didattica e scientifica nelle cliniche universitarie e dei relativi obblighi dei docenti;

la sottrazione agli organismi responsabili dei servizi delle unità sanitarie locali di ogni possibilità di scelta dei dirigenti di servizi assistenziali, quando si tratta di docenti.

Le facoltà di medicina si configurano così ancora come corpi separati, male innestati nel servizio sanitario, tendenti ad occuparlo più che ad arricchirlo e fecondarlo.

Persistono inoltre casi di diverso stato giuridico di persone che svolgono un uguale lavoro (personale non docente dei policlinici e degli ospedali clinicizzati), fonti di controversia sulle responsabilità di spesa e di gestione, contraddizioni non risolte, ma piuttosto cristallizzate nelle convenzioni previste dall'articolo 39 della legge di riforma sanitaria.

Non si intravede d'altronde una soluzione vicina in una più radicale riforma della università, che anzi la legge delega tende a rinviare di almeno quattro anni, quando cioè si farà la verifica delle esperienze oggi, forse, avviate.

Sembra perciò ragionevole proporre subito un progetto di modifica dell'ordinamento delle facoltà di medicina, che affronti i temi improrogabili del rapporto giuridico tra università e servizio sanitario nazionale.

Non è pensabile una piena realizzazione della riforma sanitaria senza che si formi una fascia di docenti interamente impegnati nel compito didattico e di ricerca in rapporto alle esigenze del servizio pubblico, che

sia cioè sottratta alle distrazioni imposte dalla attività libero-professionale. In medicina infatti è difficile sostenere che la libera professione sia occasione di arricchimento culturale indispensabile alla formazione dell'insegnante, potendosi trovare nel sistema pubblico un vastissimo materiale casistico e tutti gli strumenti necessari. In medicina occorre perciò incentivare maggiormente il tempo pieno dei docenti, e ciò non può essere fatto senza modificare l'attuale meccanismo di retribuzione.

Solo nel quadro di una trasformazione istituzionale delle facoltà, che devono essere maggiormente collegate alla realtà territoriale e al contempo più libere di definire i propri ordinamenti pur nell'ambito di linee valide per tutta la nazione, potrà ravvivarsi la ricerca e insieme crearsi il terreno favorevole a una programmazione reale, non solo formale, dei corsi e degli accessi allo studio.

Nel programma di trasformazione istituzionale delle facoltà di medicina, può trovare posto anche un impulso a coinvolgere maggiormente nella didattica e nella produzione scientifica quel complesso di istituzioni che fuori, talvolta in concorrenza con le facoltà di medicina, svolgono attività di ricerca biomedica. La odierna frammentazione e separazione degli ordinamenti non aiuta la comunicazione tra i vari settori di ricerca, fa sì che un importante patrimonio culturale non sia utilizzato nell'aggiornamento e nella specializzazione dei medici e dei tecnici, favorisce infine la formazione di gruppi di potere con tendenza a drenare in modo incontrollabile risorse nazionali.

Il presente progetto di istituzione delle scuole di medicina si fonda sul principio che la istruzione superiore in campo sanitario, articolata in corsi di laurea, di diploma e dottorato di ricerca, si svolge nel servizio sanitario nazionale, ed è soggetta a procedimenti di programmazione a livello nazionale e regionale nel rispetto delle competenze dei rispettivi livelli istituzionali (Titolo I, articoli 1-3).

Nell'articolo 1 viene identificata la funzione delle scuole di medicina, prodotto di conversione e trasformazione delle attuali facoltà di medicina delle università, cui spettano

in piena autonomia il compito specifico di formare i medici e i dentisti, oltre a quelli di formazione di tecnici diplomati, di aggiornamento, ricerca e specializzazione, che possono anche essere svolti, in collegamento con le scuole, in presidi del servizio sanitario nazionale o enti pubblici di ricerca.

Questo riconoscimento di specifiche funzioni non mette in discussione le funzioni didattiche e scientifiche riconosciute all'intero servizio sanitario dalla legge di riforma.

Anzi all'articolo 2 si prevede che i corsi di diploma, specializzazione e dottorato di ricerca siano istituiti anche al di fuori delle scuole, in presidi del servizio sanitario o enti di ricerca dotati di requisiti sufficienti e stabiliti a livello nazionale. Questa norma è in armonia con la proposta di legge n. 969 « Nuovo ordinamento delle scuole di specializzazione medico-chirurgiche » presentato dai deputati Brusca ed altri, che ha già cominciato il suo iter legislativo alla Camera dei deputati.

L'articolo 3 definisce i limiti della potestà di programmazione attribuita alle Regioni, in conformità con i principi di ordinamento dello Stato.

Nel Titolo II (Struttura e governo delle scuole di medicina), all'articolo 4 il dipartimento è indicato come struttura fondamentale delle scuole, nelle quali si esplica la loro autonoma capacità di governo, basata sul confronto tra diverse competenze e sul lavoro interdisciplinare.

In questa sede sono prese le decisioni principali già affidate alle facoltà, tra le altre anche la distribuzione tra i singoli docenti delle attività assistenziali, di insegnamento e di ricerca. Tale norma integra il principio già enunciato nell'articolo 2, secondo il quale gli organici medici dei dipartimenti con funzioni assistenziali sono aumentati rispetto a quello delle corrispondenti unità solo assistenziali del servizio sanitario nazionale, per dare spazio alla didattica e alla ricerca.

L'ordinamento dei servizi assistenziali rimane tuttavia soggetto alla legislazione regionale.

L'articolo 4 enuncia anche il principio che la funzione didattica è propria, nelle scuole

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

le, della intera *équipe* medica e non di singoli; si vuole con ciò eliminare alcune ibride figure di prestatori di servizi solo assistenziali nell'ambito delle scuole, aprendo invece, come è meglio definito nei successivi articoli 17 e 18, la possibilità di un servizio a termine nelle scuole a medici che vi accedano a scopo di studio, ricerca, specializzazione.

Gli articoli dal 5 al 13 descrivono le funzioni, la composizione e la modalità di nomina degli organi di governo delle scuole, tutti improntati a criteri di rappresentatività già introdotti nell'ordinamento universitario, e le funzioni amministrative che restano di competenza del consiglio di amministrazione dell'università.

Ai consigli di corso (art. 13) sono attribuite funzioni di coordinamento didattico integrative di competenze già attribuite ai dipartimenti.

L'articolo 14, sugli statuti, contiene la norma sul controllo, attribuito ai Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sulle deliberazioni delle scuole che concernono gli ordinamenti.

Come per altre forme di controllo, è stabilito un limite di tempo per l'approvazione.

Nel Titolo III (Stato giuridico del personale e amministrazione dei beni) gli articoli dal 15 al 19 prescrivono che lo stato giuridico del personale delle scuole di medicina è quello del rimanente personale del servizio sanitario nazionale, con le seguenti eccezioni:

i docenti e ricercatori con compiti assistenziali sono soggetti al doppio reclutamento, quello del servizio sanitario nazionale, e quello universitario;

i docenti di aree disciplinari comuni a facoltà universitarie possono passare dalle scuole alle facoltà universitarie e viceversa;

i docenti sono tenuti al tempo pieno all'atto dell'assunzione in ogni nuovo ruolo. Questa norma tende a realizzare la progressiva generalizzazione del tempo pieno;

la retribuzione dei docenti è demandata alla contrattazione e non è comunque infe-

riore a quella del corrispondente personale del servizio sanitario nazionale;

è favorita la mobilità per motivi di studio;

si introduce la retribuzione degli iscritti a corsi di specializzazione.

Questo complesso di norme tende a consolidare un ampio corpo docente non precario, favorendo al contempo una certa mobilità per servizi finalizzati alla specializzazione, al perfezionamento e alla ricerca.

Gli articoli 20 e 21 definiscono i rapporti amministrativi tra scuole di medicina e unità sanitarie locali. I principi sono i seguenti:

la proprietà dei beni e la responsabilità della loro gestione sono attribuite ai comuni e alle USL;

gli organi di governo delle USL sono integrati con rappresentanti dei docenti ai fini del coordinamento delle funzioni, in misura da definire dalla Regione, e comunque tale da non esautorare i componenti altrimenti designati.

Il Titolo IV (Ordinamento didattico) elenca i titoli di studio che sono attribuiti dalle scuole di medicina (art. 22) e le norme per la istituzione, la durata e l'ordinamento dei corsi (artt. 23 e 24).

L'articolo 25 contiene in sintesi i principi del riordino dei corsi, i contenuti formativi del primo anno di corso comune alle lauree e ai diplomi.

Si vuole con ciò stabilire l'esigenza di sopprimere le barriere oggi esistenti tra lauree e diplomi, di introdurre anche nei corsi di laurea l'obbligo di tirocinio pratico elementare, di integrare nozioni teoriche e pratiche lungo tutto l'itinerario formativo.

L'accesso al primo anno comune dei corsi di laurea e diplomi è libero, ma vi è uno sbarramento tra primo e secondo anno, che dipende dalle disponibilità di posti programmati, e dal giudizio di scrutinio espresso dai docenti e dalle guide di tirocinio (art. 26) con norme in favore di operatori sanitari e sottoscrittori di contratti di formazione. Norme per una seconda valutazione, per il

trasferimento tra scuola e scuola, per il rientro in corsi affini delle scuole e delle università (artt. 27 e 28) si propongono di attenuare la rigidità della chiusura senza derogare al principio della programmazione, della quale si definiscono le procedure nell'articolo 29.

L'articolo 30 propone il nuovo ordinamento dei corsi di laurea in medicina, esprimendo l'esigenza di riaggregare insegnamenti come la patologia, la medicina, la chirurgia, oggi artificiosamente spezzettati, e di finalizzarne l'insegnamento alla formazione di un medico di base più colto e più versatile, di ampliare e rendere obbligatorie materie fino ad oggi considerate di competenza delle scienze umane, come la storia della scienza e della medicina, la psicologia e la sociologia; questo indirizzo — unito al maggior peso dato alla epidemiologia — dimostra la volontà di introdurre nella formazione di tutte le figure professionali sanitarie e in particolare in quella del medico una componente non strettamente tecnica, ma indirizzata a sensibilizzarle alle esigenze della collettività e alla ricomposizione della persona umana come oggetto di attenzione e cura.

L'articolo 31 propone il nuovo ordinamento dei corsi di laurea in odontoiatria, ispirato nella sua specificità ad analoghi principi.

Una deroga al numero programmato è prevista per studenti stranieri (art. 32), cui si applicano gli accordi comunitari e norme differenziate a seconda che si tratti di Paesi sviluppati o in via di sviluppo.

Gli articoli 33 e 34 si riferiscono al dottorato di ricerca, con rinvio alle norme approvate per l'università, e ad altre attività didattiche della scuola.

Nel Titolo V (Diritto allo studio) l'articolo 35 parifica le scuole di medicina alle università per quanto riguarda le attuali provvidenze, mentre l'articolo 36 attribuisce alle Regioni il compito di legiferare sui contratti di formazione, formula che si propone per assicurare realmente il diritto allo studio, indipendentemente dalle condizioni economiche, in corsi che richiedono praticamente il pieno impegno degli studenti.

Secondo uno schema già in uso in Francia nella « Educazione nazionale » si propone alle Regioni la possibilità di assicurarsi il servizio dei nuovi laureati e diplomati per tre anni dopo l'acquisizione del titolo: tre anni sono il periodo di tirocinio richiesto dalle norme sullo stato giuridico dei medici dipendenti del servizio sanitario nazionale prima di essere ammessi al ruolo.

Per incentivare l'accettazione di impieghi in sedi disagiate si propone nell'articolo 37 l'esenzione dal servizio di leva.

Gli articoli 38 e 39 contengono norme per l'apertura agli studenti di ulteriori spazi di partecipazione e iniziativa.

Infine, gli articoli dal 40 al 43 contengono norme transitorie e finali per il trasferimento dei beni, del personale e per assicurare alle scuole di medicina il diritto al riparto di fondi per la ricerca già attribuiti alle facoltà di medicina.

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO I

FUNZIONI E PROGRAMMAZIONE
DELLE SCUOLE DI MEDICINA

Art. 1.

(Funzioni delle scuole di medicina)

I compiti di istruzione superiore e ricerca scientifica delle facoltà di medicina delle università statali sono trasferiti alle scuole di medicina ordinate dalla presente legge.

Le scuole di medicina sono soggette all'ordinamento universitario per quanto non disposto dalla presente legge, godono di autonomia nella definizione dell'ordinamento didattico e dei programmi di ricerca e sono soggette all'ordinamento dei servizi sanitari definito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, per quanto concerne l'attività assistenziale.

Le scuole di medicina collaborano tra di loro, con le facoltà universitarie, con i presidi del servizio sanitario nazionale e con gli enti pubblici di ricerca per lo svolgimento dell'attività didattica e scientifica.

I corsi di laurea di cui ai successivi articoli 30 e 31 si svolgono presso le scuole di medicina.

I corsi di diploma, specializzazione o dottorato di ricerca di cui al successivo articolo 22 possono svolgersi nelle sedi delle scuole di medicina o essere da queste assegnati a presidi del servizio sanitario nazionale o enti pubblici di ricerca che ne abbiano i requisiti ai sensi del secondo comma, lettera l), dell'articolo 2 e nei limiti stabiliti dal piano triennale delle scuole di medicina.

Art. 2.

(Piano triennale delle scuole di medicina)

Al fine di stabilire le linee di adeguamento della formazione del personale sanitario

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ai compiti istituzionali del servizio sanitario nazionale, il Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, formula piani triennali delle scuole di medicina che vengono approvati dal Parlamento simultaneamente ai piani sanitari nazionali.

Il piano delle scuole di medicina definisce in modo vincolante:

a) l'istituzione, la soppressione e la riorganizzazione di scuole di medicina;

b) l'istituzione di corsi di laurea;

c) l'istituzione di corsi di dottorato di ricerca;

d) gli indirizzi e le priorità per la istituzione di corsi di diploma e per la istituzione di corsi di specializzazione e perfezionamento;

e) i criteri per la formazione degli organici del personale nei servizi sanitari definiti come sede di scuole di medicina, e in particolare i limiti minimi e massimi della maggiorazione di organico delle unità assistenziali, in funzione dei loro compiti di didattica e di ricerca e dell'adeguamento dell'orario dovuto da ciascun docente per i compiti assistenziali;

f) gli indirizzi di sviluppo della ricerca biomedica finalizzata e la quota di finanziamento della ricerca biomedica destinata ai progetti finalizzati;

g) i criteri di riparto dei fondi per la ricerca biomedica destinati alle scuole di medicina e la loro suddivisione in ciascun anno di validità del piano;

h) gli indirizzi per gli investimenti in opere edilizie destinate alle scuole di medicina, fermi restando i vincoli stabiliti dal piano sanitario nazionale e dai piani sanitari regionali agli investimenti in presidi assistenziali;

i) gli *standards* qualitativi e quantitativi richiesti per lo svolgimento di corsi di laurea;

l) gli *standards* qualitativi e quantitativi richiesti per lo svolgimento di corsi di diploma, specializzazione e dottorato di ricerca.

Nella definizione degli *standards* di cui al punto *i*) del precedente comma devono comunque essere rispettati i seguenti principi:

1) le scuole devono consentire l'insegnamento integrato delle materie di base e delle materie cliniche col minimo di dispersione delle sedi didattiche;

2) ciascuna scuola deve includere almeno un ospedale dotato di reparti di degenza e servizi adeguati all'insegnamento teorico-pratico di tutte le materie cliniche elencate nel successivo articolo 30;

3) nelle sedi dei corsi devono essere disponibili spazi per attrezzature didattiche, di studio e di ricerca e per i servizi necessari a garantire il diritto allo studio.

Nelle definizioni degli *standards* di cui al secondo comma, lettera *D*), del presente articolo, deve essere comunque stabilito che sede del corso è un dipartimento sia esso proprio delle scuole di medicina, di un presidio del servizio sanitario nazionale o di un ente pubblico di ricerca.

I progetti di piano delle scuole di medicina sono sottoposti al parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio sanitario nazionale, i quali possono formulare proposte per la sua redazione.

In sede di prima applicazione della presente legge il piano delle scuole di medicina è presentato al Parlamento entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e ha validità per la durata del primo piano sanitario nazionale.

Fino all'approvazione del primo piano delle scuole di medicina di cui al precedente comma non è consentita la istituzione di scuole di medicina, corsi di laurea in medicina e odontoiatria e corsi di specializzazione in materie mediche.

Art. 3.

(Attribuzioni delle Regioni)

I consigli regionali:

a) possono formulare proposte per la redazione del piano triennale delle scuole di medicina;

b) esprimono parere sulla istituzione di scuole nel proprio ambito territoriale e sulla loro localizzazione nel territorio regionale;

c) forniscono indicazioni sulle priorità di istituzione di corsi di laurea, diploma e specializzazione, motivandole in rapporto a specifiche esigenze di servizio alla popolazione;

d) rilevano il fabbisogno di laureati, diplomati e specialisti nella Regione ai fini della programmazione dei posti di cui ai successivi articoli 26 e 29;

e) propongono convenzioni tra le scuole di medicina e il Ministero della pubblica istruzione per l'uso di personale e presidi delle scuole nei programmi teorico-pratici dell'indirizzo biologico-sanitario della scuola secondaria superiore; fino all'attuazione della riforma della scuola secondaria superiore, propongono convenzioni con le scuole per infermieri e tecnici sanitari della Regione;

f) propongono la stipula di convenzioni tra le scuole di medicina e le facoltà universitarie e gli istituti scientifici e di ricerca esistenti in ambito regionale ai fini di promuovere lo sviluppo di attività di ricerca o consulenza tecnica di pubblico interesse relative al territorio e finalizzate al miglioramento delle condizioni ambientali e di salute della popolazione;

g) assumono iniziative per il diritto allo studio ai sensi dei successivi articoli 35, 36 e 37.

TITOLO II

STRUTTURA E GOVERNO DELLE SCUOLE DI MEDICINA

Art. 4.

(Principi di ordinamento delle scuole di medicina)

Le scuole di medicina sono costituite da dipartimenti.

L'attività assistenziale dei dipartimenti è soggetta alle disposizioni delle leggi regionali sull'ordinamento dei servizi sanitari.

Il personale medico delle scuole di medicina è costituito da docenti, ricercatori, oppure medici specializzandi, dottorandi, o comandati per perfezionamento, studio o ricerca.

Le attività assistenziali sono distribuite tra i medici nel rispetto dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale e delle esigenze didattiche e di ricerca. I programmi di distribuzione delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali tra i medici sono approvati dai consigli di dipartimento.

Art. 5.

(Organi delle scuole di medicina)

Sono organi delle scuole di medicina:

- il presidente;
- i consigli di dipartimento;
- i consigli di corso.

In ogni scuola è istituita una assemblea scolastica, composta da tutti i docenti e i ricercatori della scuola di medicina e da una rappresentanza del personale non docente e degli studenti, da nominarsi secondo le modalità stabilite dallo statuto.

L'assemblea scolastica elegge il presidente tra il personale docente a tempo pieno, a maggioranza assoluta di voti, dopo una discussione sul programma didattico e di ricerca, discute annualmente la relazione generale del presidente ed esprime parere sul piano di cui al successivo articolo 9.

Art. 6.

(Il presidente)

Il presidente coordina l'attività dei dipartimenti e dei consigli di corso, rappresenta la scuola di medicina presso il consiglio di amministrazione dell'università e svolge le funzioni dei presidi di facoltà universitarie per tutto quanto non contemplato dalla presente legge.

Spetta al presidente:

- convocare e presiedere l'assemblea scolastica;

promuovere riunioni congiunte dei consigli di dipartimento e di corso;

ratificare le deliberazioni dei consigli di dipartimento e dei consigli di corso;

proporre al comitato di gestione della unità sanitaria locale competente per territorio gli organici del personale non docente e richiederne l'assunzione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Il presidente dura in carica tre anni, non può essere immediatamente rieletto ed è posto in congedo retribuito per la durata del suo mandato.

Art. 7.

(Funzioni del consiglio di amministrazione dell'università)

Le attività didattiche e scientifiche delle scuole di medicina sono amministrate dai consigli di amministrazione delle università presso le quali le scuole sono istituite, i quali si avvalgono del personale amministrativo e degli uffici già funzionanti per le facoltà di medicina soppresse ove queste esistevano.

Il consiglio di amministrazione dell'università:

a) delibera lo statuto di cui all'articolo 14 della presente legge e le sue eventuali modificazioni;

b) approva il bilancio preventivo e il conto consuntivo delle scuole di medicina e ne invia copia al comitato di gestione della unità sanitaria locale nella quale la scuola ha sede;

c) delibera gli acquisti di beni finalizzati alla didattica e alla ricerca proposti dai dipartimenti, e ne dà comunicazione al comitato di gestione della unità sanitaria locale per i provvedimenti di cui all'articolo 20 della presente legge;

d) ratifica e iscrive nello statuto la delimitazione dei dipartimenti proposti dalla commissione di cui all'articolo 9 ed eventuali modificazioni proposte dai consigli di di-

partimento interessati, sentiti tutti i consigli di dipartimento;

e) ripartisce le quote dei proventi sull'attività non assistenziale svolta dai dipartimenti;

f) stipula le convenzioni per l'insegnamento e la ricerca proposte dal presidente della scuola su richiesta dei consigli di dipartimento;

g) stipula i contratti di insegnamento integrativo proposti dal presidente della scuola su richiesta dei consigli di dipartimento;

h) ratifica e iscrive nello statuto gli ordinamenti didattici proposti dal presidente su richiesta dei consigli di corso e loro eventuali modificazioni;

i) stabilisce, su richiesta dei dipartimenti ratificata dal presidente della scuola, la ripartizione dei posti di docente tra le singole unità;

l) procede alla chiamata dei docenti su proposta dei dipartimenti ratificata dal presidente della scuola;

m) delibera il riparto fra i dipartimenti dei fondi assegnati per la ricerca.

Art. 8.

(I dipartimenti)

I dipartimenti assicurano il coordinamento interdisciplinare dell'attività svolta nella scuola di medicina, nel rispetto della libertà di insegnamento, di studio e di ricerca di ciascun docente, ricercatore, studioso o discente; favoriscono le iniziative culturali nel rispetto della uguaglianza di diritti di tutti coloro che operano al loro interno; contemperano le esigenze di autonomo sviluppo culturale con il compito istituzionale di istruzione prevalentemente finalizzata all'interesse collettivo di tutela della salute.

I dipartimenti possono svolgere piani di studio e di ricerca in comune con altri dipartimenti dell'università, di enti pubblici di ricerca e di presidi del servizio sanitario nazionale.

Art. 9.

(Costituzione dei dipartimenti)

Nella prima applicazione della presente legge, entro 60 giorni dalla sua entrata in vigore, i presidi delle facoltà di medicina convocano commissioni per la costituzione dei dipartimenti, formate da 3 docenti ordinari o straordinari, 3 docenti associati, 2 ricercatori, 2 dottorandi, 2 studenti, eletti dalle rispettive categorie.

Le commissioni formulano entro 90 giorni un piano di aggregazione delle strutture didattiche di nuova istituzione, o già presenti nelle facoltà di medicina, in dipartimenti secondo principi di ampia convergenza di competenze interdisciplinari e di precisa caratterizzazione di ciascun dipartimento ai fini dell'insegnamento e della ricerca.

I dipartimenti delle scuole di medicina possono includere unità didattiche o di ricerca appartenenti a facoltà universitarie o ad enti pubblici di ricerca.

Il piano di costituzione dei dipartimenti è approvato dal consiglio di amministrazione della università, dopo essere stato sottoposto all'assemblea scolastica, di cui all'articolo 5 della presente legge, che esprime parere consultivo. Il consiglio di amministrazione vigila sull'aderenza del piano ai fini enunciati nell'articolo 8 della presente legge. La delibera istitutiva dei dipartimenti è iscritta nello statuto della scuola.

Successive modificazioni della composizione dei dipartimenti sono approvate e iscritte nello statuto dal consiglio di amministrazione dell'università, su proposta dei consigli di dipartimento interessati, ratificata dal presidente della scuola, sentiti tutti i consigli di dipartimento.

All'atto della istituzione di una nuova scuola di medicina, la composizione dei dipartimenti è descritta nella legge istitutiva della scuola, e viene sottoposta a verifica dopo due anni di attività della scuola stessa, con la procedura di cui al comma precedente.

Art. 10.

(Assemblea del dipartimento)

L'assemblea del dipartimento è composta dal personale docente, non docente e dagli studenti della scuola che afferiscono al dipartimento stesso.

L'assemblea è convocata una volta all'anno per il rendiconto delle attività svolte e la discussione del programma dell'anno successivo e, in via straordinaria, dal consiglio di dipartimento che ne propone l'ordine del giorno.

L'assemblea elegge il consiglio di dipartimento di cui all'articolo 11.

Art. 11.

(Il consiglio di dipartimento)

Il consiglio di dipartimento è costituito da tutti i docenti assegnati al dipartimento stesso e da un numero complessivamente uguale di rappresentanti del personale non docente e di ricercatori, specializzandi, dottorandi e studenti, eletti dall'assemblea del dipartimento assicurando la rappresentanza di ciascuna categoria.

Il consiglio di dipartimento:

a) elegge tra i professori di ruolo a tempo pieno, all'atto del suo insediamento, il direttore e si dà un regolamento interno;

b) approva il piano di attività didattica, di ricerca e di gestione finanziaria del dipartimento, adottando le necessarie decisioni sul modo di utilizzare i fondi messi a disposizione dal consiglio di amministrazione;

c) formula al presidente della scuola le richieste per il personale non docente e le proposte per la chiamata dei docenti;

d) approva i programmi di distribuzione delle attività didattiche, scientifiche e assistenziali di cui all'articolo 4 della presente legge;

e) propone l'utilizzo di unità assistenziali della unità sanitaria locale non incluse nella scuola di medicina ai fini del tirocinio e di insegnamenti integrativi;

f) propone al presidente della scuola la stipula di contratti di insegnamento integra-

tivo secondo le norme vigenti per la docenza universitaria.

Le riunioni del consiglio di dipartimento sono pubbliche; le sue deliberazioni vengono trasmesse dal presidente della scuola al consiglio di amministrazione dell'università e sono affisse all'albo del dipartimento per la durata di una settimana.

Il consiglio di dipartimento dura in carica tre anni.

Art. 12.

(Il direttore del dipartimento)

Il direttore del dipartimento cura la preparazione e l'esecuzione delle decisioni del consiglio di dipartimento, convoca e presiede l'assemblea e il consiglio di dipartimento, rappresenta il dipartimento anche nei confronti di terzi, presiede allo svolgimento delle attività didattiche, scientifiche e amministrative in collaborazione con il consiglio di dipartimento.

Il direttore di dipartimento dura in carica tre anni, non può essere rieletto più di una volta, e può essere revocato qualora una mozione di sfiducia motivata presentata nei suoi confronti raccolga la maggioranza assoluta del consiglio di dipartimento.

Art. 13.

(Il consiglio di corso)

Il consiglio di corso è la sede di coordinamento dei piani didattici di ciascun corso di laurea, diploma o specializzazione.

Il consiglio di corso è formato da tutti i docenti del corso e da una rappresentanza di studenti o specializzandi in ragione di due per ciascun anno di corso. Studenti e specializzandi sono eletti annualmente dalle rispettive assemblee di corso.

Il consiglio di corso elegge tra i docenti ordinari o straordinari a tempo pieno il direttore del corso; questo può essere affiancato da un esecutivo, secondo norme stabilite dallo statuto della scuola.

Il direttore dura in carica tre anni.

Il consiglio di corso:

- a) propone l'ordinamento didattico del corso, con particolare riguardo alla progressione e alla successione degli insegnamenti;
- b) approva i criteri cui devono attenersi i piani di studio e tirocinio;
- c) approva i singoli piani di studio e tirocinio;
- d) stabilisce la modalità degli esami di profitto e dell'esame finale del corso, nel rispetto della normativa vigente;
- e) predispone gli schemi dell'insegnamento integrato, avvalendosi dei contributi dei dipartimenti e di enti o istituti convenzionati.

Nel caso di corsi di diploma o specializzazione che si svolgono in dipartimenti diversi da quelli della scuola di medicina, il consiglio di corso si identifica con il consiglio di dipartimento, e direttore del corso è il direttore o coordinatore del dipartimento.

Art. 14.

(*Gli statuti*)

Gli statuti delle scuole di medicina sono deliberati dai consigli di amministrazione delle università nelle quali le scuole sono istituite, e sono soggetti ad approvazione da parte del Ministero della pubblica istruzione e del Ministero della sanità, su parere del consiglio universitario nazionale e del consiglio sanitario nazionale.

Gli statuti si intendono approvati decorsi 90 giorni dalla presentazione della proposta.

Gli statuti possono essere respinti se non conformi alla legislazione vigente.

Gli statuti devono:

- a) indicare i corsi di diploma, di laurea, di specializzazione che si svolgono nella scuola e le modalità di accesso a ciascun corso;
- b) descrivere la composizione e la funzione dei dipartimenti;
- c) stabilire le modalità di designazione delle rappresentanze del personale non docente e degli studenti negli organi di governo delle scuole;
- d) definire le materie di studio per ogni corso e i corrispondenti titoli rilasciati alla fine del corso;

e) descrivere gli ordinamenti didattici di ciascun corso, secondo le proposte dei consigli di corso;

f) descrivere i regolamenti dei dipartimenti, e ogni altra materia necessaria per l'attuazione dei fini istituzionali delle scuole, nell'ambito dell'ordinamento di cui alla presente legge.

TITOLO III

STATO GIURIDICO DEL PERSONALE E AMMINISTRAZIONE DEI BENI

Art. 15.

(Stato giuridico dei docenti)

Il personale docente delle scuole di medicina è reclutato secondo le norme in vigore per i docenti universitari.

I vincitori di concorsi banditi per raggruppamenti disciplinari comprendenti materie insegnate sia nelle scuole di medicina che in facoltà universitarie possono essere chiamati sia dalle scuole di medicina che dalle facoltà.

I docenti e i ricercatori con compiti assistenziali devono preliminarmente acquisire la qualifica corrispondente alla loro funzione assistenziale secondo le norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale; essi sono iscritti in ruoli regionali distinti, che vengono aggiunti a quelli descritti nel decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

In tali ruoli la denominazione del profilo professionale e della posizione funzionale è seguita dalla denominazione del ruolo acquisito per lo svolgimento della funzione docente.

I docenti e i ricercatori assunti in ciascun ruolo dopo l'entrata in vigore della presente legge sono tenuti al tempo pieno.

Per il trasferimento di docenti e ricercatori delle scuole di medicina ad altro ruolo del servizio sanitario nazionale valgono le norme stabilite dagli articoli 41 e 42 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Per il trasferimento di docenti e ricercatori di cui al terzo comma del presente articolo da una scuola di medicina ad un'altra valgono le norme in vigore per i docenti universitari, previo parere del comitato di gestione della unità sanitaria locale di destinazione.

Per quanto non contemplato dal presente articolo si applica ai docenti e ai ricercatori delle scuole di medicina di cui al terzo comma del presente articolo lo stato giuridico in vigore per il personale del ruolo corrispondente del servizio sanitario nazionale.

Art. 16.

(Retribuzione dei docenti e dei ricercatori)

La retribuzione dei docenti e dei ricercatori delle scuole di medicina è stabilita in sede di stipula dell'accordo nazionale di lavoro ai sensi dell'ottavo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Tale accordo può prevedere una maggiorazione retributiva in caso di cumulo di compiti assistenziali particolarmente gravosi e di compiti di didattica e di ricerca.

Art. 17.

(Comandi di studio)

Tra le scuole di medicina e i presidi del servizio sanitario nazionale, possono essere disposti comandi a scopo di studio, ricerca e perfezionamento.

I comandi sono deliberati dal comitato di gestione della unità sanitaria locale dalla quale dipende l'interessato su proposta del consiglio di dipartimento che valuta la richiesta dell'interessato e accerta la disponibilità della scuola o del presidio di destinazione.

Con analoga procedura può essere disposto il comando su richiesta dell'interessato per periodi di studio, ricerca e perfezionamento presso università ed istituti di ricerca italiani e stranieri.

Resta salvo quanto disposto in materia di congedi e aspettative senza assegni dalla normativa vigente sullo stato giuridico del personale del servizio sanitario nazionale.

Art. 18.

*(Norme per gli iscritti
a corsi di specializzazione)*

I dipendenti del servizio sanitario nazionale iscritti a corsi di specializzazione possono essere assegnati o comandati a domanda alla scuola o al presidio sede del corso di specializzazione al quale sono stati ammessi, per tutta la durata del corso stesso.

Ai corsi si accede per concorso pubblico, secondo norme stabilite dallo statuto della scuola su proposta del consiglio di corso.

I non dipendenti che siano stati ammessi al corso ricevono per il periodo di permanenza nel corso il trattamento retributivo spettante ai dipendenti del servizio sanitario nazionale in sede di prima assunzione, nella categoria corrispondente al titolo professionale richiesto per l'ammissione al corso di specializzazione.

La permanenza nei dipartimenti sede di corsi è consentita per un numero di anni corrispondente alla durata del corso, quale iscritta nello statuto della scuola; in via straordinaria tale permanenza può essere protratta per non più di un anno su richiesta dell'interessato.

I periodi di permanenza nei dipartimenti sede di corsi di specializzazione comportano il rispetto degli obblighi dei dipendenti del servizio sanitario nazionale di pari qualifica e non costituiscono rapporto di impiego salvo che per gli specializzandi dipendenti.

Tali periodi sono equiparati al servizio prestato nel servizio sanitario nazionale nella qualifica corrispondente al titolo professionale richiesto per l'accesso al corso.

Tra le scuole di medicina e i presidi del servizio sanitario è consentita la mobilità degli specializzandi, secondo un piano predisposto dai consigli di corso interessati, di intesa con le direzioni sanitarie delle unità sanitarie locali interessate.

Art. 19.

(Personale non docente)

Lo stato giuridico e il trattamento retributivo del personale non docente delle scuo-

le di medicina operante nelle sedi amministrative dalle unità sanitarie locali sono quelli in vigore per il personale del servizio sanitario nazionale.

Al personale operante in uffici, laboratori o altre sedi amministrative dalle università per funzioni proprie delle scuole di medicina e non connesse a compiti assistenziali si applicano lo stato giuridico e il trattamento retributivo del personale dello Stato.

Art. 20.

(Amministrazione dei beni e delle attività assistenziali)

Tutti i beni delle scuole di medicina, compresi quelli acquistati su autonoma deliberazione della università cui la scuola appartiene con fondi ad essa assegnati, sono di proprietà del comune nell'ambito del quale la scuola ha sede e affidati alla gestione della unità sanitaria locale, con vincolo all'uso per i fini istituzionali della scuola.

La manutenzione e i costi di gestione degli edifici e delle attrezzature attribuiti alle scuole di medicina sono a carico della unità sanitaria locale, che riceve a tal fine un apposito incremento di finanziamento.

Qualora gli incrementi di costi previsti per la gestione di una attrezzatura di ricerca siano incompatibili con la quota della quale la unità sanitaria locale dispone al fine suddetto, l'acquisto della attrezzatura da parte della scuola è subordinato all'approvazione della Regione, che provvede ad assicurare alla unità sanitaria locale i fondi necessari per la gestione.

Le norme di cui ai precedenti commi si applicano in ogni caso ai beni mobili ed immobili destinati anche parzialmente ad attività assistenziali.

Beni mobili ed immobili eventualmente destinati ad esclusiva funzione di insegnamento e di ricerca sono di proprietà dell'università e da questa amministrati con fondi e personale propri.

Tutti i costi della attività assistenziale svolta nelle scuole di medicina sono a carico della unità sanitaria locale, che l'ammi-

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nistra secondo i dettami della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e secondo la legge regionale di ordinamento dei servizi.

Art. 21.

(Integrazione degli organi della unità sanitaria locale sede di scuola di medicina)

Il comitato di gestione della unità sanitaria locale sede di scuola di medicina è integrato da un membro designato dal consiglio di amministrazione dell'università su proposta del presidente della scuola, che rimane in carica per la durata in carica del consiglio di amministrazione.

Nell'ufficio di direzione sanitaria della unità sanitaria locale sede di scuola di medicina è introdotta una rappresentanza dei direttori di dipartimento della scuola ai fini del coordinamento delle attività didattiche e di ricerca con quelle assistenziali svolte nei presidi della unità sanitaria locale.

La entità della rappresentanza di cui al precedente comma è stabilita dalla legge regionale e non può in ogni caso eccedere un terzo dei componenti l'ufficio di direzione.

La rappresentanza dei direttori di dipartimento nell'ufficio di direzione della unità sanitaria locale è eletta dai consigli di dipartimento e rimane in carica per tre anni.

TITOLO IV

ORDINAMENTO DIDATTICO

Art. 22.

(Titoli di studio)

Al termine dei singoli corsi le scuole di medicina conferiscono i seguenti titoli di studio, aventi validità su tutto il territorio nazionale:

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) laurea in odontoiatria;
- c) diplomi in tecnologie biomediche;
- d) diploma in tecnica della vigilanza ambientale e della sicurezza del lavoro;

- e) diploma in tecnica della riabilitazione;
- f) diploma in scienze infermieristiche;
- g) diploma in ostetricia;
- h) dottorato di ricerca;
- i) diplomi di specializzazione da conseguire successivamente alla laurea o al diploma.

Ulteriori titoli di studio non previsti dal precedente comma potranno essere istituiti con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, sentiti il consiglio universitario nazionale e il consiglio sanitario nazionale.

Art. 23.

(Istituzione dei corsi)

I corsi di laurea di cui alle lettere *a)* e *b)* del primo comma dell'articolo 22 della presente legge sono istituiti con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, sulla base del piano di cui all'articolo 2 della presente legge.

I corsi di diploma e di specializzazione di cui alle lettere *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)* ed *i)* del primo comma dell'articolo 22 della presente legge sono istituiti dal consiglio di amministrazione dell'università cui la scuola appartiene, sentiti i consigli di dipartimento interessati, sulla scorta degli indirizzi del piano e dei criteri di cui all'articolo 2 della presente legge, in base alle indicazioni stabilite dalle Regioni.

I corsi di dottorato di ricerca di cui alla lettera *h)*, primo comma, dell'articolo 22 della presente legge sono istituiti con decreto del Ministro della pubblica istruzione, di intesa con il Ministro della sanità, sulla base dei criteri stabiliti nel piano di cui all'articolo 2 della presente legge.

Art. 24.

(Durata e ordinamento dei corsi)

I corsi di laurea in medicina e chirurgia hanno la durata di sei anni, quelli in odon-

toiatría la durata di cinque, e sono disciplinati dai successivi articoli 30 e 31.

I corsi di diploma di cui ai punti *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, primo comma, dell'articolo 22 della presente legge hanno durata minima di due anni e sono disciplinati da decreti emanati dal Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il consiglio universitario nazionale.

I corsi di dottorato di ricerca hanno durata di tre anni e sono regolati dal decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

I corsi di specializzazione hanno la durata stabilita dai rispettivi decreti di ordinamento didattico, emanati dal Ministero della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministero della sanità sentiti il Consiglio universitario nazionale e il Consiglio sanitario nazionale nel rispetto delle direttive delle Comunità europee recepite con legge dello Stato.

Ogni università nella quale sia istituita una scuola di medicina delibera l'ordinamento dettagliato dei corsi nel rispetto dei principi contenuti nella presente legge, specificando le modalità previste per la valutazione delle conoscenze acquisite, i vincoli stabiliti alla progressione negli studi, le ulteriori materie di studio facoltative, le modalità per la formazione dei piani di studio individuali. Tali delibere sono sottoposte all'approvazione dei Ministeri della pubblica istruzione e della sanità, sentiti il Consiglio universitario nazionale e il Consiglio sanitario nazionale, e iscritte nello statuto della scuola. Decorsi 90 giorni dalla presentazione delle proposte le delibere si intendono approvate.

Art. 25.

(Ordinamento del primo anno dei corsi di laurea e diploma)

Il primo anno è comune a tutti i corsi di laurea e diploma, ed è dedicato alle seguenti materie di insegnamento:

- a)* biologia;
- b)* fisica e chimica applicate alla fisiologia;

- c) anatomia e fisiologia di base;
- d) matematica, statistica e nozioni di informatica applicate alla epidemiologia (nozioni di base);
- e) nozioni di storia della scienza e della medicina;
- f) nozioni di psicologia e sociologia.

È obbligatoria la frequenza di presìdi del servizio sanitario nazionale, secondo un programma formulato dal presidente con la collaborazione dei docenti del primo anno, e svolto sotto la guida di un docente della scuola. Durante il primo anno gli studenti devono effettuare tirocinio sia di laboratorio che di assistenza diretta sotto la supervisione del personale dei servizi cui sono assegnati.

Fino all'entrata in vigore della riforma della scuola secondaria superiore, l'accesso al primo anno comune dei corsi di laurea e diploma di cui al presente articolo è consentito a tutti coloro che siano in possesso di un diploma di scuola media superiore, o di un diploma di infermiere professionale acquisito mediante corsi triennali successivi a 10 anni di formazione scolastica.

Entro il primo anno di corso ogni studente esprime una opzione principale e almeno due opzioni alternative per i corsi nei quali proseguire gli studi.

Art. 26.

(Accesso al secondo anno dei corsi di laurea e di diploma)

Il Ministero della pubblica istruzione stabilisce ogni anno, entro il 30 aprile, il numero di posti programmati per il secondo anno di ciascun corso, con le procedure di cui al successivo articolo 29.

L'accesso al secondo anno è condizionato al superamento delle prove stabilite dallo statuto della scuola per il primo anno, e allo svolgimento del tirocinio assegnato.

Se per uno o più corsi il numero di coloro che hanno espresso la opzione principale e hanno rispettato le condizioni di cui al precedente comma supera quello programmato, il presidente convoca una com-

missione composta da tutti i docenti ordinari e associati del primo anno di corso e dai docenti responsabili del tirocinio e presieduta dal presidente stesso, per formulare una graduatoria tra gli aspiranti.

Il punteggio della graduatoria è costituito dal voto collegialmente espresso dai docenti, aumentato del 20 per cento per coloro che abbiano svolto una attività lavorativa come infermiere o tecnico sanitario in servizi pubblici per almeno un anno prima della iscrizione alla scuola, e del 10 per cento per i sottoscrittori di un contratto di formazione ai sensi dell'articolo 36 della presente legge.

Ai corsi per il diploma di ostetricia e di scienze infermieristiche sono ammessi in via prioritaria i possessori di diploma di infermiere professionale.

Coloro che siano esclusi dall'accesso al corso per cui hanno espresso la opzione principale potranno, se in regola con le prove di esame e col tirocinio, chiedere il trasferimento a sedi nelle quali esistano disponibilità di posti nel corso richiesto, oppure optare per la prosecuzione degli studi in altro corso per il quale abbiano una opzione alternativa e vi siano posti liberi, nella stessa scuola o in altre.

Le graduatorie vengono pubblicate entro il 5 novembre di ciascun anno; le operazioni di trasferimento si svolgono entro il 30 novembre. A tal fine i presidenti delle scuole organizzano un servizio straordinario di segreteria per assistere gli studenti nei rapporti con le altre scuole, e assicurano i contatti tra scuole per la reciproca informazione sulle disponibilità di posti.

Art. 27.

(Norme per seconda valutazione degli esclusi dalla graduatoria)

Gli studenti che al termine del primo anno non sono in regola con le prove di esame e col tirocinio hanno diritto ad iscriversi, limitatamente all'anno accademico successivo a quello frequentato, al primo anno ripetente presso qualunque sede.

Gli studenti che al termine del primo anno, pur essendo in regola con le prove di esame e col tirocinio, non hanno trovato collocazione nelle graduatorie di cui all'articolo 26, possono a richiesta essere sottoposti a una seconda valutazione, per una sola volta, al termine dell'anno accademico successivo a quello di frequenza.

Allo studente in attesa della valutazione di cui al comma precedente è garantito l'accesso alla attività didattica e di tirocinio del primo anno di corso.

Art. 28.

(Norme di rientro)

Gli studenti, i laureati e i diplomati che facciano richiesta di trasferimento a corsi universitari diversi da quelli già frequentati nelle scuole di medicina e aventi materie di insegnamento comuni ai corsi già frequentati possono usufruire delle norme in vigore per il trasferimento tra facoltà universitarie.

Art. 29.

(Procedura di programmazione)

Il numero dei posti nei corsi di laurea, diploma e specializzazione è stabilito annualmente con la seguente procedura.

Entro il 31 dicembre di ciascun anno ogni Regione rileva le proprie esigenze formative sulla base degli indirizzi del piano sanitario nazionale.

I risultati di tale rilevazione vengono trasmessi al Ministero della pubblica istruzione e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Entro il 31 marzo dell'anno successivo, il Ministero della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministero della sanità, calcola il numero di posti disponibili al secondo anno di ciascun corso, tenendo conto delle rilevazioni regionali e del prevedibile tasso di abbandoni, e propone alle università sedi di scuola di medicina la distribuzione dei posti disponibili tra le diverse sedi didattiche.

Il Ministro della pubblica istruzione, emana entro il 30 aprile successivo un decreto contenente l'elenco dei posti disponibili al secondo anno di ciascun corso in tutte le scuole di medicina e ne cura la pubblicazione entro 30 giorni presso tutte le scuole secondarie superiori, le università e le scuole di medicina della Repubblica.

Art. 30.

*(Ordinamento del corso di laurea
in medicina e chirurgia)*

Il corso di laurea in medicina e chirurgia è diviso, dopo il primo anno comune di cui all'articolo 25, in un periodo di due anni di prevalente formazione nelle materie di base, integrate da nozioni cliniche e da un successivo periodo di tre anni di prevalente formazione clinica con approfondimento delle materie di base applicate alla clinica.

Le materie di base comprendono:

- a) anatomia macroscopica e microscopica e fisiologia di organi ed apparati del corpo umano;
- b) biochimica e scienza della nutrizione;
- c) microbiologia ed immunologia;
- d) patologia e fisiopatologia generale;
- e) farmacologia;
- f) epidemiologia, igiene e statistica sanitaria.

Nel periodo di formazione clinica la prevenzione, diagnosi, cura delle malattie, e la riabilitazione del soggetto colpito sono insegnate mediante corsi integrati di:

- a) patologia, inclusiva di anatomia patologica e fisiopatologica;
- b) medicina, inclusiva di fisiologia clinica e farmacologia clinica;
- c) chirurgia ed anesthesiologia;
- d) diagnostica strumentale, riferiti a funzioni, organi ed apparati.

I corsi integrati hanno caratteristica interdisciplinare, possono avere durata varia-

bile da uno a più semestri e includono la frequenza obbligatoria di esercitazioni pratiche.

Sono inoltre obbligatori turni di tirocinio-lavoro nei presidi del servizio sanitario nazionale, da svolgere secondo programmi definiti nei piani di studio individuali, e sotto la guida di docenti della scuola.

I corsi integrati di cui ai precedenti commi devono fornire le nozioni teoriche e le capacità tecniche sufficienti per la esecuzione di prestazioni di base di medicina generale, piccola chirurgia e traumatologia, pronto soccorso, psichiatria, pianificazione familiare, assistenza alla gravidanza e al parto non complicato e cura del bambino nella prima infanzia e nella età evolutiva.

A tal fine l'insegnamento delle discipline specialistiche di organo: neurologia, otorinolaringoiatria, oculistica, dermatologia e ginecologia, e delle discipline specialistiche riferite a fasce di età e di popolazione: pediatria, medicina del lavoro, geriatria, deve mirare a fornire le nozioni fondamentali per la prevenzione delle malattie e i trattamenti di emergenza e per l'orientamento diagnostico ai fini di una efficace collaborazione del medico di base con gli specialisti.

Durante il periodo di formazione clinica vengono inoltre approfondite le conoscenze di igiene, biometria, metodologia della prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro, psicologia e sociologia, e vengono insegnate nozioni fondamentali di medicina legale, medicina riabilitativa, legislazione sanitaria e programmazione sanitaria.

L'intero ciclo di formazione deve comprendere un minimo di 5.500 ore in conformità con la direttiva CEE 75/363 del 16 giugno 1975.

Art. 31.

*(Ordinamento del corso di laurea
in odontoiatria e protesi dentaria)*

Il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, dopo il primo anno di cui all'articolo 25, si articola in corsi integrati della durata di uno o più semestri, nei qua-

li l'insegnamento delle materie di base si coordina con l'insegnamento clinico e il tirocinio pratico.

Le materie di base comprendono:

a) anatomia macroscopica e microscopica e fisiologia del corpo umano con approfondimento della conoscenza dell'apparato stomatognatico;

b) biochimica e scienza della nutrizione;

c) microbiologia e immunologia;

d) patologia e fisiopatologia generale, con particolare riferimento alla patologia dell'apparato stomatognatico e della nutrizione;

e) farmacologia;

f) epidemiologia, igiene e statistica sanitaria con particolare riferimento alla funzione dell'apparato stomatognatico.

Nel piano di formazione clinica, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie dell'apparato stomatognatico, la prevenzione delle malattie secondarie a disfunzioni dell'apparato stomatognatico e la riabilitazione del soggetto colpito sono insegnate in corsi integrati di:

a) patologia inclusiva di anatomia patologica e fisiopatologia, con approfondimento della patologia odontostomatologica;

b) medicina, inclusiva di fisiologia clinica e farmacologia clinica, con approfondimento della medicina orale, inclusiva della parodontologia;

c) odontoiatria restaurativa;

d) chirurgia odontoiatrica;

e) anestesiologia odontoiatrica;

f) diagnostica strumentale delle alterazioni dell'apparato stomatognatico;

g) odontoiatria infantile inclusiva della ortognatodonzia.

La formazione clinica comporta inoltre l'approfondimento delle nozioni di psicologia, sociologia e l'insegnamento di nozioni fondamentali di medicina legale e legislazione sanitaria.

I corsi integrati hanno caratteristica interdisciplinare e includono la frequenza obbligatoria di esercitazioni pratiche.

Sono inoltre obbligatori turni di tirocinio-lavoro nei presidi del servizio sanitario nazionale, da svolgere secondo programmi definiti nei piani di studio individuali e sotto la guida di docenti della scuola.

Art. 32.

(Ammissione di studenti stranieri)

Studenti stranieri possono essere ammessi ai corsi delle scuole di medicina, con i seguenti limiti:

a) studenti provenienti da Paesi della Comunità europea sono sottoposti alle norme di selezione valide nei Paesi di origine in quanto più restrittive di quelle contemplate nella presente legge;

b) studenti provenienti da altri Paesi sviluppati sono ammessi in soprannumero e soggetti a tassazione speciale;

c) studenti provenienti da Paesi in via di sviluppo sono ammessi in soprannumero sulla base di accordi interstatali; ove tali accordi non siano possibili, il Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, può determinare, con proprio decreto, sentito il Consiglio universitario nazionale, le condizioni di ammissione ai corsi e l'estensione a tali studenti delle norme per il diritto allo studio;

d) la distribuzione dei posti in soprannumero per studenti stranieri presso le varie scuole di medicina è stabilita annualmente dal Ministro della pubblica istruzione, sentiti i presidenti delle scuole e il Consiglio universitario nazionale.

Art. 33.

(Dottorato di ricerca)

Per l'accesso ai posti di dottorato di ricerca attribuiti alle scuole di medicina e l'attribuzione delle relative borse di studio valgono le norme vigenti per il dottorato di ricerca nelle università.

Le funzioni in materia del Ministro della pubblica istruzione sono svolte d'intesa con il Ministro della sanità e ai pareri dovuti in

materia dal Consiglio universitario nazionale devono essere aggiunti i pareri del Consiglio sanitario nazionale.

Art. 34.

(Altre attività didattiche)

Oltre ai corsi di laurea, diploma e specializzazione di cui all'articolo 22, le scuole di medicina promuovono, anche in collaborazione con presidi del servizio sanitario nazionale, facoltà universitarie, enti pubblici di ricerca, iniziative di aggiornamento, perfezionamento e riqualificazione del personale che lavora nell'ambito del servizio sanitario nazionale, iniziative di educazione sanitaria e di informazione sui temi sanitari della popolazione o di particolari categorie di lavoratori.

TITOLO V

DIRITTO ALLO STUDIO

Art. 35.

(Norme generali)

Si applicano agli studenti delle scuole di medicina le norme generali previste dalla legislazione che regola il diritto allo studio nelle università.

Le Regioni, nel rispetto dei principi fondamentali delle leggi della Repubblica, provvedono allo sviluppo dei servizi necessari per consentire la frequenza a tempo pieno alle scuole di medicina.

Le Regioni dettano le norme per il trasferimento alle scuole di medicina delle provvidenze attualmente destinate alle facoltà di medicina.

Art. 36.

(Contratti di formazione)

Le Regioni regolano con legge la stipula di contratti di formazione in numero pari ad almeno il 50 per cento dei posti programmati nei corsi di laurea e diploma.

Le norme regionali dovranno ispirarsi ai seguenti principi:

a) nei concorsi per l'ammissione al contratto un punteggio preferenziale deve essere assegnato ai candidati provenienti da famiglie a basso reddito e sprovvisti di reddito personale;

b) devono essere definiti gli obblighi dei firmatari del contratto per quanto concerne la progressione degli studi;

c) il lavoro prestato come tirocinio non può dar diritto alla stabilizzazione nel posto alla fine del contratto;

d) le Regioni possono prescrivere ai firmatari l'obbligo di prestare un servizio a tempo pieno nel servizio sanitario nazionale, per non più di tre anni dopo l'acquisizione del titolo, in area opzionale ma in sede stabilita dalla Regione stessa; in tal caso la norma regionale definisce in quale misura e in quanto tempo il sottoscrittore di contratto che non adempia ai suoi obblighi deve restituire le somme ricevute.

Art. 37.

(Esenzione dal servizio di leva)

I laureati o diplomati nelle scuole di medicina, che su richiesta di una Regione accettino un impiego a tempo pieno nel servizio sanitario nazionale per almeno 18 mesi in sede disagiata, svolgono un servizio civile che li esenta dal servizio di leva.

Le Regioni pubblicano annualmente l'elenco delle sedi disagiate di servizio sanitario ai fini di cui al primo comma del presente articolo.

Art. 38.

(Iniziativa didattica degli studenti)

Nell'ambito dei dipartimenti di cui al titolo II della presente legge, gli studenti e i dottorandi possono sottoporre al consiglio di dipartimento programmi didattici e di ricerca di gruppo da effettuarsi con la collaborazione di uno o più docenti o esperti, anche esterni, chiedendo che siano finanziati per il loro *curriculum* scolastico, anche se inizialmente non previsti dai programmi scolastici.

Art. 39.

(L'assemblea degli studenti)

Gli studenti hanno diritto di riunirsi in assemblea in locali di appartenenza della scuola.

La richiesta di uso dei locali deve essere fatta di volta in volta al presidente, firmata dai promotori e recare l'indicazione dell'oggetto della riunione.

Le decisioni, adottate a maggioranza dei presenti, vengono comunicate al consiglio di amministrazione e pubblicate nell'albo della scuola.

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 40.

(Trasferimento dei beni delle facoltà di medicina)

Entro sei mesi dalla istituzione delle scuole di medicina, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con il Ministro della sanità, il patrimonio e le attrezzature delle università in uso alle facoltà di medicina, destinati anche parzialmente a fini assistenziali, sono trasferiti al comune competente per territorio, secondo i criteri descritti nell'articolo 20 della presente legge.

Eventuali sedi di attività situate al di fuori del territorio comunale di cui sopra sono ugualmente attribuite allo stesso, se adibite anche parzialmente ad attività assistenziali.

Art. 41.

(Trasferimento del personale)

Il personale delle facoltà di medicina è iscritto, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, nei ruoli regionali del servizio sanitario nazionale secondo i criteri descritti nell'articolo 15 ed assegnato alla unità sanitaria locale competente per territorio.

Nella definizione delle piante organiche l'unità sanitaria locale sede della scuola tiene conto del personale trasferito ai sensi del precedente comma.

Il Governo è delegato ad emanare, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un decreto contenente norme di equiparazione tra le qualifiche e i livelli retributivi previsti nei ruoli del personale statale da trasferire e quelli previsti nei ruoli del servizio sanitario nazionale.

È fatto salvo il diritto dei docenti e dei ricercatori in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge presso le facoltà di medicina di essere trasferiti a domanda, previo consenso della facoltà interessata, presso altra facoltà o dipartimento dell'università.

Art. 42.

(Norme per i medici non docenti)

Il personale medico non docente delle cliniche universitarie, che non rientri nelle categorie di dottorando o specializzando, può accedere ai giudizi di idoneità per acquisire la qualifica di docente o ricercatore secondo la normativa vigente per la docenza universitaria, oppure chiedere il trasferimento ad altro settore del servizio sanitario nazionale.

I medici non docenti e iscritti ad una scuola di specializzazione in servizio presso scuole di medicina alla data di entrata in vigore della presente legge sono mantenuti in servizio per un numero di anni corrispondente a quello necessario al completamento del corso di specializzazione.

Art. 43.

(Riparto dei fondi per la ricerca biomedica)

Ai fini del riparto dei fondi assegnati all'università per la ricerca biomedica, le scuole di medicina assumono i diritti e i doveri delle facoltà di medicina soppresse.