

UNIVERSITAS

STUDI E DOCUMENTAZIONE DI VITA UNIVERSITARIA

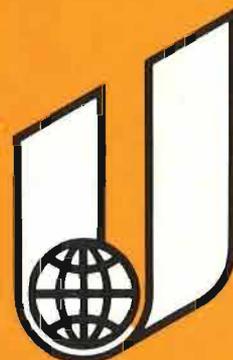
7

Anno IV
gennaio-marzo 1983
Fratelli Palombi Editori

*Studi medici: il punto sulla riforma
le proposte di legge / le cifre / i pareri*

Didattica e formazione umana

*Collettività, sfida per il decennio
Il seme della cooperazione
L'insegnamento a distanza*





Comitato Scientifico

Il Ministro della Pubblica Istruzione
Sen. Franca FALCUCCI

Il Presidente della Conferenza Permanente
dei Rettori Italiani
Prof. Carmine Alfredo ROMANZI

Il Presidente dell'Associazione Internazionale delle
Università (A.I.U.)
Prof. Guillermo SOBERON

Il Presidente della Conferenza Permanente
dei Rettori delle Università Europee (C.R.E.)
Prof. Gerrit VOSSERS

Il Direttore Generale dell'Istruzione Universitaria del
Ministero della Pubblica Istruzione
Dr. Domenico FAZIO

Il Vicepresidente del Consiglio Universitario Nazionale
Prof. Giorgio PETROCCHI

Il Direttore Generale delle Relazioni Culturali del Ministero
degli Affari Esteri
Amb. Sergio ROMANO

Per la Commissione del Parlamento Europeo per i
problemi della cultura, gioventù, educazione, sport,
informazione
Prof. Mario PEDINI

Il Direttore Generale per gli affari scientifici,
la ricerca e lo sviluppo della Commissione delle Comunità
Europee
Prof. Paolo FASELLA

Per l'Istituto Universitario Europeo di Firenze
Prof. Giovanni SPADOLINI

Il Direttore Generale della Pubblica Istruzione e della
Scienza del Ministero Federale
della Repubblica Federale Tedesca
Dott. Eberhard BÖNING

Il *Vice-president* dell'Università
della California, Berkeley
Prof. William B. FRETTER

Il Presidente dell'Accademia Nazionale
dei Lincei
Prof. Giuseppe MONTALENTI

Il Presidente del Consiglio Nazionale
delle Ricerche
Prof. Ernesto QUAGLIARELLO

Il Direttore Generale dell'Istituto
della Enciclopedia Italiana
Prof. Vincenzo CAPPELLETTI

Direttore Responsabile: Pier Giovanni PALLA

Comitato di redazione

Giovanni D'ADDONA
Roberto DE ANTONIIS
Giuseppe DE LUCIA LUMENO
Maria Luisa MARINO
Fabio MATARAZZO
Umberto Massimo MIOZZI
Lorenzo REVOJERA
Guido ROMANO

Registrazione Tribunale di Roma n. 300 del 6
settembre 1982

Fratelli Palombi Editori—Via dei Gracchi, 181-
183 - 00192 Roma—Tel. 06/350606

Direzione/Redazione
Viale G. Rossini, 26—00198 Roma
Tel. (06) 863525

ABBONAMENTI E PUBBLICITÀ
ORGANIZZAZIONE RAB. s.r.l.
CASELLA POSTALE 30101
00193 ROMA 47
C/C POSTALE 78169000

Prezzo di un numero in Italia: L. 9.000
Prezzo di un numero all'estero: L. 14.000
Arretrati il doppio
Abbonamento annuale (4 numeri):
Italia: L. 30.000 — estero: L. 50.000

Articoli, lettere e fotografie anche se non
pubblicati non si restituiscono

La rivista non assume responsabilità delle
opinioni espresse dagli autori

SOMMARIO

IL TRIMESTRE/La riforma degli studi medici

Una veduta d'insieme <i>di Adriano Bompiani</i>	3
<i>Medicina in cifre</i> Cinque progetti a confronto	22

GIRO DI OPINIONI

Quadro evolutivo, curriculum da aggiornare <i>di Alessandro Castellani</i>	46
«Numero programmato» <i>di Carlo De Marco</i>	47
Un'impostazione «per problemi» <i>di Carlo Vetere</i>	49
Spazio alle materie applicative <i>di Carlo Zanussi</i>	51
Deontologia e promozione culturale <i>di Eolo Parodi</i>	52
Una pianificazione costruttiva <i>di Carlo Umberto Casciani</i>	54
Una rinnovata fisionomia <i>di Giuseppe Del Porto</i>	55

COSÌ I PARTITI

Paolo Cabras: Il «riordino» delle discipline mediche	57
Alberto Bemporad: Improcrastinabile	58
Rodolfo Picchiotti: Sanità, un settore essenziale	58
Ethel Porzio Serravalle: Una corretta gestione delle risorse	59
Marisa Rossanda: La salute come fenomeno globale	60
Salvatore Valitutti: I motivi dell'urgenza	60

NOTE ITALIANE

Quando la didattica diventa formazione umana <i>di Vincenzo Lorenzelli</i>	64
---	----

DIMENSIONE MONDO

RASSEGNA <i>a cura di Maria Luisa Marino</i>	68
---	----

L'insegnamento a distanza

ORGANISMI INTERNAZIONALI	71
--------------------------	----

UNESCO-CEPES. Una riunione organizzativa CEE. Riconoscimenti accademici: la messa a punto prosegue - Nel contesto di Lomè: politica dell'ammissione - Borse di formazione scientifica e tecnica.

IL DIBATTITO

Collettività: una sfida per gli anni '80 <i>di Roberto de Antoniis</i>	74
---	----

CRONACHE CONGRESSUALI

Il seme della cooperazione <i>di Pier Giovanni Palla</i>	77
---	----

ATTIVITÀ PARLAMENTARE E AMMINISTRATIVA

Al prossimo round <i>di Fabio Matarazzo</i>	79
--	----

DOCUMENTAZIONE

Decreti interministeriali 9 novembre 1982 - Schematipo di convenzione tra Regione e Università. Documento sulla riforma degli studi medici approvato dalla Conferenza Permanente dei Presidi	83
--	----

COMMENTI DI GIURISPRUDENZA

<i>a cura di Guido Romano e Ida Mercuri</i>	91
---	----

Le fotografie di questo numero illustrano l'Università Cattolica di Louvain (Belgio)

La riforma degli studi medici

Un tema da tempo nell'aria, che è diventato, ogni giorno di più, di straordinaria attualità. È anche per questo, per la sua improcrastinabile urgenza, che dedichiamo ad esso, su questo numero, uno spazio privilegiato.

Riformare, riordinare, modificare: comunque si ipotizzi l'insieme innovativo da realizzare, la fisionomia degli interventi è complessa, delicata. In gioco, più che per le altre facoltà, non c'è il puro e semplice discorso accademico, ma la vita umana, o meglio, la salvaguardia del diritto alla salute, prima che del diritto alla cura, di tutti i cittadini. Non è dunque, questo, un tema che sia possibile eludere, o affrontare con distrazione e disimpegno. In queste pagine, proprio in coerenza alla complessità della questione, pubblichiamo, quasi per linee ora parallele, ora intersecantesi, una rosa di interventi diversi. Con il sen. Bompiani — proposte di legge sott'occhio — ci addentreremo nel cuore di questo o quel punto da risolvere, constateremo le differenze — o le coincidenze — delle ipotesi legislative; con esponenti del mondo universitario e sanitario nazionale, ci avventureremo nel mondo delle facoltà mediche «viste da vicino»; con i portavoce dei partiti potremo soppesare l'urgenza, e le motivazioni informatrici, dell'impegno politico. Un approccio variegato, dunque, teso a rifrangere la poliedrica fisionomia di una riforma per la quale — come dice uno degli autori — non è possibile improvvisare, ma è doveroso «meditare». Ed il ruolo di Universitas si pone in questa luce: stimolare al confronto, movimentare la riflessione. Una funzione non solo informativa, dunque, ma dinamica e suscitatrice di scambio e/o di consenso.



Una veduta d'insieme

di **Adriano Bompiani**

Direttore dell'Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Componente della Commissione Pubblica Istruzione e Sanità del Senato

Una premessa

Il panorama delle considerazioni che sulla riforma della facoltà di medicina potrebbero proporsi è molto vasto, ed il titolo di questa presentazione, nella sua genericità, intende sottolinearlo.

Nel passato, più o meno recente, il problema è stato ampiamente dibattuto, ed ha portato anche ad interessanti proposte legislative, regolarmente «decadute» al termine delle varie legislature, senza che l'iniziativa avesse mai varcato la soglia della indicazione della «testimonianza» politico-culturale. Informazioni in questo senso, sino alla VIII legislatura, possono rinvenirsi in un precedente articolo (cfr. bibl.).

Oggi, sotto la spinta di avvenimenti di grande rilievo sul piano legislativo (ad esempio sul versante universitario la legge 21 febbraio 1980 n. 28; i D.P.R. 11 luglio 80 n. 382; 28 novembre 1980 n. 135; 10 marzo 1982 n. 162; e sul versante sanitario: legge 23 dicembre 1978 n. 833; D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761) — che in un certo senso hanno avviato la riforma anche della facoltà di medicina — ma soprattutto sotto la spinta delle difficoltà attraversate dal servizio sanitario nazionale in questo momento, il dibattito è ripreso con maggiore vigore e sem-

bra ormai possibile che si concluda con una più seria valutazione parlamentare.

Il problema, comunque, non è solamente italiano, né è di facile soluzione.

Come apparirà evidente dall'esposizione, il dibattito internazionale e nazionale oggi non è solamente incentrato sul problema del rinnovamento del curriculum scolastico per la formazione del medico, ma — in taluni paesi europei, e soprattutto nel nostro — riguarda anche gli aspetti «istituzionali» di quelle organizzazioni che provvedono alla formazione di base (pre-laurea) del futuro medico e di quelle che provvedono alla formazione post-laurea; e riguarda anche la natura dei legami «programmati», che lo sviluppo di «sistemi globali» di tutela della salute caratteristici degli stati moderni impongono di stringere fra facoltà mediche ed altre istituzioni che operano a questo scopo.

Questi «sistemi», sviluppatasi a dimensione nazionale in molti paesi europei ed extraeuropei per effetto di una sempre più elevata «socializzazione» dei contenuti dell'atto sanitario, hanno gradatamente spostato il polo di attrazione e di supremazia rappresentato storicamente dalle facoltà mediche sino agli anni '40 verso poli di organizzazione diversi, ove il potere politi-

Problematiche, suggerimenti, analisi evolutiva e stato di fatto di una facoltà effervescente. Ma lo sguardo d'insieme si spinge anche alla situazione sanitaria del paese e ad una rimeditata figurazione del medico: operatore che può «qualificare la realtà umana».

co costruisce ed impone moduli di comportamento e modalità decisionali con i quali anche le facoltà mediche debbono confrontarsi.

Mentre sino a poco più di 50 anni fa era sostanzialmente l'università a provvedere non solamente alla formazione di base del medico ed a quella dello specialista, ma anche al rifornimento dei quadri dirigenti e intermedi delle unità ospedaliere, si è sviluppato pressoché dovunque, a partire dagli anni '50, un modello di reclutamento dei quadri dirigenti e intermedi delle unità ospedaliere separato dall'università, ed il potere politico è subentrato a livello centrale o locale nel compito organizzativo della Sanità. Questi avvenimenti, pur rapidamente descritti, hanno dato luogo ad una profonda destabilizzazione del ruolo nel passato proprio della facoltà di medicina, che, in quasi tutti i paesi, ha coinciso con una «revisione» degli ordinamenti e dei compiti di essa. Lo stesso fenomeno è venuto a maturazione, ovviamente, anche in Italia.

Più in concreto, volendo dall'insieme dei problemi enucleare alcuni punti suscettibili di un qualche approfondimento, credo che si debbano considerare i seguenti argomenti:

1) evoluzione del rapporto medico-società nell'epoca attuale;

- 2) analisi delle caratteristiche dell'attività didattica fornita — oggi — dalla facoltà di medicina;
- 3) linee per un progetto di rinnovamento del contenuto del curriculum e delle modalità didattiche nella fase di apprendimento pre-laurea;
- 4) squilibri esistenti nel sistema delle figure professionali sanitarie e ruolo equilibratore che potrebbero svolgere le facoltà di medicina, con opportune norme di riforma degli accessi agli studi medici;
- 5) apporto della facoltà medica nella formazione specialistica post-laurea;
- 6) rapporti istituzionali delle facoltà mediche con il «sistema sanitario» centrale, regionale e rapporti con le Unità Sanitarie Locali.

Non entrerà, ovviamente, nell'esame dei singoli disegni di legge presentati e dei quali è iniziato l'esame presso la Commissione Pubblica Istruzione del Senato, ma richiamerò la natura dei problemi e le linee che — a mio parere — dovrebbero essere seguite per le opportune soluzioni.

Richiami generali sull'evoluzione del rapporto medico-società

La «figura» del medico si delinea come un «conoscitore» particolare della realtà umana, che opera fornendo prestazioni specifiche (in questo svolgendo un servizio nella società), dotate di un carattere di professionalità (e cioè riconosciute e nello stesso tempo tutelate dallo Stato).

Egli, mentre ha un *campo esclusivo* di azione (come tale affidatogli sia da una millenaria tradizione, sia dal diritto negli Stati moderni) e non sostituibile — e cioè quello della «cura dell'uomo malato» — partecipa assieme ad altre figure professionali, dotate a loro volta di competenze specifiche, a modificare la qualità della realtà umana, e potremo dire della «realtà naturale umana», se nel concetto di natura, per l'uomo, introduciamo

non solamente il portato della evoluzione genetica e strutturale organica, ma l'effetto profondamente evolutivo esercitato dalla «cultura», e cioè da quell'insieme di mezzi o strumenti attraverso i quali una comunità umana regola il suo rapporto con il proprio ambiente ecologico.

In tal modo, trova origine e si sviluppa un *ambiente umano* prodotto dall'interazione fra ambiente naturale e realtà biologiche delle popolazioni umane da un lato, e «cultura» dall'altro (espressioni sociali, economiche, estetiche, filosofiche, etiche e religiose, ecc.): il medico concorre — assieme ad ogni altra persona — a determinarlo, ma certamente con responsabilità particolari. Nello stesso tempo, il medico è immerso nell'ambiente, ed in qualche modo da esso determinato.

Il fondamentale «nucleo caratterizzante» della professione medica, curare le malattie, che costituisce anche la «motivazione» più profonda dell'operare del medico, si è sviluppato in senso scientifico negli ultimi secoli grazie ai prodigiosi progressi delle scienze di base (biologia, fisica, chimica, ecc.). Lo straordinario sviluppo delle scienze della materia ed il loro crescente rivolgersi al fenomeno «vita» ed alle condizioni di equilibrio dell'universo che la consentono, l'introduzione del metodo sperimentale anche nello studio dell'uomo e lo sviluppo tecnologico incessante hanno profondamente caratterizzato la fisionomia della medicina moderna.

Questo processo, molto avanzato se si intende la quantità di dati (cioè di notizie) acquisiti, si svolge ancor oggi incessante, perché — come è noto verificarsi nella ricerca scientifica — ogni «problema» esaminato suscita la percezione dell'esistenza di un «problema» ancor più oscuro e remoto da esaminare. Lungo questo cammino, la medicina ha sviluppato modalità di approccio sia alla diagnosi che alla terapia estremamente raffinate, realizzando una evoluzione «scientifica-tecnologica» for-

temente integrata con i «bisogni» della cura delle malattie. Non si può certamente trascurare questo rilievo di base, che costituisce l'origine anche della tendenza a fornire, nella preparazione dello studente in medicina, notizie sempre più analitiche e particolari ed ad aprirlo all'insostituibile «valore» della ricerca.

La preparazione culturale diviene pertanto strumento di formazione profonda dello studente in medicina, così come lo studio, la ricerca incessante divengono stile di vita.

Tuttavia è pur vero che, avanzando la civiltà industriale lungo le sue strade con una marcia che sembra inarrestabile, la stessa «medicina» ha percepito (forse per prima) il crearsi ed il diffondersi di situazioni di disadattamento biologico fra l'uomo ed il suo ambiente di vita che divengono fonti di disadattamento anche psicologico individuale e collettivo.

Il crescente livello di inquinamento ambientale e lo stabilirsi in spazi vitali sempre più ristretti ed artificiali di larghe masse umane, prodotto dai fenomeni correlati all'industrializzazione — inurbamento sono, insieme a tante altre, le cause più evidenti dello svilupparsi di una patologia nuova che rapidamente sta modificando alcuni aspetti dell'epidemiologia umana e sta orientando la medicina anche verso problemi ai quali, inevitabilmente, essa dovrà dare una attenzione sempre maggiore e fornire una risposta.

Su queste basi, è nata la consapevolezza della necessità di uno sforzo di prevenzione più intenso, cui non può non corrispondere anche un acculturamento mirato del medico, che superi quello oggi fornito nella formazione di base. La società pone nuove domande e nuovi problemi per «salvaguardare la salute» e non per intervenire solamente nella fase di malattia: questa proposizione, sempre presente all'arte medica, deve tuttavia acquistare nuova e più impegnata dimensione operativa.

In altre parole, alla medicina è

richiesto, attraverso il rilievo sistematico di parametri efficaci, di «controllare» il mantenimento dello stato di benessere corporeo; di dimostrare sempre più precocemente l'eventuale alterazione dell'equilibrio organismico (prima ancora che insorga la malattia in senso classico), di intervenire con provvedimenti profilattici e terapeutici sempre più specifici e precoci a riequilibrare l'alterato assetto organismico. In tal modo si esprime — più o meno consapevolmente — fiducia che il progresso scientifico e tecnologico in campo medico-sanitario esorcizzi lo spettro di una patologia della salute, provocata dal «progresso» stesso.

Non si potrebbe terminare questa brevissima introduzione senza richiamare due aspetti caratteristici della evoluzione della moderna medicina.

Il primo sta nella consapevolezza che il concetto di salute si dilata ad inglobare la «componente» psicologica dell'uomo. Non si tratta solamente di considerare con più attenzione i profondi bisogni psicologici dell'uomo malato; si tratta di concepire in modo unitario lo stato di salute come integrazione di un benessere psicologico ed una normalità fisiologica di funzioni psico-somatiche.

Ne deriva, come conseguenza, che la salute (così come la malattia) viene sempre più compresa come interazione di molteplici forze e processi, individuali e sociali. E questo porta a rendere sempre più sfumati i confini fra lo spazio proprio del «sanitario» e quello del «sociale».

Il secondo aspetto sta nella dimensione sempre più «collettiva» che acquista l'opera del medico. Non vi è, ovviamente, contrapposizione di principio fra la tutela della salute individuale (alla quale fondamentalmente si dedica il medico nell'inalienabile rapporto medico-paziente, su base fiduciaria) e la dimensione collettiva, aperta per diritto a tutti i cittadini, con la quale questo rapporto si colloca nelle società moderne. Una contrapposizione di fatto, tuttavia, si determina nell'ambito dei

«mezzi» disponibili e soprattutto delle risorse che una collettività può destinare alla tutela della salute ed anche alla stessa qualità delle cure delle persone malate.

Questa dimensione «economica», che anche nel passato ha costituito una «variabile» intrinseca allo sviluppo di ogni politica sanitaria è divenuta oggi particolarmente importante, tenendo conto del «moltiplicarsi» delle potenzialità diagnostiche offerte dalle tecnologie biomediche; dell'alto costo unitario di ogni prestazione e della sempre più diffusa «domanda» di servizi che — parallelamente all'offerta — si verifica in modo vertiginosamente crescente, quanto più l'informazione a livello di comunicazione di massa rende i cittadini consapevoli delle potenzialità della medicina contemporanea.

Poiché stenta a determinarsi attraverso una politica programmata di vera «educazione sanitaria» (per altro molto difficile a realizzarsi) il senso critico dei singoli cittadini nei confronti di una informazione spesso allarmistica e non sempre qualificata, occorre che lo stesso medico (e con lui ogni operatore di sanità) si faccia consapevole e dei doveri di corretto «educatore sanitario», e delle implicazioni economiche che ogni «atto» medico, destinato al singolo, comporta per l'intera collettività.

Questi importanti ed ormai imperiosi «bisogni nel sociale» espressi dalla gente tendono, a prima vista, a collidere con le «certezze» oggettive, naturalistiche si direbbe, raggiunte dalla medicina intesa come «biologia della specie uomo», ove sempre di più si accumulano «dati», documentazioni e fatti inerenti a quella piattaforma di stabilità organica (pur nella lenta trasformazione di una deriva genetica) controllata dall'assetto genetico: le malattie integralmente genetiche, le meiotragie d'organo o di apparato, su base anche esse genetiche, i processi degenerativi caratteristici della senescenza stanno a ricordarci una «base naturale»

ineliminabile sulla quale tuttavia potranno agire, in senso aggravante, le componenti sociali delle malattie del lavoro, gli inquinamenti, gli «stress».

Sta di fatto che la «ricerca», ha prodotto una forte valorizzazione del dato specialistico e dell'aspetto particolare soprattutto nella prima dimensione, quella organismica e in un certo senso «meccanicistica» dell'uomo, consentendo solo in tempi più recenti una analisi scientifica delle implicazioni della «dimensione sociale» sulla medicina stessa, processo che — se privato di tutte le componenti «emotive» e facilmente strumentali ad uno sfruttamento di parte — può dirsi appena iniziato.

Ne è derivata la tendenza alla formazione medica sostanzialmente sbilanciata in senso organicistico e «nozionistico» (in questo si traduce l'eccesso della componente specialistica presente nel curriculum di base), cui — in tempi più recenti — si sono opposte reazioni estremistiche verso una concezione esclusivamente «sociologica» della medicina, del tutto distaccata da quelle solide basi sperimentali che l'hanno condotta alla dignità di scienza. Recuperando una visione più serena del problema, si pone — oggi — la necessità di una riforma degli studi universitari di medicina che trovi modo di abituare il futuro medico a comprendere razionalmente la «devianza» dallo schema fisiologico che presenta il paziente, ma gli consenta anche — come si esprime l'Aloisi — di «comprenderlo socialmente» in una giusta ed equilibrata sintesi fra devianza naturale ed impatto dei fattori sociali (10).

Recentemente, queste esigenze — dibattute in tutti i paesi ed a livello di organizzazioni internazionali riguardanti la sanità pubblica — hanno condotto ad accentuare il ruolo dei pubblici poteri nella organizzazione e nella gestione della «assistenza sanitaria», nello sforzo di ordinare razionalmente in «sistemi» le richieste di «protezione della salute» avanzate dalla società.

Anche nel nostro paese, il Parlamento ha approvato un «modello» di servizio sanitario nazionale che tende a realizzare avanzati traguardi di progresso sanitario (e di riflesso sociale). La legge 833/78, istitutiva del servizio sanitario nazionale, pone la tutela, la promozione ed il recupero della salute di ogni cittadino come obiettivi da perseguire con interventi omogenei e globali: in essi include quindi, accanto alle misure rivolte alla cura ed alla riabilitazione — quelle di prevenzione, articolate in provvedimenti sull'uomo, sul suo ambiente di vita e di lavoro ed estese a tutte le età della vita, dalla fase del concepimento a quella dell'età senile.

Per realizzare un efficace intervento ad ogni livello, si è scelta un'organizzazione del servizio secondo una ripartizione di compiti che, nel rendere titolare e responsabile la struttura centrale dello stato di alcune funzioni generali (legislative, di indirizzo e di coordinamento) affida alle strutture decentrate a livello regionale le funzioni di normazione organizzativa, ed all'ente locale le competenze amministrativa ed esecutiva, con prestazioni da erogarsi tramite strutture, presidi e servizi a diverso livello di complessità e specializzazione.

Questa «articolazione» complessa, ovviamente, non manca di determinare nuovi assetti al tradizionale rapporto università/ospedale e coinvolge profondamente come meglio verrà specificato in seguito, il rapporto facoltà di medicina/assistenza. Ma coinvolge anche, profondamente, la funzione fondamentale della facoltà medica, cioè quella della didattica e della ricerca. Lo sforzo intrapreso dal nostro paese, così come diffusamente sta verificandosi in molti altri Stati e segnatamente in quelli appartenenti alla Comunità Europea — e cioè di fornire più elevati standards assistenziali finalizzati non solamente alla cura delle malattie, ma soprattutto allo sviluppo di più efficaci criteri di tutela della salute — potrà avere successo nella misura in cui le università,

per prime, saranno capaci di formare operatori non solamente più preparati nella dimensione culturale, ma più allenati ad affrontare nelle responsabilità individuali e di gruppo, problemi pratici di estensione e gravità crescente nel tempo. Dunque, un'esaltazione del compito così detto «professionalizzante» dell'università.

L'organizzazione dell'assistenza e l'insegnamento della medicina

Profondi mutamenti, oltre a quelli «istituzionali» riguardanti i modelli di organizzazione della sanità, poc'anzi accennati, sono avvenuti in tutti i paesi nel corso degli ultimi anni.

All'inizio del secolo, gran parte della medicina era esercitata come «medicina di territorio» dai medici condotti che erano chiamati a far fronte alle esigenze sanitarie della popolazione. Emerge attorno alla prima guerra mondiale, e solo fra le due guerre in tutti i paesi si sviluppa a contenuto *specialistico*, totalizzando la cura per le grandi emergenze della vita e le malattie gravi, grazie all'avvento dell'anestesia, ai progressi della chirurgia, della radiologia, ecc. la *medicina ospedaliera*.

Ovviamente, la facoltà di medicina per i suoi compiti di formazione del medico e dello specialista, e per poter sviluppare i suoi interessi di ricerca sulle malattie, non poteva non servirsi ad un tempo e della «ospedalizzazione» e della stretta associazione con gli Istituti di ricerca, utilizzando nella formazione medica le due componenti.

Si sviluppa il concetto di «ospedale di insegnamento» ad alto livello qualitativo, che può fornire le strutture ed i mezzi tecnologici di ricerca ed una forte concentrazione di «specialisti» e si sviluppa — purtroppo in misura molto limitata in Italia — il concetto di Policlinico universitario, espressione più sicura della sintesi delle esigenze proprie della facoltà di medicina. Dunque, in quegli anni si differenziava una medicina di primo

livello (medico condotto) e di secondo livello (specialista ospedaliero).

Quest'ultima necessariamente assorbente la prima e gradatamente sempre più pletrica, costosa e tecnologicamente sofisticata.

Ma l'evoluzione del concetto di tutela globale della salute come obiettivo primario della medicina, il dilagare del frazionismo delle specializzazioni, con le «settorializzazioni» dell'uomo in zone di competenza rigide e strettamente riservate ai vari cultori, ha stimolato il tentativo di una «riscoperta», su rinnovate basi, *del medico di famiglia*; di colui cioè che può assicurare la «continuità» dell'osservazione sanitaria del singolo cittadino, che il sistema pubblico di tutela della salute a lui affida.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1970 attribuiva queste funzioni al medico destinato alla assistenza di primo livello, che fu chiamata assistenza di base (ed il medico addetto, «medico di base»):

— la prestazione diretta di un'assistenza globale e costante;

— il ricorso a specialisti e/o ai servizi ospedalieri ove necessaria;

— il compito di guida per il paziente all'interno della rete di servizi per il benessere sociale e di quelli per la salute pubblica;

— la fornitura di servizi sociali e sanitari al più alto livello possibile in relazione alle disponibilità economiche.

In quest'ottica, la prestazione dell'assistenza globale è chiaramente compito del medico addetto all'assistenza di base. Un altro aspetto importante di questo sistema è la continuità degli interessi assistenziali nei riguardi di quel determinato soggetto. La nuova suddivisione dei compiti tra assistenza primaria, secondaria e terziaria è stata studiata per soddisfare le esigenze dei pazienti, che sempre più provano «il bisogno di poter far ricorso ad un operatore o ad un gruppo di operatori particolare che possa fornire l'assistenza sanitaria o sociale

richiesta su base personale e per quanto possibile assecondare i loro desideri di cure domiciliari o comunque ambulatoriali, invece di essere ricoverati». (Tendenze nello sviluppo dell'assistenza di base, 1973).

Essendo ormai elevato il numero degli *specialisti* che, nei paesi industrializzati, operano fuori dell'ospedale (in centri ambulatoriali o poliambulatoriali), veniva ad identificarsi una «medicina di secondo livello» a questi specialisti affidata, mentre diveniva III livello la medicina intraospedaliera, e particolarmente quella dei complessi più attrezzati e specializzati; fra questi gli ospedali di insegnamento e gli *Istituti clinici* delle facoltà di medicina.

Ho voluto ricordare questa evoluzione, perché ci introdurrà non solamente ai problemi della formazione del medico di base, ma anche a quelli dei rapporti istituzionali delle facoltà mediche con il Servizio sanitario nazionale.

Se si imposta il discorso, come ho tentato di fare con le considerazioni già esposte sull'evoluzione del rapporto medico-società, si constata che — dovunque — l'insegnamento «tradizionale» della medicina è entrato in crisi. Il rapporto fra «contenuti dell'insegnamento» e «funzione del medico» è dibattuto ovunque, e si può dire con maggior vigore proprio in quei paesi ove sono stati raggiunti più elevati standard assistenziali e più efficaci sistemi di produzione di ricerca biomedica. Nelle maggiori università straniere esistono Comitati (spesso misti, di docenti e di studenti) che hanno il compito di adeguamento continuo del curriculum scolastico, sia nei contenuti, sia nelle modalità didattiche.

A livello didattico, è dovunque presente la difficoltà ad arrivare ad una «sintesi» — o quanto meno ad una «scelta» — delle nozioni che è indispensabile trasmettere per una corretta formazione degli studenti, futuri medici che dovrebbero essere impegnati non solo in una pratica assistenza, ma capaci di partecipare al progresso della me-

dicina.

Ma il problema, dovunque, non è più solamente quello di «proporzionare» fra di loro i contenuti degli insegnamenti tradizionali, sostanzialmente «organistici» e concentrati sull'attenzione a quanto è «interno all'organismo» (anatomia, fisiologia, patologia, etc. comportamento dell'organismo «macchina corporea» in condizioni di malattia), ma anche di operare la sintesi fra organico-psichico e fra spazio interno ed esterno (dimensione organismo-ambiente).

Mentre nella direzione della sintesi organico-psichico c'è già da qualche anno, una maggiore «attenzione» istituzionalizzata a livello di curriculum scolastico-formativo del corso di laurea in medicina, più difficile e stentato appare ancora lo sviluppo di un adeguato studio della dimensione organismo-ambiente. È necessario però evitare pericoli equivoci.

Che si debba, allo studente, rappresentare la «dimensione» sociale della medicina è fuor di dubbio, ma si deve anche riconoscere che ciò avrà tanto più conseguenze positive «future» (cioè da medico) quanto più analitica ed approfondita sarà stata la formazione dello studente in termini di conoscenza degli stati fisiologici di salute e patologici di malattia. Pertanto, se una «revisione» del curriculum attuale per la formazione del medico si impone, non è possibile pensare ad un rivoluzionario «ribaltamento di prospettiva».

Di questo «dibattito» si è fatto recentemente carico il Consiglio della CEE che, nella delibera riguardante la libera circolazione dei medici negli stati membri prevede che nell'intero ciclo di «formazione» di base, il medico debba aver acquisito:

a) una solida cultura biologica con adeguata conoscenza di metodologia scientifica ivi compresi i principi relativi alla misura delle funzioni biologiche, alla valutazione di fatti scientifici stabiliti ed all'analisi dei dati;
b) buona conoscenza di fisiopatologia umana e dei rapporti

fra ambiente fisico e sociale dell'uomo e del suo stato di salute;

c) adeguata conoscenza dei problemi clinici sia preventivi e diagnostici che terapeutici;
d) adeguata esperienza clinica. Si tratta di indicazioni, se si vuole, di larga massima, ma sufficienti a chiarire il «campo di competenza» della professionalità stessa del medico, nei confronti di altre professioni.

Valutazione della situazione attuale dell'insegnamento nel corso di laurea

Dalle analisi che, in questi anni, vari docenti ed anche gruppi motivati di studenti hanno condotto, sembrano emerse alcune condizioni che ostacolano, più o meno radicalmente, una adeguata preparazione di base dello studente. Potremmo classificarle e ricordarle sinteticamente, nel modo seguente:

■ Per quanto riguarda i discenti

- Numero eccessivo a causa dell'assenza di un meccanismo di selezione degli idonei, capaci e meritevoli;
- inadeguata formazione preuniversitaria, carente anche sul piano psico-pedagogico e linguistico, per effetto del degrado della scuola secondaria superiore;
- visione limitata dei problemi sanitari, prospettati in ottica solamente «professionale» e mercantile;
- assenza di «tempo pieno scolastico» per effetto di una concezione distorta del «ruolo» dello studente;
- preferenza per un apprendimento passivo (lezione ex-cathedra; mentalità nosografica, ecc.) mancanza di stimoli verso un apprendimento attivo.

■ Per quanto riguarda i docenti

- Insufficiente preparazione pedagogica specifica dei docenti (che difficilmente operano seguendo il criterio: ricognizio-

ne di un definito obiettivo didattico/svolgimento/controllo del risultato);

— mentalità «nosografica» dell'insegnamento, associata a conservatorismo militante; resistenze al rinnovamento didattico inteso come esposizione di «definiti obiettivi pedagogici» in sequenza ordinata; resistenze all'integrazione interdisciplinare dei corsi;

— perdita di motivazione, lassismo;

— mancanza di stimolo alla funzione tutoriale.

■ Per quanto riguarda il curriculum

— Eccessivo numero di materie di insegnamento inserite nel «curriculum», senza coordinazione ed integrazione fra di loro, con sovrabbondanza degli aspetti specialistici;

— mancanza di «definiti» obiettivi di apprendimento;

— mancanza di una «attività pratica» degli studenti nei primi anni di corso (ed anche di una «attività personalizzante» in senso proprio negli ultimi due anni di corso); ciò che provoca un duro impatto con materie di base ed uno sforzo mnemonico esagerato, senza la gratificazione di un'attività applicativa.

■ Per quanto riguarda le strutture universitarie

— Insufficienza e rigidità delle strutture edilizie destinate alla didattica (soprattutto a piccoli gruppi); alla ricerca; al soggiorno degli studenti;

— mancata definizione dei rapporti didattici istituzionali fra università-ospedale;

— carenza di mezzi didattici moderni, di personale tecnico non docente, di fondi per la «ricerca di formazione»;

— inadeguata copertura ai problemi socio-sanitari del Paese da parte delle facoltà mediche.

Qualche parola di commento a quest'insieme di valutazioni.

La «insufficiente preparazione» del medico italiano «neolaureato» ci viene rinfacciata da più parti, sia in sede nazionale che

internazionale. Questo *mediamente* è vero, nei confronti dei laureati degli altri paesi comunitari europei, anche se una percentuale di giovani (stimata circa sul 10-15%) ha un'ottima preparazione e soprattutto una «formazione» di alto livello.

Che i motivi dell'insufficiente preparazione media debbano ricondursi all'insieme delle cause sopra elencate è certamente vero, anche se con esagerazione spesso strumentale si tende ad aggravare le carenze dei docenti.

Che il numero degli studenti in medicina «iscritti» nella stragrande maggioranza delle sedi italiane (fanno eccezione 2 facoltà di università non statali, che hanno adottato il numero programmato: l'Università Cattolica di Roma ed il libero Istituto di Medicina dell'Aquila) sia eccezionalmente elevato, e tale da non consentire quella didattica di appoggio, capillare, continuativa che si sviluppa con la vita in comune fra docenti e discenti, è dolorosamente vero. Vari altri inconvenienti derivano da questo errore primordiale. Giustificate anche sono le critiche nel merito della scarsa formazione pedagogica «specificata» degli insegnanti; od i rilievi sulle insufficienze delle strutture didattiche e di ricerca, o sulla carenza di personale tecnico non laureato, ma egualmente qualificato (ad esempio «diplomato universitario») da impiegarsi nella ricerca stessa, il cui valore formativo per lo studente non sarà mai sufficientemente sottolineato.

In parte corrispondenti a verità, anche se esagerate, le più volte segnalate resistenze ad un maggior grado di integrazione fra mondo universitario e mondo ospedaliero per la utilizzazione di quel vasto potenziale di esperienze che risulta, dagli uni e dagli altri, anche ai fini dell'insegnamento.

Che nella formazione del medico venga sottolineata più la assimilazione di nozioni culturali che l'acquisizione di «competenza a fare» è un dato di fatto. Anche se dovessi ricordare che il «corso di laurea» non è più

considerato fine a se stesso, ma solo una tappa di un processo di professionalizzazione che non deve aver termini con il conseguimento della abilitazione, è pur vero che, quasi dovunque, confidando in questa affermazione, ci si limita ad una verifica per *esame orale* delle nozioni apprese e memorizzare.

Se il controllo del «sapere» è preordinato (ma si tratta di vedere con quale rigore viene applicato, sede per sede e disciplina per disciplina), il controllo del «saper fare» è quasi dovunque del tutto mancante, e carenti sono i «tirocini».

Ma alcuni fattori di distorsione del rendimento scolastico sui quali si ama poco riflettere (perché amaro frutto del '68) vanno ricondotti alla frequente mancanza di propedeuticità delle discipline, alla mancanza di esami integrati cosiddetti di «sbarramento» fra le varie fasi del curriculum scolastico; alla mancanza di verifiche della frequenza studentesca ai corsi ed alle esercitazioni pratiche.

Anche la «tecnica» dell'esame di Stato per il conseguimento della abilitazione professionale è sostanzialmente analoga a quella di accertamento del «sapere» che si svolge per ogni disciplina curricolare, con grave riduzione (se non completo snaturamento) del significato stesso dell'accertamento della acquisita «competenza a fare» (competenza professionale).

Stato attuale delle «proposte» di riordinamento didattico e funzionale delle facoltà di medicina nella formazione del medico

I lamentati inconvenienti hanno sollecitato l'attenzione del Parlamento, anche al di fuori dello specifico provvedimento di riforma della facoltà di medicina. Come è stato già detto, il dibattito sulla riforma dell'insegnamento medico si svolge già da parecchi anni, in sedi «tecniche» abbastanza ristrette, e viene rinfocolato in sede giornalistica all'approssimarsi di ogni scadenza di iscrizione alle uni-

versità, quasi sempre avendo per oggetto il problema degli accessi (permanente «querelle» fra «numero chiuso» e «numero programmato» ecc.).

Tuttavia, da qualche anno sempre più viene sollecitata la «sede politica»; vengono compiute indagini mirate su specifici problemi (ed anche la Conferenza permanente dei Presidi delle facoltà mediche prende più di frequente e con «sistematicità» posizioni nel merito).

Ciò premesso, credo si possa così riassumere le linee di movimento:

1) poiché la «facoltà di medicina» fa parte della «struttura organizzativa dell'università» appare evidente che tutta la normativa di ordine generale riguardante le università si applica anche a questa facoltà, pur riconoscendosi la necessità di considerare adeguatamente quanto di «specifico» vi è in essa.

Iniziative legislative di grande portata hanno già messo in moto un meccanismo di espansione del corpo docente, che consentirà di riequilibrare carenze attuali nel rapporto numerico: docenti/studenti (ovviamente se applicato senza distorsioni a livello di singolo dalle facoltà stesse), anche se non potrà ovviare alle enormi concentrazioni di studenti iscritti (ove realmente frequentassero!) nelle strutture didattiche.

Si tratta della già richiamata legge 21 febbraio 1980 n. 28 «Delega al Governo per il riordinamento della docenza universitaria, e relativa fascia di formazione e per la sperimentazione organizzativa e di didattica»; e del successivo DPR di attuazione 11 luglio 1980, n. 382 «Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica». Per effetto dell'applicazione, graduale, di tale decreto, il numero dei professori associati presso la facoltà di medicina sarà largamente sufficiente ai bisogni della didattica anche di appoggio, a piccoli gruppi e seminariale, mentre la previsione dello strumento del «contratto»

legato alla convenzione fra università e strutture sanitarie territoriali, previsto dall'art. 39 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978 n. 833) consentirà il più largo ricorso al «decentramento» verso gli Ospedali degli studenti — oltre che degli specializzandi — per quei periodi di formazione pratica, che opportunamente sono stati inseriti nei progetti di riforma del corso di laurea.

È, questo, l'unico modo realistico per affrontare il problema della «formazione pratica» con tirocinio precedente l'esame di Stato per l'abilitazione professionale.

2) Ormai è realizzazione compiuta la istituzione del Corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria staccato dal Corso di laurea in medicina, sulla base della normativa CEE, che consentirà anche al nostro Paese di potersi dotare di un corpo di odontoiatri sufficiente ai bisogni (DPR 28 febbraio 1980 n. 135 «Istituzione del Corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria presso la facoltà di medicina e chirurgia»).

Se è vero che l'«attivazione» dei corsi di laurea in Odontoiatria procede, in talune sedi, con una certa lentezza, a causa soprattutto e della mancanza di idonee «strutture» e del fatto che le «scuole» odontoiatriche universitarie sono ancora sottosviluppate rispetto ai fabbisogni di insegnamento, è pur certo che, ormai, il momento della inerzia all'«attivazione» del corso di laurea è stato superato.

È previsto che, nel periodo sperimentale appena inauguratosi, possano essere messi a punto migliori criteri per gli esami di ammissione e riviste le caratteristiche e la distribuzione nel corso degli insegnamenti stessi, per renderli più idonei agli obiettivi formativi che si vogliono conseguire.

È necessario, inoltre, predisporre al più presto lo strumento legislativo per l'esame di Stato di abilitazione alla professione di odontoiatria, e stabilire le norme per la istituzione dell'Albo professionale autonomo.

3) La riforma della Scuola secondaria superiore, in avanzato esame da parte del Parlamento, dovrebbe offrire una più adeguata preparazione culturale nel settore scientifico-naturalistico e biologico ai giovani che vogliono intraprendere gli studi medici, a qualsiasi livello: occorre tuttavia operare affinché questo traguardo non venga raggiunto a scapito di quella formazione culturale generale del medico, alla quale — tradizionalmente — hanno concorso con molto profitto anche le discipline umanistiche.

L'accettazione del principio della «congruenza» fra «canale formativo», discipline opzionali e contenuti dell'esame di Stato per il conseguimento di diploma di scuola media secondaria superiore unificata, da un lato, ed il diritto di accesso a cicli di studi di livello superiore (universitario) per indirizzi corrispondenti è senza dubbio un aspetto positivo della «riforma» attualmente in discussione. Tuttavia, fortemente si dubita che questo metodo riesca di per sé a ridurre la «domanda» di iscrizione alla facoltà di medicina al di sotto di quel ricambio naturale della professione medica, che sembra necessaria per ridurre, sia pure in tempi lunghi, la «plethora medica».

Inoltre sono previsti tempi relativamente lunghi per l'«operatività della riforma» della Scuola media secondaria superiore, mentre la necessità di provvedere a porre freno all'eccesso delle iscrizioni alle facoltà mediche è stimata drammaticamente urgente da tutti i responsabili del settore sanitario.

In questo senso, è da auspicarsi il più sollecito esame del provvedimento-stralcio sulla revisione delle norme per l'accesso all'esame di diploma di scuola media secondaria superiore, preannunciato dal Ministero della P.I. e delle modalità di verifica della formazione culturale generale raggiunta; ma rimane il fatto che un «meccanismo di verifica specifico» delle *attitudini agli studi medici* (od al proseguimento degli stessi, dopo un anno di formazione propedeutica)

ca) è ritenuto, dalla maggior parte di coloro che si occupano dell'argomento, necessario e non eludibile.

4) Sul piano legislativo, si debbono esaminare comunque anche altri problemi di grande rilievo per il riassetto degli studi medici universitari: la revisione della tab. XVIII inerente alle discipline del corso di laurea in medicina e chirurgia; l'emanazione di norme per il conseguimento di un più corretto rapporto tra diritti e doveri degli studenti; il potenziamento delle strutture e dei mezzi didattici; una sostanziale revisione dell'accesso all'esame di Stato per il conseguimento della abilitazione professionale all'esercizio della medicina.

a) La revisione della tabella XVIII costituirà lo strumento fondamentale per «orientare» la preparazione di base del medico adeguandola a quei nuovi rapporti fra medicina e società, sui quali si presta da più parti attenzione; attenuando le tendenze alla sovrabbondanza di nozioni specialistiche in una fase formativa che non è più fine a se stessa, ma prelude alla successiva specializzazione, e fornendo più ampie aperture verso la psicologia, la antropologia, la stessa economia sanitaria.

Questa tabella, resa obbligatoria con il Regio Decreto 1652 del 30 settembre 1938, e «aggiornata» in seguito con vari provvedimenti amministrativi, definisce gli insegnamenti che «debbono» (discipline fondamentali) o «possono» (discipline complementari) essere attivati presso le facoltà mediche e che «debbono» e rispettivamente «possono» essere frequentati ai fini del conseguimento del diploma di laurea.

La tabella, inoltre, detta norme piuttosto rigide in tema di «propedeuticità» degli insegnamenti, dei così detti «esami di sbarramento», in tema di durata dei corsi, numero delle lezioni, tirocini pratici continuativi.

La tabella, oggi, non solo è ampiamente disattesa, ma almeno in parte è superata, per motivi contrastanti:

1) l'inserimento negli statuti delle università di discipline sempre più «specialistiche» e settoriali, dotate comunque della loro «autonomia» didattica (fatto che porta al frazionismo dell'informazione, trasmessa da un numero sempre più elevato di docenti, poco propensi a collaborare fra di loro nell'integrare i programmi);

2) l'evoluzione degli «obiettivi» di formazione che si vogliono raggiungere, per la preparazione culturale-professionale del «medico di primo livello» (detto anche medico di base) (obiettivi che portano al «compattamento» e «semplificazione» dei corsi contrastando con quanto è rilevato al punto precedente);

3) il superamento concettuale di «materia fondamentale» e «materia complementare» (ciò che può dar luogo ad incongruenze nelle scelte personali di curriculum, con ipotesi di piani di studio insufficienti, e che dà luogo a scontri di opinione fra i docenti);

4) l'affermarsi di uno spirito di sperimentazione didattica e di una autonomia decisionale degli organi di gestione didattica della facoltà rispetto a criteri rigidi «ministeriali» (ciò che vuole stimolare l'innovazione rispetto alla conservazione).

Il superamento di questa situazione dovrebbe avvenire, seguendo principi espressi dalla Conferenza dei Presidi delle Facoltà Mediche:

— sviluppo lineare di gruppi di discipline, fortemente fra loro coordinate, al fine di evitare iterazione di parti di programma dei singoli insegnamenti;

— ricomposizione in una impostazione unitaria della medicina clinica, che valorizzi al suo interno gli approfondimenti delle discipline specialistiche;

— iter degli studi che rispecchi una sostanziale propedeuticità, ma consenta anche una maggiore «integrazione» sul campo delle discipline formative di base, biologiche e di quelle cliniche;

— verifiche in itinere della progressione dell'apprendimento, mediante una più ricca metodologia di accertamento della

«cultura» e della «capacità di fare» raggiunta dallo studente, tappa per tappa, sia con prove settoriali, sia con prove globali di «livello di formazione».

A mio parere questi «obiettivi» potranno essere tradotti in forza legislativa, con il riconoscimento dei concetti di «aree formative» che raccolgano le specifiche discipline secondo le affinità ed affermando l'esistenza di «nuclei irrinunciabili» delle singole discipline da inserirsi nei piani di studio. Inoltre dovrà affermarsi il principio dei «percorsi formativi», con l'adozione di «moduli compatti» a carattere semestrale, al termine dei quali è necessaria la verifica della formazione raggiunta.

Altri problemi possono più opportunamente essere «delegificati»: i metodi per l'integrazione tra gli insegnamenti di base e clinici; l'adozione di strumenti scientifici di pedagogia sia nell'insegnamento che nella fase di verifica; le caratteristiche di impegno di tutto il personale docente nelle forme didattiche marginali, di appoggio e «tutoriali» rappresentano contenuti affidati alle «facoltà mediche» ove peraltro va più ampiamente ricercata la programmazione, la disciplina comune, il «dialogo» fra le varie componenti, l'esaltazione della proposizione culturale studentesca in forme extra-curricolari, *accentuando il carattere dell'autogoverno delle facoltà*, espressione più integrata e funzionale del concetto stesso di autonomia didattica del docente.

b) l'emanazione di norme per il più corretto esercizio del «diritto allo studio» degli studenti ma anche per una verifica dei «doveri» degli stessi, non potrà più a lungo essere eluso.

L'introduzione della programmazione del numero e della «selezione» avrà certamente effetti positivi in materia di «serietà» del comportamento scolastico degli studenti (peraltro già migliorato rispetto a qualche anno fa) acquistando il fatto il significato di un impegno bilaterale assunto fra docenti e discenti, da onorarsi anche per le responsabilità che ne derivano verso

terzi che non godono, o sono stati esclusi, dal «privilegio» di accesso agli studi stessi.

Esiste, inoltre, la necessità di adeguare questa normativa a quella vigente presso gli altri paesi europei ove vige il numero programmato, affinché la formazione degli studenti sia realmente corrispondente nell'area comunitaria.

c) Il potenziamento delle strutture e mezzi didattici è argomento spinoso per i problemi di bilancio che suscita, ma è altrettanto urgente ed indifferibile. Si ricordano gli sforzi ed i risultati giganteschi ottenuti in questo settore da altri paesi europei (ad es. Germania Federale).

d) Una revisione sostanziale dell'accesso e dello svolgimento dell'esame di Stato di abilitazione all'esercizio professionale è assolutamente urgente. Occorre ripristinare la norma, ormai disattesa, o realizzata in modo insufficiente, del tirocinio obbligatorio pratico presso strutture assistenziali, intercalato fra diploma di laurea ed accesso all'esame di Stato. Occorre rivedere le «modalità» di svolgimento dell'esame stesso, imponendo, fra l'altro, l'effettuazione completa della prova clinica di fronte alla Commissione. Necessariamente, si dovranno formare molte più Commissioni, le quali dovranno poter disporre di molto più tempo per dare serietà ai singoli esami rigorosamente «pratici».

In definitiva, ciò che appare necessario (oltre alla riduzione del numero ed all'introduzione di equilibrati criteri di distribuzione degli studenti nelle varie sedi) è il miglioramento della qualità e del rigore degli studi.

L'università e le «figure sanitarie Intermedie»

Un compiuto disegno di riordinamento degli studi medici non può comprendersi, se non si estende a considerare anche la formazione dei cosiddetti «quadri infermieristici» e dei «quadri intermedi».

Governo e Parlamento stanno

elaborando un progetto di riforma dei settori, che tuttavia è ancora lontano da un preciso sbocco legislativo.

Nel campo della *formazione infermieristica*, mentre si assiste al progressivo settorializzarsi delle funzioni, cui corrispondono gradi più elevati di complessità operativa ma anche di «autonomia» professionale, si è verificata una progressiva *rigidità di impiego*, prevalentemente intraospedaliera, che non consente invece né quella flessibilità di ruoli richiesta dall'organizzazione sanitaria, né quell'auspicato rovesciamento di tendenza verso più ampie occasioni di cure domiciliari.

Il dibattito acceso sui vantaggi e svantaggi del cosiddetto «infermiere unico» o «polivalente», sta a sottolineare che si è tuttora lontani da una soluzione soddisfacente.

Per quanto riguarda la formazione dell'infermiere, l'università — oggi — non è «istituzionalmente» interessata, essendo richiesto in Italia un titolo di accesso alle scuole corrispondente a 10 anni scolari (otto della scuola dell'obbligo più due in scuola media superiore o equivalenti) ed avvenendo la formazione in scuole di formazione professionale attribuite alla competenza regionale. Tuttavia, come vedremo in seguito, questa posizione dovrà probabilmente essere rivista.

L'area delle *figure professionali a funzioni tecniche, nel campo della diagnosi e/o della riabilitazione*, è caratterizzata da esigenze di maggiore complessità e specializzazione, ed allo sviluppo di essa può dare largo contributo l'università.

Trattasi di operatori che vanno inseriti con autonomia in compiti professionali (intraospedalieri, ambulatoriali o domiciliari) di particolare delicatezza, per svolgere i quali è prevista una più elevata formazione generale.

L'istituto del «*diploma universitario*» che si consegue dopo un corso di non più di tre anni svolto in sede universitaria, ed al quale possono accedere solo coloro che sono in possesso di

tredici anni di scolarità (diploma di scuola media secondaria superiore o equivalente), sembra il mezzo ottimale per conseguire lo scopo.

In questa direzione si sono mossi Governo e Parlamento, promuovendo alla luce della legge di riforma della docenza universitaria anche una compiuta normativa-quadro (il D.P.R. del 10/3/82 n. 162) che interessa profondamente la istituzione, il riordinamento (ove già esistenti) e la gestione delle *Scuole dirette a fini speciali*, che appunto dovranno rilasciare «diplomi» universitari di primo livello, richiedendo come titolo di accesso ai corsi il diploma di scuola media secondaria superiore.

Nel settore sanitario è dunque urgente definire quali figure professionali richiedono questa formazione culturale di base per una corretta funzionalità: noi le individuiamo nelle figure dei dirigenti e docenti delle scuole infermieristiche e degli insegnanti di specifiche materie tecniche, delle ostetriche, dei terapisti della riabilitazione ad indirizzo differenziato, di tecnici di fisiopatologia respiratoria, neurofisiologia ed optometria; tecnici di statistica ed informatica sanitaria; tecnici dietisti.

Riteniamo che il favorire una formazione di più elevato livello per queste figure professionali operi beneficamente sulla «qualità delle cure» per i pazienti, sullo standard generale di qualità del Servizio sanitario nazionale e possa costituire un richiamo dei giovani verso aree professionali di piena dignità e gratificazione personale, attenuando la tendenza alla sfrenata «corsa alla laurea».

Siamo tuttavia consapevoli che, nel mondo sindacale infermieristico, vanno agitandosi «contropinte» a favore di una formazione universitaria anche dell'infermiere: questa corsa verso livelli più elevati di scolarità di base, che sottende però un *modello politico di formazione «in serie» di tutto il personale sanitario del Servizio sanitario nazionale*, secondo «moduli» pro-

gressivi di riciclaggio scolastica nell'alternanza lavoro-scuola, chiamerebbe in causa l'università con responsabilità vieppiù crescenti. Il problema dovrà risolversi necessariamente alla luce della riforma della scuola secondaria superiore (ove si ritenesse di elevare la scolarità di base per l'accesso alle scuole infermieristiche a livello di diploma di scuola secondaria superiore), attraverso i successivi decreti delegati.

Scuole di specializzazione

L'istituzione delle scuole di specializzazione ha rappresentato sino ad oggi un tipico aspetto della «autonomia universitaria», riconosciuta dal D.P.R. 31 agosto 1933, n. 1592 in questo settore.

È alla facoltà che, sentita la proposta di un cultore — titolare della materia di cui si vuole attuare la specializzazione in quella sede, spetta la valutazione della possibilità e della opportunità dell'attivazione e la conseguente iniziativa: accolta la proposta anche dagli organi amministrativi universitari, è al CUN (un organo tecnico consultivo del Ministero della pubblica istruzione) — subentrato alla V Sezione del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione nel 1978 — che spetta un giudizio sulla rispondenza dello statuto proposto con il fine che si vuole raggiungere. Nella normativa vigente fino al marzo 1982 non c'è stata dunque interferenza con organi burocratici o politici programmatori, fuori del circuito: università - Ministero della pubblica istruzione.

Si deve riconoscere che grazie a queste norme estremamente semplici, nel settore medico la «autonomia universitaria» ha consentito di sviluppare una rete estesissima di «Scuole» (se ne contano in Italia ben 1008 ripartite in 31 diverse facoltà), ma ciò è avvenuto non senza creare inconvenienti che il dibattito talora incandescente sviluppatosi in questi ultimi anni non ha mancato di porre in evidenza.

La Comunità Europea, come è

noto, in previsione della libera circolazione dei medici e degli specialisti, con diritto di stabilimento nell'ambito dei paesi comunitari, è intervenuta con le direttive 75/362 e 75/363 del 1975 a dettare norme per l'omologazione dei titoli di specialista, ciò che determina — di riflesso — la necessità di adeguamento comunitario dei programmi di insegnamento e di formazione professionale.

Le direttive comunitarie, approvate dall'Italia con la legge n. 217 del 28 maggio 1978, hanno tuttavia — sino ad ora — trovato applicazione molto parziale.

Il «sistema» delle scuole di specializzazione in Italia è caratterizzato da alcuni elementi non coincidenti con quelli comunitari:

1) vi è una ricchezza di «denominazioni» delle scuole assolutamente singolare, che risponde alla tendenza di far assurgere a dignità di specializzazioni autonome «settori» delle specializzazioni generali.

2) Non esiste un organismo centrale di verifica della «qualità» di formazione dello specialista, né di controllo sulla funzionalità dei «centri di formazione» e sulla «idoneità» dei docenti.

3) Prevale la tendenza a «burocratizzare» l'insegnamento magistrale (con relativa verifica solo dell'apprendimento teorico dello specializzando), ed è invece trascurata la verifica della «capacità di fare» acquisita dal discente.

4) L'iscrizione è volontaria sulla base di esami d'ammissione, oggi più rigorosi che nel passato, e per un numero di posti strettamente contingentato, scuola per scuola. Gli specializzandi non ricevono alcun salario, ma versano diritti di iscrizione e contributi per la gestione delle scuole.

Questi quattro aspetti rendono ampiamente difforme la situazione italiana rispetto a quella degli altri paesi europei, ove — peraltro — il numero degli specialisti è molto meno elevato rispetto a quello italiano.

Vi è, in Italia, una forte spinta all'acquisizione della specializ-

zazione, anche per conseguire maggior prestigio professionale e punteggi preferenziali nei concorsi.

Per quanto manchino dati statistici ufficiali, sembra che il numero di coloro in possesso di doppio ed anche triplo titolo di specializzazione sia elevato: questa tendenza, assolutamente mancante in altri Paesi, non sempre corrisponde ad un sentito bisogno di ampliamento della propria cultura, per altro conseguibile anche prescindendo da un titolo «formale».

Si sostiene, da qualche parte, che il numero delle scuole di specializzazione è nel nostro paese insufficiente: in realtà, non solo le «scuole» sono complessivamente numerose, come si è detto (1008), ma il totale dei posti disponibili per le iscrizioni al primo anno raggiunge la cifra di 12.328 unità (stimata al 1980): poiché nello stesso anno vi sono stati 14.279 laureati in medicina, risulta che l'86,33% dei laureati è stato in grado di proseguire i propri studi. Ciò che deforma il sistema è, semmai, l'altissimo numero di laureati; ed in parte — almeno — una distribuzione geografica delle scuole non uniforme e non proporzionata, sede per sede, al numero dei laureati.

Il «corpo degli specialisti», inoltre, è sovradimensionato in alcune specialità, sottosviluppato in altre.

Queste «distorsioni» impongono provvedimenti di riforma, peraltro in parte già emanati.

Con il D.P.R. 10 marzo 1982 n. 162 interviene, fissato per legge, un principio di programmazione che è inerente non solamente al numero di posti a disposizione dell'università per le iscrizioni ma che è finalizzato al rispetto delle esigenze più generali di programmazione per lo sviluppo economico e sociale del paese nell'ambito settoriale considerato. Ciò, per le discipline mediche, introduce il concetto della finalizzazione alle esigenze della sanità, ed in particolare del servizio sanitario nazionale.

Inoltre, è fatta esplicita destinazione di posti nella misura ag-

giuntiva rispetto alla attuale pari al 30 per cento dei posti stessi al personale appartenente a quegli enti pubblici con i quali l'università stipula, in base all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, convenzioni per la utilizzazione di strutture extra universitarie ai fini dello svolgimento di didattica integrativa.

Infine, il «riordinamento» delle scuole e l'adeguamento alla normativa CEE verranno condotti non solamente con decreto del Ministero della pubblica istruzione ma con il concerto del Ministro della Sanità sentiti rispettivamente il Consiglio Universitario Nazionale ed il Consiglio Sanitario Nazionale. L'aver fissato questi principi nel D.P.R. 10 marzo 1982 n. 162 conferisce possibilità di collaborazione tra università e sistema universitario nazionale molto più strette e di più ampio respiro delle attuali.

Nel merito della organizzazione delle scuole, sotto il profilo degli organi di governo, della vita amministrativa e collegiale del corpo docente, nonché della didattica vengono finalmente definite norme chiare per legge, alle quali potranno facilmente adeguarsi gli statuti e i regolamenti delle singole scuole. Rimane ampiamente confermato il precedente orientamento verso la utilizzazione di professori a contratto, particolarmente là ove esistono convenzioni tra università e regione, per la didattica integrativa anche a carattere «organico».

Dal complesso delle norme riportate, appare evidente che molti problemi sono stati affrontati a risolti dal D.P.R. n. 162.

Tuttavia, non sono stati risolti alcuni «punti» scabrosi presenti nelle «raccomandazioni» CEE e precisamente:

1) erogazione di mezzi finanziari (borse di studio) ad ogni specializzando, per ottemperare pienamente all'obbligo del «tempo pieno»;

2) il periodico controllo dei centri, istruttori e programmi (oltre che dei tirocinanti) da parte di organismi estranei al corpo do-

cente;

3) l'istituzione di un elenco od Albo di specialisti, con caratteri di «controllo interno», promozione culturale e «verifica periodica» della qualifica di specialista.

In queste direzioni si dovrà muovere l'azione riformatrice già iniziata.

I rapporti fra facoltà di medicina ed il Servizio sanitario nazionale

Costituisce uno dei «nodi» più importanti da sciogliere, ed è anche, nella situazione politica attuale del nostro paese, il problema che domina tutto il discorso.

Nella evoluzione storica italiana, come del resto di molti altri paesi occidentali, hanno avuto origine differenti organizzazioni, quella universitaria e quella ospedaliera, che concorrono alla assistenza: la prima tuttavia ha per scopo precipuo l'insegnamento, al quale sono finalizzate la ricerca e l'assistenza, la seconda che ha per scopo diretto l'assistenza, dalla quale, come è noto, scaturiscono occasioni preziosissime di didattica e di ricerca.

Trattasi, dunque, di compiti istituzionali diversi: la discussione attuale verte se ricondurre tutto ad unità all'interno del Servizio sanitario nazionale, o mantenere separate le due istituzioni, pur sviluppando una stretta collaborazione. È necessario avvertire, tuttavia, che in questo caso da un lato sta la «facoltà di medicina» e dall'altro non è più interlocutore l'ospedale — come nel passato — ma una serie di enti o istituzioni più o meno gerarchizzate fra di loro: Servizio sanitario, regioni, Unità sanitarie locali.

I due «modelli» si contrappongono, sul piano del dibattito politico.

Le ragioni a favore del permanere della facoltà di medicina nell'ambito dell'università sono evidenti: non solamente motivi «storici» e di riferimento ai modelli dell'Europa Occidentale e di altri paesi dell'area cosiddet-

ta occidentale, ma soprattutto la necessità di mantenere unitaria quella «cultura» della ricerca e dell'insegnamento che è tipica dell'università, e che trova occasione di manifestarsi in moduli di aggregazione spontanea o organizzata fra facoltà diverse.

Anche prescindendo dalla unità dello stato giuridico dei docenti universitari appartenenti a varie facoltà, è evidente che ogni allentamento dei legami intrauniversitari che iniziasse con la facoltà di medicina porterebbe, fra l'altro, ad analogo processo per le altre facoltà; renderebbe pressoché impossibile la costituzione di dipartimenti fra facoltà diverse; allenterebbe i legami nazionali ed internazionali delle facoltà mediche.

A favore del distacco della facoltà di medicina dall'università, con lo scioglimento del modulo organizzativo universitario, la «ristrutturazione» dei docenti, dei laboratori e dei reparti loro affidati in *Scuole territoriali di medicina*, si sostiene il più stretto contatto che sarebbe perseguibile con altre strutture assistenziali (grazie alla creazione di dipartimenti territoriali dei quali le scuole farebbero parte), l'unificazione dei modelli formativi (dall'infermiere allo specialista) ad opera delle stesse scuole, con un «iter» curricolare modulare continuo, soggetto ad esami di ammissione a numero programmato tappa per tappa; la creazione di un polo normativo ed organizzativo unitario costituito dalla regione.

A mio parere, questo «modello», caratteristico di alcuni paesi dell'Est europeo, porterebbe fatalmente nel giro di pochi anni all'«atrofia» della componente universitaria, alla possibile creazione di nuove «scuole territoriali» anche per smantellamento delle esistenti, alla separazione sostanziale della «didattica medica» (sostenuta al più dalla ricerca clinica) dalla ricerca biologica e biomedica di largo respiro, affidata ad Enti di ricerca sul modello delle Accademie scientifiche.

Tutti questi motivi consigliano grande cautela, nei confronti di

cambiamenti così radicali, invitando a sviluppare invece il metodo dei «rapporti convenzionali» fra università e regione, utilizzando cioè uno strumento giuridico già da tempo operante fra università ed ospedale.

Certamente, le basi valide nel 1968, o nel 1971, o nel 1976 (date dei vari decreti che fissano gli schemi-tipo di convenzione) non sono più le stesse, ed anche il contenuto delle «convenzioni» deve evolvere alla luce della istituzione del Servizio sanitario nazionale. Le indicazioni contenute nell'art. 39 della legge 833/1978, valide e fonte di reale progresso per la chiarezza dei rapporti reciproci, hanno finalmente trovato sbocco normativo a quattro anni di distanza dall'entrata in vigore della legge, attraverso una tormentata elaborazione recentissimamente definita e pubblicata (G. Uff. n. 93 Suppl. n. 347). Ora si tratta di dare concreta applicazione a queste norme.

Va detto, chiaramente, che l'università vuole dialogare alla pari con le regioni, in quanto enti dalle diverse finalità, ma ambedue riconosciuti e tutelati nelle loro specifiche funzioni dalla Carta Costituzionale.

Nessuna «controriforma», né «servizio sanitario alternativo» da parte della università; ma anche rispetto della integrità universitaria e dei compiti specifici ad essa affidati dalla tradizione e dalla Costituzione.

Ciò non significa che la facoltà di medicina non abbia le sue «peculiarità» organizzative, didattiche ed anche scientifiche, che la rendono diversa da una facoltà umanistica, e da valorizzare pienamente.

In ogni caso, qualsiasi «modello» di rapporto si voglia prevedere fra università e regioni è certo che il Servizio sanitario nazionale deve poter calcolare i suoi «fabbisogni» di infermieri, di diplomati universitari, di medici di base, di specialisti e deve poter contare sulla collaborazione dell'università a formare gli operatori sanitari nel «numero» e nelle «caratteristiche» concordati.

In Italia c'è un fabbisogno cre-

scenze di infermieri e di diplomati, stimato a qualche decina di migliaia; c'è un'esuberanza preoccupante di laureati in medicina: molte migliaia di essi sono disoccupati o sottoccupati. La pressione per l'espansione non motivata di servizi da parte di queste categorie ha raggiunto limiti di rottura; mentre la situazione generale del bilancio dello Stato non consente incrementi di assegnazione al settore sanitario.

Si sostiene che, spontaneamente, i giovani si sono accorti della «crisi del medico» ed affluiscono in minor numero alle facoltà di medicina.

Ciò è vero per gli ultimissimi anni: ma si dimentica che il tasso dei nostri laureati in medicina ha raggiunto, nel 1980, la cifra di 14.300 unità; a fronte di un totale di 133.000 iscritti e 21.283 nuove immatricolazioni. Si riconosce che il rapporto di 1 studente in medicina ogni 2000 abitanti circa è patologico, e che sovrabbondante è la presenza operante di un medico ogni 374 abitanti; ma si tarda a prendere quei provvedimenti che proporzionando il numero di coloro che seguiranno gli studi in medicina alle necessità generali ed alle potenzialità delle strutture, non solo tenderanno a riequilibrare il sistema (sia pure nel corso di molti anni), ma consentiranno una formazione professionale più accurata.

Note bibliografiche

- 1) Disegni di legge n. 704/Senato: Spadolini et. al. *Riforma degli studi medici*. 5 febbraio 1980.
- 2) Disegno di legge n. 835/Senato: Valitutti et. al. *Nuovo ordinamento degli studi di medicina*. 19 marzo 1980.
- 3) Disegno di legge n. 1086/Senato: Bompiani et. al. *Nuovo ordinamento degli studi universitari di medicina. Adeguamento alla normativa comunitaria europea ed alla istituzione del Servizio sanitario nazionale*. 8 agosto 1980.
- 4) Disegno di legge n. 1322/Senato: Rossanda et. al. *Istituzione delle scuole di medicina*. 20 febbraio 1981.
- 5) Disegno di legge n. 1951/Senato: Maravalle et. al. *Nuovo ordinamento degli studi universitari di medicina*. 28 giugno 1982.

- 6) Giovanardi A.; Fara G. - *La formazione del medico e la riforma degli studi medici*. Quaderni CIBA, 1969.
- 7) *Ipotesi e indirizzi di sperimentazione e di revisione didattica nella facoltà di medicina*. Ed. Fondazione Smith Kline, Milano, 1982.
- 8) *La didattica nella facoltà di medicina e chirurgia a Padova*. Primi risultati di un'inchiesta presso gli studenti della facoltà, edito a cura dei Rappresentanti degli Studenti nel Consiglio di facoltà, 1981.
- 9) *La formazione del medico: problemi e prospettive* (fascicolo Monotematico). Rivista degli Ospedali Vol. X, ottobre 1978.
- 10) *La formazione del medico in una società che cambia*, ed. Fondazione Smith Kline, Milano, 1981.
- 11) *La facoltà di medicina verso il futuro*. Ed. Fondazione Smith Kline, Milano, 1981.
- 12) *La facoltà di medicina verso il futuro. Situazione ed esperienze del 1981*. Ed. Fondazione Smith Kline, Milano, 1982.
- 13) *Problemi attuali dell'insegnamento nelle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia*. Convegno dell'Istituto Italiano di medicina sociale, Roma 9 marzo 1979.
- 14) *Problemi della formazione del medico: in «Difesa sociale»*, anno LVIII, (fascicolo monotematico) 7 settembre-ottobre 1979. Ed. Istituto di Medicina Sociale, Roma.

Medicina in cifre

A completamento dell'intervento di Bompiani, vengono forniti alcuni dati riguardanti la consistenza del corpo studentesco della facoltà di medicina e del corpo dei laureati in medicina negli anni più recenti dei quali si dispongono rilevazioni statistiche.

È utile una premessa generale riguardante il problema della «occupazione» dei laureati in Italia.

Il «Censis» nel suo rapporto annuale del 1982 rileva una situazione giovanile occupazionale gravissima poiché mostra come nel 1981 su un totale di 1.913.000 persone in cerca di lavoro, ben 1.441.000 fossero di età inferiore a 30 anni.

C'è però da notare che il titolo di studio influisce nell'occupazione in maniera evidente pur se è opportuno ricordare le numerose variabili presenti in uno studio di questo tipo.

Comunque dei 1.441.000 di disoccupati «giovani» solo 48.000 erano i laureati, con una diminuzione, riportando a 100 il valore dei laureati disoccupati nel 1977, di 10 punti rispetto a quell'anno campione.

Anche l'ufficio statistico della Pubblica Istruzione ha effettuato uno studio di questo tipo e, controllando i laureati dell'a.a. 1976/77, ha concluso che l'85% dei laureati era impiegato.

Nell'ambito delle discipline mediche, più precisamente l'82.4% svolge un'attività stabili,

il 15.4% un'attività precaria, il 2.2% non svolge alcuna apparente attività.

Complessivamente, per tutte le facoltà, la percentuale è così ripartita: 72.8% di occupati stabili, 21.7% di «precari», 5.5% di disoccupati.

Si nota, quindi, come da un lato la laurea abbia «pagato» ancora oggi favorendone i possessori e, specificamente, come i titolari di laurea in medicina siano stati sin a questo momento ancora avvantaggiati, nel reperimento di un posto di lavoro, rispetto agli altri laureati.

Si considererà, ora, la situazione della facoltà di medicina in Italia nei suoi caratteri principali, il rapporto con altri paesi CEE, i dati relativi alla occupazione medica italiana.

Nella tabella 1 si evidenzia immediatamente, nella 1ª colonna, come il numero degli immatricolati, dopo aver raggiunto un picco, nell'a.a. 1975/76, abbia iniziato a decrescere, prima più velocemente, poi più lentamente sino ad ora, mostrando negli ultimi due anni un arresto quasi completo della decrescita.

Se questo dato negli anni prossimi verrà confermato, mostrerà come questa diminuzione abbia raggiunto un livello fisiologico nel 1980 non passibile di ulteriore contrazione se non con interventi legislativi che riducano le iscrizioni.

La 3ª colonna, mostra invece come il numero degli iscritti si sia andato in tutti questi anni gonfiando cominciando a risen-

tire della contrazione delle immatricolazioni solo dal 1980 ed in misura molto minore, essendo in questi anni ingigantito il fenomeno dei fuori-corso che si è (2ª colonna) decuplicato in assoluto rispetto al 1970, andando da 4.000 a 40.000 studenti, e quintuplicato se rapportato al numero degli iscritti nella facoltà.

Il numero dei laureati (4ª colonna) mantiene, invece, una tendenza in ascesa, dovendo ancora per molti anni metabolizzare l'enorme massa di studenti che stazionano nella facoltà.

Si pensi che il Ministero della Pubblica Istruzione per il 1981 ha conteggiato che dei laureati in medicina solo il 27% era proveniente da studenti «fuori corso».

Queste considerazioni sono evidenziate anche nella tabella 2 ove, riportando a 100 il numero degli iscritti e laureati del 1975, anno di punta nelle immatricolazioni alla facoltà di medicina, ad un aumento degli iscritti sino al 1978 inizia una netta discesa dall'anno successivo, mentre i laureati continuano a salire per i fenomeni prima considerati.

Tab. 2 — Variazione percentuale tra iscritti e laureati (1975 = 100)

	Isritti	Laureati
1975	100	100
1976	107	116
1977	110	147
1978	111	168
1979	106	172
		(ISTAT)

Tab. 1 — Dati numerici sulla popolazione universitaria

Anni	Immatr.	N.I.	Fuori corso	N.I.	Isritti	N.I.	Laureati	N.I.	% Fuori corso/ Isritti
70/71	22.356	100	4.182	100	78.973	100	4.028	100	5.29
71/72	27.404	122	5.282	126	98.148	122	4.730	122	5.38
72/73	30.806	137	7.949	190	121.772	154	5.411	154	6.52
73/74	29.131	130	12.911	308	137.131	174	6.960	174	9.41
74/75	29.261	130	14.311	342	151.081	191	7.244	191	9.47
75/76	32.744	146	22.063	527	168.444	213	8.590	213	13.09
76/77	30.415	136	28.996	693	179.061	226	10.013	226	16.19
77/78	28.420	127	29.259	699	186.062	235	12.668	235	15.72
78/79	26.549	118	39.697	949	187.354	237	14.457	237	21.18
79/80	23.641	105	39.883	953	179.929	227	14.792	227	22.16
80/81	21.628	97	42.369	1.013	176.054	222	14.279	222	24.06
81/82	19.799	88	49.499	1.183	168.403	213	15.322	213	29.39
82/83	17.399*	78							

* Dati provvisori riferiti al 5.11.82

Nella tabella 3 si evidenzia la situazione della popolazione universitaria italiana delle facoltà di medicina, ove in 26 sedi si trovano a studiare 132.197 studenti con un «corpo insegnante totale» di 6.880 docenti (complessivo di docenti-assistenti). Andando però a considerare i soli «docenti di ruolo» vediamo come ad un aumento verificatosi sino al 1981 del numero pari al 280% circa rispetto al 1956, si abbia un aumento della popolazione studentesca del 700% (tabella 4).

Rapportando questi numeri si nota subito il deterioramento del rapporto numerico docenti di ruolo/studenti che da un saldo positivo nel 1956 di 1 docente ogni 40 studenti, è passato ad 1 docente ogni 127 studenti nell'anno 1976, considerato, almeno sino ad ora, come inizio di una lenta fase di discesa nelle iscrizioni che sino ad oggi sta ancora perdurando.

La disponibilità dei «professori associati» verrà a modificare favorevolmente il rapporto «docenti di ruolo/studenti»; ma c'è da tenere presente che, in gran maggioranza, i professori associati deriveranno dall'attuale corpo degli assistenti.

Tab. 3 — Da «Università in cifre» - Rapporto Ministero Pubblica Istruzione 30/4/1981

	Facoltà medicina e chirurgia
N° facoltà	26
Studenti iscritti	132.197
Docenti	6.880
Studenti/Docenti	19,2
Studenti/Facoltà	5.084,5
Docenti/Facoltà	264,6

Tab. 4 — Rapporto docenti/studenti iscritti

1956	430/	17.609	1/	40.95
1970	707/	78.973	1/	117.00
1976	1.244/	158.383	1/	127.32
1977	1.237/	156.218	1/	126.29
1981	1.241/	132.197	1/	106.52

Per quanto riguarda poi il totale delle immatricolazioni nell'a. a. 1981/82 si nota come vi sia stata una diminuzione pressoché generale delle immatricolazioni in tutte le università con alcune eccezioni, imputabili però molto spesso a massicce

iscrizioni da parte di studenti stranieri CEE o extra CEE, essendo presente nel loro paese il numero chiuso (tabella 5).

Per esempio a Modena nel 1980/81 su 514 immatricolazioni, 214 erano stranieri, pari quindi al 41.6% del totale dei nuovi iscritti.

Tab. 5 — Tendenza delle immatricolazioni in Medicina nelle varie sedi e loro incidenza % rispetto all'anno precedente (1981)

	%
Modena	-47.0
Parma	-32.2
Ferrara	-26.0
Palermo	-17.4
Pavia	-14.1
Perugia	-13.6
Catania	-11.3
Siena	-10.7
Trieste	-10.6
Firenze	-10.5
Pisa	-10.5
Napoli	-10.3
Bologna	-9.5
Milano	-9.4
Torino	-8.06
Padova	-6.2
Univ. cattolica	-4.02
Sassari	-1.6
Genova	-1.1
Bari	+14.9
L'Aquila	+15.9
Chieti	+21.4
Roma	+23.8
Cagliari	+34.5
Ancona	+58.9

Mediamente, comunque, il numero delle immatricolazioni è stato nel 1981 del 2.7% inferiore rispetto all'anno precedente, il quale a sua volta mostra un calo del 5.6% rispetto a quello ancora precedente.

Unica nota significativa, l'aumento delle immatricolazioni nelle università libere, che rappresentano il 9.5% del totale delle immatricolazioni.

Tab. 6 — Numero di studenti immatricolati al 31/12/1981 in Medicina e chirurgia

Università statali	19.219*
Università libere	932*
	20.151
(9.5% delle immatricolazioni totali)	
Variazione % rispetto all'anno precedente	
Università statali	- 6,1
Università libere	+ 15,2
	- 5,4

* Apertura in 17 sedi del corso di laurea in Odontoiatria

Prendendo in considerazione nella tabella 7 i dati relativi alla facoltà di medicina, vediamo come vi sia una sostanziale costanza della percentuale di immatricolazioni fra il 1972 ed il 1976, una flessione successiva.

Tab. 7 — Distribuzione % degli immatricolati in Medicina rispetto alle altre facoltà

1972/73	14.5%
1973/74	13.8%
1974/75	12.9%
1975/76	13.9%
1976/77	13.6%
1977/78	12.0%
1978 79	11.0%
1979/80	9.3%
1980/81	9.0%
1981/82	9.0%

Fonte: Ministero Pubblica Istruzione - D.G.I.U. - Div. VI - Sez. I

La distribuzione dei laureati risente, logicamente, ancora dell'alto numero di iscritti e nel 1981 rappresenta ancora il 7.3% del totale dei laureati di tutte le facoltà considerate, apparendo di ben 7 punti superiori alla media totale dei laureati (+ 0.3%) (tabella 8).

Passando ora a considerare il rapporto tra la nostra popolazione studentesca e quella degli altri paesi CEE si nota come il più alto numero degli immatricolati sia una prerogativa del nostro paese.

È interessante, a puro scopo indicativo e per valutare l'opportunità di preparazione dei nostri studenti, soffermarci sul dato che mostra come in Italia 19.000 studenti siano presenti in 26 facoltà, rispetto agli Stati Uniti in cui 17.000 operano in 124 facoltà (tabella 9).

Tab. 9 — Situazione europea e USA (anno 1980)

Nazione	Ammessi 1° anno
Germania Occ.	12.000
Francia	6.000
Grecia	400
Portogallo	1.000
Spagna	6.400
Italia	19.143
USA	17.146*

* n° 124 facoltà di medicina contro le 26 italiane

* * *

Tab. 8 — *Distribuzione laureati per facoltà*

Facoltà	al 31.12.80	al 31.12.81	Variaz. %
Scienze M.F.N.	8.264	8.333	+ 0,8
Farmacia	2.436	2.623	+ 7,6
Medicina	14.279	15.322	+ 7,3
Ingegneria	6.509	6.324	- 2,9
Architettura	5.002	4.542	- 9,2
Agraria	1.261	1.489	+ 18,0
Economia e commercio	3.619	3.656	+ 1,0
Scienze politiche	2.165	2.035	- 6,1
Giurisprudenza	7.768	8.111	+ 4,4
Lettere e filosofia	7.744	7.864	+ 1,5
Magistero	8.639	7.581	-22,9
Lingue e letteratura straniere	1.112	1.061	- 4,6
Veterinaria	620	682	+ 10,0
Altre facoltà	547	639	+ 16,8
Totale	69.965	70.218	+ 0,3
ISEF	3.041	3.534	+ 16,0
Totale complessivo	73.006	73.752	+ 1,0

Fonte: Ministero Pubblica Istruzione - Direzione Generale Istruzione Universitaria - Divisione VI - Sezione I^a

Si passa ora a considerare il problema della densità dei medici in Italia.

Non occorrerà qui soffermarsi nuovamente sul dato riguardante il concetto rapporto medico/abitante, pianificato dall'OMS su scala mondiale di 1/600, con grosse — quindi — variazioni locali per differenti esigenze sia di morbilità sia di quadro di civiltà; ma è chiaro che un numero troppo elevato di sanitari sul territorio, lungi dall'aver un effetto favorevole porta inevitabilmente ad una iatrogenia di massa.

Nella tabella 10 si nota immediatamente come il rapporto abitanti/medico nel nostro paese, sia già dalla fine degli anni '70 entrato in crisi e nella proiezione di Brenna tenda a diminuire sempre di più anche in presenza di un ipotetico blocco immediato delle iscrizioni alle facoltà di medicina, dovendo queste ultime lamentare un elevato numero di studenti in «parcheggio».

Ciò è stato negli anni scorsi aggravato dall'aumento di crescita della popolazione italiana (saldo attivo, cioè eccedenza dei nati vivi sui morti, pari a 1,5 per mille abitanti nell'anno 1981), che ha portato ad un acuirsi di questa problematica. Si nota infatti come riportato a 100 il numero dei medici operanti in Italia e della popolazio-

ne stessa nel 1970, ad un modesto aumento di quest'ultima (da

100 a 104) vi sia un netto incremento della componente medica (da 100 a 183) (tabella 11).

Valutando questo dato regione per regione notiamo come non vi sia una uniformità geografica di incremento della popolazione medica né tantomeno rapportabile alle variazioni della popolazione totale (tabella 12).

La tabella 13 indica il numero dei medici operanti per regione in numeri assoluti (le prime tre colonne di sinistra), la % di aumento rispetto al 1970 (la IV^a colonna), la modificazione del rapporto medico/abitante (le ultime tre colonne di destra).

Oltre alla conoscenza del «potenziale» regionale, è utile approfondire la collocazione dei medici in zone territoriali più ristrette. Più particolarmente si



Tab. 10 — La densità dei medici in Italia

Anno	Popolazione (x 1000)	Medici iscritti	Abitanti x medico
1970	52.832	97.440	670*
1975	56.014	123.860	539*
1979	56.746	164.555	346*
1980	57.107	177.384	321*
1981	57.109	190.196	301*
1985	57.509	227.096	284**

* FNOM

** Da A. Brenna in «Il problema della definizione del fabbisogno regionale dei medici», in *La facoltà di Medicina* (Atti Colloquio Nazionale, Roma 20-21 settembre 1980), Milano, Fonti Smith-Kline Ed., 1981.

medici residenti a Roma ad un 87% dei residenti a Genova ad un 75% dei residenti a Torino. Andando però a studiare la percentuale dei cittadini residenti in provincia rispetto a quelli di città, si vede come, in realtà, l'insediamento dei medici segue solo approssimativamente gli insediamenti di popolazione concentrandosi maggiormente nelle città ove la provincia è scarsamente popolata, diffon-

Tab. 11

Medici operanti in Italia	
1970	97.404 = 100
1980	177.384 = 183 (FNOM)
Popolazione italiana	
1970	54.954.109 = 100
1980	57.107.963 = 104 (ISTAT)

sono prese in considerazione alcune province italiane differenti per alcuni caratteri, a mo' di campione (tabella 14).

Si sono considerati, infatti, tre grandi città del nord, tre città del centro, due città del meridione.

In tutte queste città, capoluoghi di provincia, prendendo come fonte del numero dei medici gli iscritti ai rispettivi ordini provinciali, ed i dati ISTAT per la popolazione residente, si è notato come la percentuale dei medici residenti nei capoluoghi a prima vista appaia notevolmente

Tab. 12 — Aumento % della popolazione regionale e della popolazione medica

	Popolazione totale 1979-1980	Popolazione medica 1979-1980
Piemonte	-0.26	+ 6.09
Val d'Aosta	-0.15	+ 7.02
Lombardia	+ 0.01	+ 7.18
Liguria	-0.37	+ 6.55
Trentino	+ 0.17	+ 10.93
Friuli	-0.09	+ 7.93
Veneto	+ 0.14	+ 7.18
Umbria	+ 0.21	+ 11.76
Lazio	+ 0.52	+ 8.42
Abruzzo	+ 0.33	+ 13.56
Molise	+ 0.21	+ 13.79
Emilia	+ 0.00	+ 10.31
Toscana	+ 0.03	+ 6.41
Marche	+ 0.21	+ 10.71
Campania	+ 0.49	+ 7.38
Basilicata	+ 0.04	+ 7.66
Calabria	+ 0.32	+ 10.56
Puglia	+ 0.51	+ 9.55
Sicilia	+ 0.40	+ 6.26
Sardegna	+ 0.42	+ 10.03
Italia	+ 0.19	+ 8.06

Fonte: Il Medico d'Italia - FNOM

più elevata rispetto a quelli residenti in provincia.

Si passa infatti da un 93% dei

medici più uniformemente in provincia, ove quella sia decisamente popolata.

Tab. 13 — La densità dei medici per regione

Regione	N° medici iscritti				N° abitanti per medico		
	1979	1980	1981	Aumento % rispetto al '70	1979	1980	1981
Piemonte	10.282	10.909	11.637	+ 58.62	440	414	387
Val d'Aosta	220	237	259	+ 119.41	520	482	441
Lombardia	22.803	24.441	26.620	+ 82.29	391	366	341
Liguria	7.019	7.479	8.194	+ 69.29	263	245	223
Trentino	1.921	2.131	2.288	+ 106.12	455	411	384
Friuli	3.152	3.402	3.630	+ 86.34	395	365	342
Veneto	10.697	11.466	12.298	+ 99.96	406	380	355
Umbria	2.585	2.889	2.992	+ 110.40	312	280	272
Lazio	20.950	22.716	23.761	+ 93.65	241	223	215
Abruzzo	3.523	4.001	4.352	+ 134.40	351	310	287
Molise	725	825	898	+ 113.80	459	405	373
Emilia	13.545	14.492	15.681	+ 95.86	292	265	253
Toscana	11.701	12.452	13.230	+ 91.87	307	289	272
Marche	3.874	4.289	4.582	+ 118.29	365	330	310
Campania	17.034	18.292	19.846	+ 119.48	319	299	278
Basilicata	1.174	1.264	1.384	+ 109.52	527	489	447
Calabria	5.478	6.057	6.462	+ 119.64	378	344	324
Puglia	9.176	10.053	10.097	+ 99.21	426	391	360
Sicilia	14.727	15.650	16.701	+ 91.96	338	320	302
Sardegna	3.968	4.366	4.744	+ 86.73	403	368	341

Tab. 14 — Rapporto tra i medici residenti nei capoluoghi sul totale dei medici iscritti all'Ordine Provinciale. Rapporto % tra i cittadini residenti nei capoluoghi rispetto a quelli residenti in provincia

Città	Totale medici	Residenti nel capoluogo	%	% cittadini residenti nel capoluogo rispetto a quelli residenti in provincia	N°/abitanti per medico nel capoluogo
Roma	19.542	18.277	93.52	77.42	192
Milano	12.784	9.365	73.25	40.77	317
Genova	5.160	4.519	87.57	73.19	205
Torino	6.314	4.747	75.18	48.22	375
Firenze	4.545	3.208	70.58	38.04	266
Napoli	11.332	7.027	62.01	41.12	261
Messina	2.522	1.559	61.81	39.69	273
Palermo	4.570	3.311	72.45	57.63	264

Valutando il rapporto medico/abitante rispetto ai paesi CEE per il 1981 si nota la grossa concentrazione di medici operanti nel nostro paese (tabella 15) e, soprattutto, nella proiezione fatta da Brenna per il 1985, ad un quasi totale arresto della crescita negli altri paesi, si evidenzia un balzo dell'Italia nei prossimi anni (tabella 16).

Tab. 15 — Rapporto medico/abitanti al 31.12.1981

Italia	1/301
Danimarca	1/373
Germania	1/374
Belgio	1/402
Svizzera	1/421
Spagna	1/436
Grecia	1/452
Olanda	1/540
Inghilterra	1/610
Irlanda	1/762

dici a tempo pieno e medici a tempo definito negli anni considerati (1979 e 1980).

Si nota in questa tabella l'aumento dei medici operanti (61.000 nel '79 contro i 66.500 nel 1980).

Il numero dei ricoverati risulta invece sostanzialmente invariato (tabella 18).

In uno studio effettuato nel

Tab. 16 — La densità dei medici nei paesi della CEE: anno 1975 e proiezioni fino al 1985

		Belgio	Danimarca	Francia	Germania	Irlanda	Italia	Lussemburgo*	Paesi Bassi	Regno Unito	CEE
Abitanti x medico	1975	530	512	653	502	829	539	951	627	833	603
Abitanti x medico	1985	382	304	373	362	785	284	905	490	725	392
Medici x 1000 ab.	1975	1.89	1.95	1.53	1.99	1.21	1.85	1.05	1.59	1.20	1.66
Medici x 1000 ab.	1985	2.62	3.29	2.68	2.76	1.27	3.52	1.10	2.04	1.38	2.55

* I dati del Lussemburgo sono esposti per mere esigenze di completezza formale. Il loro significato è scarso dato le dimensioni e la collocazione geografica di tale paese che forma parte del Benelux.

Fonte: A. Brenna, *Il problema della definizione del fabbisogno regionale dei medici*, in *La Facoltà di Medicina verso il futuro (Atti del colloquio nazionale, Roma 20-21 settembre 1980)*, Milano, Fondazione Smith Kline, 1981

Nella tabella 15 si riferiscono dati che possono fornire indicazioni sulle possibilità di lavoro dei medici in Italia.

Al 31 dicembre 1981 in Italia vi erano iscritti agli ordini professionali 190.196 medici per una popolazione di 57.255.199, ciò che determina la presenza media di un medico per 301 abitanti.

Il numero di quelli impiegati in strutture pubbliche e private è ancora un dato incerto ed è del 1982 la preparazione del primo vero censimento della popolazione medica italiana.

Per il momento ci si deve attenere a dati incompleti (ISTAT) per assenza di ordinamenti legislativi, derivando le informazioni da rilievi statistici limitati nel tempo e nello spazio.

Nella tabella 17 vengono riportati: il totale della ospedalità

Tab. 17 — Ospedalità italiana

	1979	1980
N° ospedali pubblici	1.137	1.149
N° case di cura private	695	688
1979		
Ospedali pubblici generali	53.771 medici	(30.472)
Ospedali pubblici specialistici	6.054 medici	(2.836)
Ospedali psichiatrici	1.036 medici	(1.006)
1980		
Ospedali pubblici generali	(869) 57.828 medici	(33.482)
Ospedali pubblici specialistici	(182) 7.014 medici	(3.365)
Ospedali psichiatrici	(98) 1.460 medici	(877)
Rapporto % tempo pieno/definito		
	1979	1980
Ospedali pubblici generali	53.66	57.89
Ospedali pubblici specialistici	46.84	47.97
Ospedali pubblici psichiatrici	97.10	59.79

Fonte: FNOM

pubblica e privata (numero degli stabilimenti); il numero dei medici operanti nelle strutture pubbliche; il rapporto % tra me-

Tab. 18 — Ricoverati in ospedali pubblici

1977	9.825.846
1978	9.761.450
1979	9.890.535
1980	9.966.582

Fonte: ISTAT

1980 nella regione Lombardia si è approfondito più analiticamente il ruolo coperto dai medici in quella regione e in quell'anno.

Si è notato così che su 22.803 medici presenti 10.693 lavoravano in ambienti regionali strutturati e quindi più del 50% dei medici lavora privatamente.

Si deriva così, a fianco del classico rapporto medico/abitanti, un rapporto che esprime quanti abitanti sono riferibili ad 1 medico operante in strutture pubbliche.

Per la regione Lombardia è pari a 968/1 (tabella 19).

Mancano elementi attendibili per altre regioni.

Segue (nella tabella 20), la ripartizione percentuale dei medici iscritti all'ordine della Lombardia.

Tab. 19 — *Personale dipendente e convenzionato (1980)*

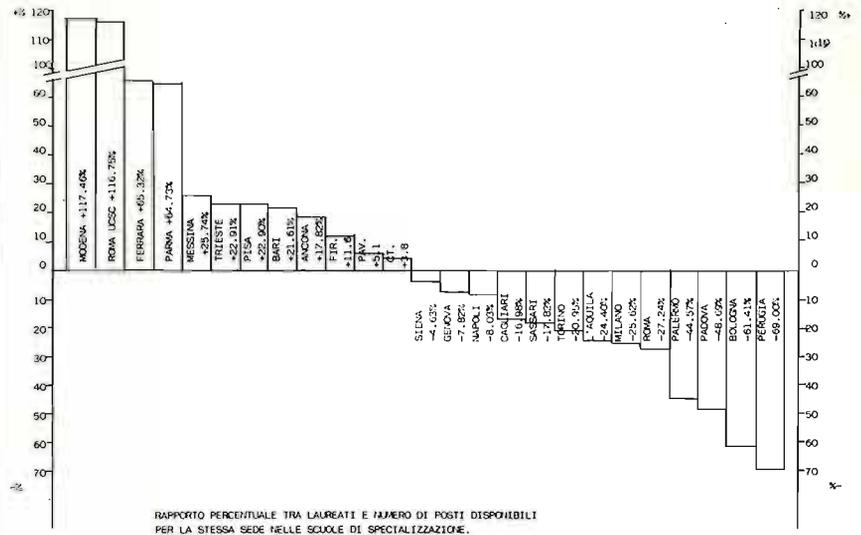
OSPEDALIERI: tempo pieno	5.233
tempo definito	4.001
Strutture territoriali dell'USL	1.459
TOTALE GENERALE	10.693
837 abitanti x medico	
AMBULATORIALI CONVENZIONATI	1.463
AMBULATORIALI CONVENZIONATI ESTERNI	1.068
N.B. - Se si escludono: Direttori Sanitari, Ispettori, Ufficiali Sanitari, Igienisti, Funzionari Istituti Mutualistici:	
968 abitanti x medico	

Tab. 20 — *Suddivisione % di impiego nei diversi settori degli iscritti all'ordine della Lombardia*

Medici generali	34.45%
Pediatra	0.22%
Specialisti	6.12%
Ospedali pubblici	29.41%
Specialisti ambulatoriali	11.25%
Università	3.63%
Case cura private	0.13%
Varie	5.3 %

* * *

Una considerazione particolare merita il problema delle specializzazioni post-laurea. Infatti l'Italia gode del primato di avere 1089 scuole diverse con 15.000 posti disponibili a fronte dei 15.400 circa neolaureati (da-



ti 1981).

A questo punto sembrerebbe che la totalità dei laureati abbia la possibilità di accedere alle scuole di specializzazione. Invece, le domande nel 1981 erano circa 75.000! Infatti ai laureati dell'anno si associano coloro i quali richiedono plurispecializzazioni, e coloro che, alla ricerca di una possibilità concreta di inserimento più che per tendenza o scelta professionale, richiedono comunque l'iscrizione a differenti scuole (tabella 21 e grafico).

A questo si aggiunge la mancata programmazione delle «sedi» delle scuole, che contribuisce — in determinate discipline — a rendere più pesante la situazione per chi chiede di iscriversi ad un corso di specializzazione. Ad esempio, nella Scuola di Specializzazione in Oftalmologia di Roma si arriva a 400 candidati per 15 posti, mentre a Ferrara le richieste sono 25 per 24 Posti.

Nella tabella vengono forniti alcuni esempi del divario esistente fra numero dei posti disponibili e numero delle richieste per alcune specializzazioni.

Altro problema è l'affollamento degli studenti del V e VI anno e degli specializzandi (peraltro spesso teorico) nelle strutture. Rifacendoci alle indicazioni CEE, accolte formalmente dal Ministero della Pubblica Istru-

zione, che richiede 4 posti letto per ogni specializzando e studente del 5° e 6° anno di corso, il totale dei posti letto necessari ad una concreta preparazione sarebbe quindi di 210.000 unità. Questa cifra rappresenta il 45% del totale dei posti letto in strutture pubbliche presenti in Italia. Il potenziale di letti direttamente affidati a docenti universitari è di gran lunga inferiore. Per es. a Roma, a fronte dei 2.000 posti letto offerti dalle attuali strutture universitarie, vi sarebbe la necessità di 14.000 letti, che rappresentano il 45% dei letti totali della provincia.

Tab. 21 — *1981 - Scuole di specializzazione*

N° scuole	1.089
Laureati	14.594
Posti disponibili	14.922
Richieste	+ 75.000
(Guida alle Scuole di Specializzazione FNOM)	
Ostetricia e ginecologia	
N° posti	(max 800) 476
Richieste	5.000
Pediatria	
N° posti	430
Richieste	4.000
Odontostomatologia	
N° posti	465
Richieste	4.000
Cardiologia	
N° posti	360
Richieste	3.500

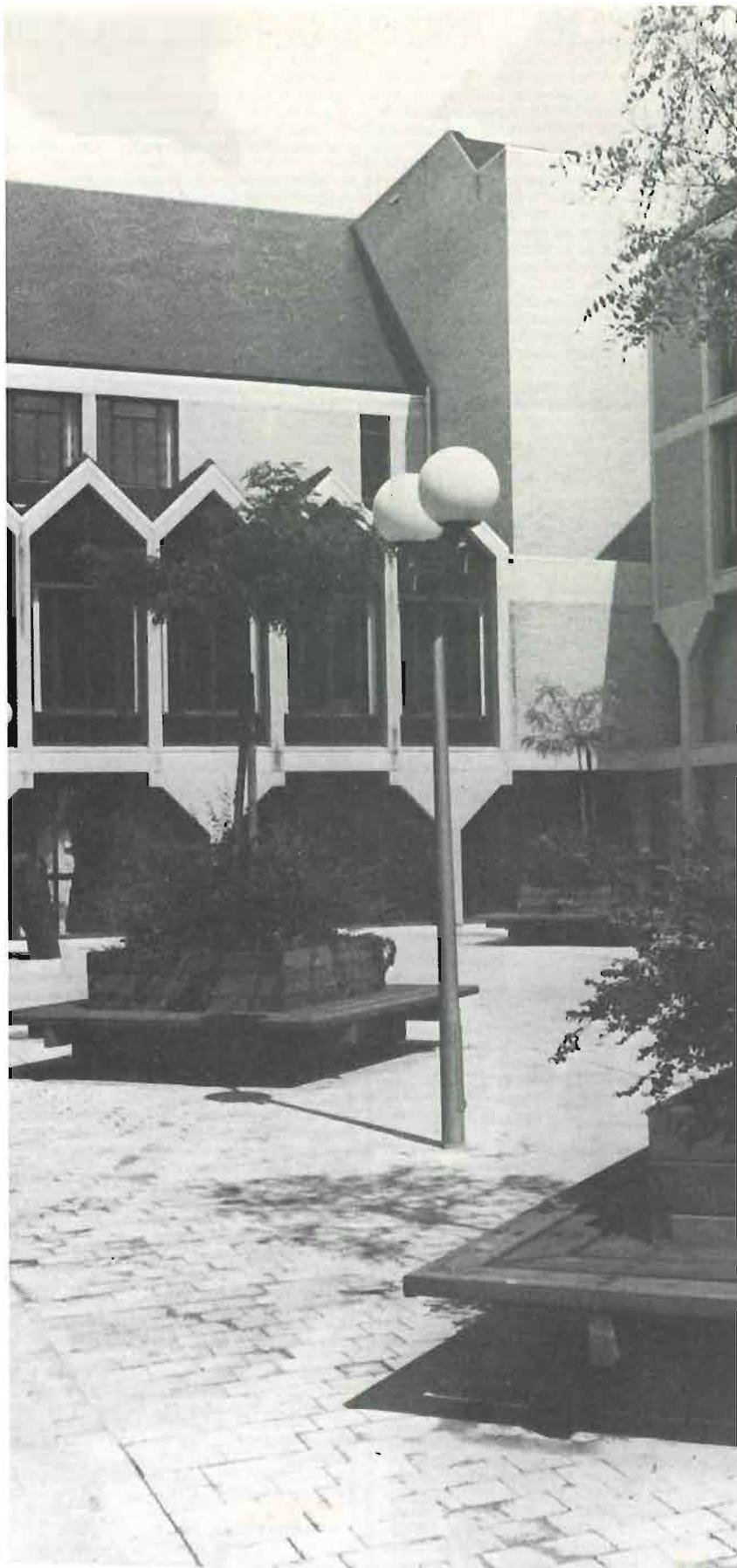
Conclusioni

Dalla disamina di queste tabelle si evidenzia in maniera netta come vi sia una sproporzione fra le necessità reali del paese ed il numero dei medici e specialisti forniti dalle università. Ciò porta inevitabilmente a quella «plethora medica» da tanto tempo paventata, ma mai seriamente contrastata, ed a modalità formative non adeguate. Il fenomeno abnorme dei fuoricorso appesantisce ulteriormente le strutture, impedendo una corretta applicazione dell'iter didattico.

Il forte numero dei laureati di questi ultimi anni ha portato ad un ringiovanimento della classe medica che, se da un lato può essere un evento vivificatore, d'altro canto è un meccanismo iatrogenico gravissimo in presenza di una «disoccupazione» od occupazione precaria, ormai stimata fra le 20.000 e 30.000 unità.

La carenza di una disciplina chiara di convenzionamento fra università e regione per l'utilizzazione più ampia delle strutture, e soprattutto la corsa alla plurispecializzazione costituiscono altri fattori di quel malessere che serpeggia in questi anni nell'università italiana, ma che può essere sanato con opportuni provvedimenti.

(Analisi compiuta dal sen. Bompiani per conto dell'AreI)



Cinque progetti a confronto

In questa rubrica, vengono presentati i «contenuti» sui quali insistono i cinque Disegni di Legge relativi alla riforma degli studi medici universitari e delle facoltà di medicina in esame presso la Commissione VII^a (Pubblica Istruzione) del Senato.

Non è possibile, per motivi tipografici, stampare il «Testo a fronte» in esame al Senato; ma la possibilità di comparazione tra i testi è fornita al lettore presentando le parti confrontabili dei vari Disegni di Legge incolonnate in immediata successione, procedendo nell'ordine di presentazione nel tempo delle varie proposte e cioè:

- 1) Disegno di Legge n. 704/Senato: Spadolini et al.: «Riforma degli Studi medici», 5 febbraio 1980 (indicato come PRI 704);
- 2) Disegno di Legge n. 835/Senato: Vallutti et al.: «Nuovo ordinamento degli studi di medicina», 19 marzo 1980 (indicato come Val. 835);
- 3) Disegno di Legge n. 1086/Senato: Bompiani et al.: «Nuovo ordinamento degli studi universitari di medicina. Adeguamento alla normativa comunitaria europea ed alla istituzione del Servizio sanitario nazionale», 8 agosto 1980 (indicato con DC 1086);
- 4) Disegno di Legge n. 1322/Senato: Rossanda et al.: «Istituzione delle scuole di medicina», 20 febbraio 1981 (indicato con PCI 1322);
- 5) Disegno di Legge n. 1951/Senato: Maravalle et al.: «Nuovo ordinamento degli studi universitari di medicina», 28 giugno 1982 (indicato con PSI 1951).

Appare evidente che l'arco di tempo compreso dalla presentazione del primo sino all'ultimo dei Disegni di Legge è abbastanza ampio; inoltre alcuni Disegni di Legge cadono prima dell'approvazione del D.P.R. 11 luglio 1980 n. 382, del D.P.R. 28 novembre 1980 n. 135, del D.P.R. 10 marzo 1982 n. 162, altri invece dopo l'entrata in vigore delle norme previste da questi strumenti legislativi.

Pertanto, una notevole parte delle proposte contenute in alcuni dei Disegni di Legge è superata dall'evoluzione della normativa universitaria in materia.

Si invita il lettore a considerare, comunque, che è impossibile ottenere un «Testo a fronte» in cui ogni argomento trattato da ciascun Disegno di Legge sia perfettamente «isolabile» dagli altri, strettamente corrispondente.

Generalità sulle facoltà mediche

P.R.I. 704

Capo I
Gli studi Medici

Art. 1
(Gli studi medici)

L'organizzazione degli studi medici è compito dell'Università. A questo fine l'Università utilizza sia strutture e personale propri, sia personale e strutture del Servizio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale delle ricerche. Le strutture e il personale del Servizio sanitario nazionale sono utilizzati dall'Università secondo le norme previste dagli articoli 15 e 16 della presente legge. Le lauree ed i diplomi nelle discipline ed applicazioni mediche rilasciati dall'università hanno valore legale.

Val. 835

□

D.C. 1086

Titolo I
Disposizioni generali

Art. 1
(Gli studi medici universitari)

L'organizzazione degli studi medici formativi di figure professionali di diplomati universitari, laureati e specialisti riconosciute dallo Stato è compito dell'università.

In adeguamento ai principi espressi dalle direttive della Comunità europea riguardanti le professioni sanitarie e per il conseguimento delle finalità previste dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833, «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»; tenuto conto delle norme contenute in particolare nell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nella legge del 21 febbraio 1980, n. 28, «Delega al Governo per il riordino della docenza universitaria e relativa fascia di formazione, e per la sperimentazione organizzativa e didattica» e nel successivo decreto di attuazione 11 luglio 1980, n. 382; nel decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, «Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali», si applicano alle facoltà di medicina e chirurgia le norme contenute nella presente legge relativi

ve all'ordinamento generale degli studi (articolo 2); all'ordinamento didattico dei corsi di diploma e di laurea (articoli 3-16); all'accesso agli studi universitari di medicina per i corsi di diploma e di laurea (articoli 17-23); ai corsi di specializzazione (articoli 24-32); al dottorato di ricerca ed alle attività di aggiornamento e formazione permanente (articoli 33-34); all'adeguamento degli organi di governo ed alla sperimentazione organizzativa e didattica (articoli 35-37); alla programmazione ed ai rapporti con il Servizio sanitario nazionale (articoli 38-43); al personale docente e non docente (articoli 44-45).

P.C.I. 1322

(vedi scuole di medicina)

□

P.S.I. 1951
Capitolo I

Art. 1
(Finalità delle facoltà di medicina)

Compito fondamentale delle facoltà di medicina è la formazione scientifica e professionale degli operatori sanitari di livello universitario, dei ricercatori nell'ambito biomedico e l'aggiornamento periodico degli operatori sanitari, come specificato nel successivo articolo 2.

Quando disposto nel precedente comma deve avvenire nel rispetto delle direttive CEE in merito alle professioni sanitarie, tenuto conto delle finalità previste dalla normativa dettata dalla legge 21 febbraio 1980, n. 28, dal decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, nonché dalla legge del 23 dicembre 1978, n. 833, e dal decreto del Presidente della Repubblica del 20 dicembre 1979, n. 761. Nella realizzazione delle sue finalità istituzionali l'università può anche utilizzare mediante apposite convenzioni adeguate strutture e idoneo personale del servizio sanitario nazionale e di enti pubblici di ricerca.

Ordinamento degli studi medici

P.R.I. 704
(segue art. 1)

Gli studi comprendono:

- a) corso di laurea in medicina e chirurgia;
- b) corso di laurea in odontoiatria;

- c) corsi di specializzazione post-laurea;
- d) corsi di diploma in materie tecnico-mediche;
- e) corsi di laurea in scienze biomediche;
- f) dottorato di ricerca;
- g) attività per la formazione permanente del medico.

Val. 835

Art. 1
(Ordinamento degli studi)

L'ordinamento degli studi universitari di medicina comprende:

- corso di diploma per operatori tecnico-sanitari;
- corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, della durata di cinque anni;
- corso di laurea in medicina della durata di sei anni;
- corsi di specializzazione successivi alla laurea.

Tutti i precedenti corsi sono a numero programmato e ad essi si accede mediante superamento di esame di ammissione.

D.C. 1060

Art. 2
(Ordinamento degli studi)

L'ordinamento degli studi universitari di medicina e chirurgia, comprende:

- corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari;
- corso di laurea in medicina e chirurgia;
- corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria;
- corsi di specializzazione successivi alla laurea;
- corsi per il conseguimento del dottorato di ricerca.

Tutti i corsi predetti sono a numero programmato, e ad essi si accede mediante superamento di esami di ammissione.

I programmi dei predetti corsi sono stabiliti con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della pubblica istruzione e sono suscettibili di periodico aggiornamento, in relazione ad esigenze di adeguamento della formazione culturale e professionale degli operatori sanitari di livello universitario.

Le lauree ed i diplomi rilasciati dalle università al termine dei corsi sovraindicati hanno valore legale, su tutto il territorio nazionale e nei Paesi della Comunità europea, in rapporto alle norme vigenti di riconoscimento dei titoli di studio.

I corsi di diploma e di laurea terminano con un esame di Stato, abilitante nell'esercizio professionale.

P.C.I. 1322
Titolo IV

Ordinamento didattico

Art. 22.
(Titolo 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) diploma in tecnica della vigilanza ambientale e della sicurezza del lavoro;
- e) diploma in tecnica di riabilitazione;
- f) diploma in scienze infermieristiche;
- g) diploma in ostetricia;
- h) dottorato di ricerca;
- l) 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.

P.S.I. 1951
Capitolo II

Art. 2.
(Ordinamento degli studi delle facoltà di medicina)

L'ordinamento degli studi universitari delle facoltà di medicina comprende:

- 1) corso di laurea in medicina;
- 2) corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria;
- 3) dottorato di ricerca;
- 4) corsi di specializzazione post-laurea in medicina e corsi di specializzazione post-laurea in odontoiatria e protesi dentaria;
- 5) corsi di specializzazione post-laurea a contenuto biomedico per laureati provenienti da altre facoltà;
- 6) corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari che si svolgono nelle scuole dirette a fini speciali istituite dall'università e afferenti agli studi medici;
- 7) corsi di aggiornamento per la formazione degli operatori sanitari (diplomati o laureati).

Diplomi - Istituzioni

P.R.I. 704
Sezione II

Art. 6.
(Corsi di diploma)

I corsi di diploma in materie tecnico-mediche hanno lo scopo di preparare il personale tecnico specializzato delle strutture scientifiche, didattiche e assistenziali.

I corsi hanno la durata minima di due anni. Ai corsi possono accedere — previo superamento di un esame — gli studenti in possesso di idoneità, secondo un regolamento emanato dal Ministro della pubblica Istruzione sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche, nonché di titolo di scuola secondaria superiore. Possono comunque accedere ai corsi di diploma in materie tecnico-sanitarie gli studenti che abbiano superato gli esami dell'anno propedeutico del corso di laurea in medicina e chirurgia. Il superamento di tale esame sarà considerato titolo sufficiente per

l'ammissione al corso e titolo preferenziale nell'assegnazione dei posti di studio attribuiti dal Piano sanitario nazionale.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare norme aventi valore di legge ordinaria per determinare le attività professionali cui i diplomi danno accesso e le modalità per la determinazione del numero programmato da parte del Parlamento.

Con decreto del Ministro della pubblica Istruzione, sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche, saranno stabilite le modalità dell'esame di ammissione, la durata dei corsi e l'ordinamento degli studi che conterrà la determinazione degli insegnamenti da inserire obbligatoriamente nei piani di studi individuali, delle attività pratiche e del tirocinio nel rispetto della direttiva CEE in materia.

Il corso si conclude con un esame di stato. Il diploma conseguito ha valore abilitante.

Gli statuti delle università che già attualmente prevedono corsi di diploma corrispondenti a quelli di cui al presente articolo devono uniformarsi alla presente legge per ciascun corso previsto e dovranno indicare il dipartimento presso il quale, secondo l'indirizzo generale degli insegnamenti impartiti, ciascun corso di diploma ha sede.

Val. 835

Art. 8
(Istituzione di nuovi diplomi per operatori tecnico-sanitari)

Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato su proposta della pubblica Istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale, possono essere istituiti ulteriori diplomi per la formazione di operatori tecnico-sanitari a livello universitario ovvero per revisione o adeguamento, per sopravvenute esigenze, dei diplomi di cui ai precedenti articoli, 2, 3, 4, 5 e 6.

D.C. 1086

Art. 3
(Istituzione dei corsi di diploma)

Sono istituiti corsi di diploma per la formazione di operatori tecnico-sanitari che richiedono un grado di preparazione a livello universitario in relazione alle caratteristiche specifiche di professionalità richieste dal loro impiego nel campo sanitario in ambito formativo, diagnostico, terapeutico e della riabilitazione.

Le figure professionali, alle quali danno luogo i vari corsi di diploma, sono riconosciute anche agli effetti dell'inserimento nel Servizio sanitario nazionale.

I corsi sono attivati e svolti in collaborazione fra università e Regione, secondo i principi espressi all'articolo 1 e secondo i criteri e le modalità previste dagli articoli 40, 41, 42 e 44 della presente legge, sulla base della programmazione nazionale e regionale sanitaria e tenendo conto dei piani di sviluppo universitari.

Alla definizione delle rispettive competenze ed oneri si provvede mediante convenzione stipulata fra università e Regione.

Tutte le scuole dirette a fini speciali sono trasformate in corsi di diploma universitario.

I corsi di diploma universitario per operatori tecnico-sanitari possono essere ad indirizzo univoco o differenziato.

La formazione teorica e professionale specifica non può essere inferiore a due anni, e deve essere preceduta da una formazione generale, come indicato all'articolo 17 della presente legge.

I corsi di diploma previsti dalla presente legge sono:

corsi di diploma per la formazione di dirigenti

di scuole e servizi infermieristiche;
corsi di diploma per la formazione di dirigente di scuole e servizi tecnici ed insegnanti di specifiche materie tecniche;
corsi per il conseguimento del diploma di ostetricia;

corsi di diploma per terapeuti della riabilitazione ad indirizzi differenziati:
a) fisioterapia;

b) ortottica;

c) logopedia;

d) terapia occupazionale;

e) audiometria e riabilitazione acustica;

corso di diploma per tecnico di statistica ed informatica sanitaria;

corso di diploma per la formazione di operatori sanitari ad indirizzo tecnico-diagnostico strumentale differenziato;

corso di diploma in dietologia.

Con decreto del Presidente della Repubblica adottato su proposta del Ministro della pubblica Istruzione, di concerto con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio universitario nazionale ed il Comitato sanitario nazionale, possono essere istituiti ulteriori diplomi per la formazione di operatori tecnico-sanitari che richiedano un grado di preparazione a livello universitario.

P.C.I. 1322
(segue art 23 il comma)

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.

P.S.I. 1951

Art. 9.
(corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari)

Sono istituiti corsi di diploma per la formazione di operatori tecnico-sanitari con grado di preparazione a livello universitario in relazione alle caratteristiche specifiche di professionalità richieste dal loro impiego nel campo sanitario.

I corsi di diploma previsti sono i seguenti:

- 1) diploma di ostetricia;
- 2) diploma in fisiochinesiterapia;
- 3) diploma in ortottica;
- 4) diploma in logopedia;
- 5) diploma in terapia occupazionale;
- 6) diploma in audiometria;
- 7) diploma di tecnico di informatica sanitaria;
- 8) diploma di tecnico di radiologia;
- 9) diploma di tecnico di neurofisiopatologia;
- 10) diploma di tecnico di laboratorio;
- 11) diploma di tecnico per macchine extra-corporee;
- 12) diploma di tecnico di dialisi;
- 13) diploma di tecnico di fisiopatologia respiratoria;
- 14) diploma di tecnico di fisiopatologia circolatoria.

Si accede ai suddetti corsi dopo l'anno propedeutico di cui all'articolo 3, primo comma, della presente legge. Tutti i corsi hanno durata di due anni. L'istituzione di queste scuole è regolata dagli articoli 3 e 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

Le singole facoltà hanno la possibilità di proporre, per situazioni didattiche o professionali specifiche, insegnamenti aggiuntivi o anche l'istituzione di nuovi corsi di diploma.

Tali proposte entreranno a far parte dello statuto di una determinata facoltà dopo l'approvazione del Ministro della pubblica Istruzione secondo le norme vigenti.

Diplomi - Ordinamento didattico

P.R.I. 704

□

Val. 835

Art. 7.
(Ordinamento didattico dei corsi di diploma)

Entro sei mesi dall'approvazione della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione adottato di concerto con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale, saranno stabilite le modalità dell'esame di ammissione, dell'esame finale e l'ordinamento degli studi relativo ad ogni corso di diploma, che conterrà la determinazione degli insegnamenti da inserire obbligatoriamente nei piani di studio individuali, delle attività pratiche e del tirocinio, nel rispetto delle direttive CEE in materia.

L'insegnamento è teorico e pratico e può essere svolto, oltre che per insegnamenti singoli, anche mediante coordinamento di insegnamenti tra loro affini o connessi.

La frequenza alle varie attività didattiche è obbligatoria e deve risultare attestata al fine di essere ammessi alle rispettive prove di esame.

Possono essere adottate particolari disposizioni per agevolare la frequenza di lavoratori studenti, fermo restando il principio che il numero complessivo delle ore da ciascuno studente dedicate all'apprendimento non può essere fissato dall'ordinamento didattico dei rispettivi corsi.

Il corso termina con un esame di Stato ed il diploma conseguito ha valore abilitante.

Gli iscritti ai corsi di diploma per operatore tecnico-sanitario di cui ai precedenti articoli godono delle medesime prerogative previste per gli studenti dei corsi di laurea per quanto si riferisce al diritto allo studio.

Gli statuti delle università che prevedono scuole dirette a fini speciali per la formazione di operatori tecnico-sanitari riconducibili alle figure previste nei precedenti articoli, devono essere adeguati alle disposizioni di cui alla presente legge trasformandosi nei corsi di diploma entro sei mesi dall'adozione del decreto previsto al primo comma del presente articolo.

Le medesime disposizioni si applicano alle scuole di ostetricia annesse alle cliniche ostetrico-ginecologiche della facoltà di medicina.

In mancanza di adeguamento, le predette scuole sono soppresse.

D.C. 1086

Art. 11.
(Norme per l'ordinamento dei corsi di diploma)

Entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, sentito il Ministro della sanità, il Consiglio nazionale universitario ed il Consiglio sanitario nazionale, saranno determinati:

1) lo schema di statuto relativo ad ogni diploma, da inserire negli statuti delle singole Università;

2) le modalità dell'esame di ammissione — ove autonomo — e dell'esame finale, con valore di esame di Stato abilitante;

3) l'ordinamento degli studi relativo ad ogni corso di diploma, che conterrà la determinazione degli insegnamenti da inserire obbligatoriamente nei piani di studio individuali, delle attività pratiche e del tirocinio, nel rispetto

comunque delle direttive della comunità economica europea in materia, ove esistenti;

4) le modalità dell'insegnamento, della disciplina della frequenza alle varie attività didattiche e della verifica periodica del profitto conseguito dallo studente durante lo svolgimento di ciascun insegnamento.

Gli iscritti ai corsi di diploma per operatore tecnico-sanitario godono delle medesime prerogative previste per gli studenti dei corsi di laurea, per quanto si riferisce al diritto allo studio.

Art. 12.

(Norme generali riguardanti l'attivazione e la gestione dei corsi di diploma per tecnici-sanitari)

Entro 6 mesi dall'emanazione del decreto previsto al 1° comma dell'articolo 11 della presente legge, gli statuti delle università ove funzionano scuole dirette a fini speciali per la formazione di operatori tecnico-sanitari riconducibili alle figure di diplomati previsti nella presente legge dovranno essere adeguati alle disposizioni contenute nei precedenti articoli, trasformandosi le scuole in corsi di diploma. Le stesse disposizioni si applicano alle scuole di ostetricia annesse alle cliniche ostetriche e ginecologiche della facoltà di medicina.

In mancanza di adeguamento, le scuole dirette a fini speciali e le scuole di ostetricia annesse sono soppresse.

La Regione, preso atto dell'avvenuto adeguamento dello statuto, riconosce a tutti gli effetti la sede del corso.

L'istituzione di nuovi corsi di diploma, ove fosse richiesta dalle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale, deve tener conto del programma di sviluppo universitario e deve essere coordinata non solamente fra Università e Regione ove l'Università ha sede, ma anche in sede nazionale.

P.C.I. 1322

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.

P.S.I. 1951

□

P.R.I. 704

□

VAL. 835

□

D.C. 1086

Art. 17

(Requisiti per l'accesso all'esame di ammissione ai corsi)

In rapporto alle caratteristiche specifiche di professionalità richieste alle varie figure professionali di operatori sanitari, ed in attesa di eventuali norme di raccordo fra la formazione professionale infermieristica e la formazione scolastica a livello di scuola secondaria ad indirizzo differenziato, l'accesso all'esame di ammissione ai corsi è regolato dai seguenti criteri:

1) corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici ed insegnanti di materie infermieristiche: possono essere ammessi all'esame che regola l'accesso al corso coloro che, in possesso

di diploma di scuola secondaria superiore, sono altresì in possesso del diploma di infermiere professionale di base, ed abbiano esercitato per tre anni tale attività presso un ente pubblico o privato che svolga funzioni assistenziali in conformità alla vigente legislazione; ovvero coloro che, in possesso congiuntamente del diploma di scuola secondaria e del diploma di ostetrica o di assistente sanitario o infermiere professionale abilitato alle funzioni direttive, abbiano svolto presso i predetti enti per un anno la corrispondente attività professionale;

2) corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi tecnici ed insegnanti di specifiche materie tecniche: possono essere ammessi all'esame che regola l'accesso al corso coloro che, in possesso del diploma di scuola secondaria superiore, sono altresì in possesso del diploma di tecnico nelle figure differenziate previste dalla legge di formazione professionale sanitaria, ed abbiano esercitato per tre anni attività di tecnico ad indirizzo differenziato presso un ente pubblico o privato che svolga funzioni assistenziali in conformità della vigente legislazione;

3) corso per il conseguimento del diploma in ostetricia: possono essere ammessi solo coloro che siano in possesso di diploma di infermiere professionale. Restano ferme le disposizioni dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1957, n. 1252, nonché le disposizioni dell'articolo 2 della legge 25 febbraio 1971, n. 124;

P.C.I. 1322

□

P.S.I. 1951

□

Tipologia di alcuni diplomi

VAL. 835

Art. 2.

(Corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici ed insegnanti in materie infermieristiche)

Il corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici e di insegnanti di materie infermieristiche ha la durata di due anni.

In attesa della riforma della scuola secondaria superiore possono essere ammessi coloro che, in possesso di diploma di scuola secondaria superiore sono altresì in possesso del diploma di infermiere professionale di base ed hanno esercitato per tre anni tale attività presso un ente pubblico o privato che svolga funzioni assistenziali in conformità alla vigente legislazione, ovvero coloro che, in possesso congiuntamente del diploma di scuola secondaria superiore e del diploma di ostetrica o di assistente sanitario o infermiere professionale abilitato alle funzioni direttive abbiano svolto, presso i predetti enti, per un anno, la corrispondente attività professionale.

Il diploma conseguito al termine del corso, secondo le modalità previste nello statuto, abilita all'esercizio delle seguenti attività professionali: direzione di scuole infermieristiche; attività didattica nelle scuole sanitarie del personale infermieristico e nei servizi sanitari sociali; direzione dei servizi infermieristici nelle strutture sanitarie.

Il diploma costituisce titolo necessario per la partecipazione agli organi di programmazione sanitaria per il settore infermieristico.

D.C. 1086**Art. 4.**

(Corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici ed insegnanti di materie infermieristiche)

Il corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici e di insegnanti di materie infermieristiche ha la durata di due anni.

Il diploma conseguito al termine del corso, secondo le modalità previste nello statuto, abilita all'esercizio delle seguenti attività professionali:

direzione di scuole infermieristiche; attività didattica nelle scuole sanitarie del personale infermieristico e nei servizi sanitari sociali; direzione dei servizi infermieristici nelle strutture sanitarie.

Il diploma costituisce titolo necessario per la partecipazione agli organi di programmazione della struttura sanitaria.

VAL. 835**Art. 3.**

(Corso di diploma per la formazione di dirigenti di scuole e servizi tecnici e di insegnanti di specifiche materie tecniche)

Il corso di diploma per la formazione di dirigenti delle scuole e servizi tecnici e di insegnanti di specifiche materie tecniche ha la durata di due anni.

In attesa della riforma della scuola secondaria superiore possono essere ammessi coloro che, in possesso di diploma di scuola secondaria superiore, sono altresì in possesso del diploma di base di tecnico per il settore specifico indicato in apposito decreto adottato dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, ed hanno esercitato per tre anni tale attività presso un Ente pubblico o privato che svolge funzioni in conformità alla vigente legislazione.

Il diploma conseguito al termine del corso, secondo le modalità previste nello Statuto abilita all'esercizio delle seguenti attività professionali: direzione di scuole volte alla preparazione del personale tecnico, attività didattica nelle predette scuole sanitarie e nei servizi sanitari sociali, direzione di servizi tecnici nelle strutture sanitarie.

D.C. 1086**Art. 5.**

(Corso di diploma per la formazione di dirigente di scuola e servizi tecnici ed insegnanti di specifiche materie tecniche)

Il corso di diploma per la formazione di dirigente di scuole e servizi tecnici ed insegnanti di materie infermieristiche ha la durata di due anni.

Il diploma conseguito al termine del corso, secondo le modalità previste dallo statuto, abilita delle seguenti attività professionali: direzione di scuole per tecnici sanitari ad indirizzo differenziato; attività didattica nelle scuole sovraindicate e nei servizi sanitari e sociali.

Il diploma costituisce titolo necessario per la partecipazione agli organi di programmazione della struttura sanitaria.

VAL. 835**Art. 4.**

(Corso per il conseguimento del diploma di ostetricia)

Il corso di studi per il conseguimento del diploma di ostetricia ha la durata di tre anni. In attesa della riforma della scuola secondaria superiore continuano ad essere ammessi solo coloro che siano in possesso di diploma

di Infermiere professionale. Restano ferme le disposizioni dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1957, n. 1252, nonché le disposizioni dell'articolo 2 della legge 25 febbraio 1971, n. 124.

Il diploma di ostetricia, conseguito al termine del corso secondo le modalità previste nello statuto, abilita all'esercizio dell'attività professionale di ostetricia.

Le scuole di ostetricia autonome, istituite o in corso di istituzione, a totale carico di enti o privati, sono trasformate in sede di corsi di diploma di cui al presente articolo.

D.C. 1086**Art. 6.**

(Corso per il conseguimento del diploma di ostetricia)

Il corso di studi per il conseguimento del diploma di ostetricia comporta una formazione specifica di anni due.

Il diploma di ostetricia, conseguito al termine del corso secondo le modalità previste nello statuto, abilita all'esercizio dell'attività professionale di ostetricia.

Le scuole di ostetricia autonome, istituite o in corso di istituzione, a totale carico di enti o privati, sono trasformate in sede di corsi di diploma di cui al presente articolo.

Parimenti le scuole di ostetricia annesse alle cliniche ostetriche e ginecologiche delle università sono trasformate in corsi di diploma.

Presso ogni sede ove è attivato un corso per il conseguimento del diploma di ostetricia è istituito un posto universitario di maestra ostetrica, al quale si accede con modalità concorsuali che verranno stabilite con successivo decreto ministeriale entro sei mesi dall'approvazione della presente legge.

VAL. 835**Art. 5.**

(Corso di diploma per terapisti della riabilitazione ad indirizzi differenziati)

Il corso di diploma per terapisti della riabilitazione ha i seguenti indirizzi:

- a) fisiochinesiterapia, nei settori dell'apparato locomotore, del sistema nervoso e della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, della durata di tre anni;
- b) ortottica, della durata di tre anni;
- c) logopedia, della durata di tre anni;
- d) terapia occupazionale e ludica, della durata di tre anni;
- e) audiometria, della durata di tre anni.

In attesa della riforma della scuola secondaria superiore possono essere ammessi coloro che siano in possesso del diploma di maturità.

Il diploma conseguito al termine dei corsi differenziati, secondo le modalità previste nello statuto, in relazione al corrispondente indirizzo, all'esercizio delle seguenti attività professionali:

diploma di terapeuta della riabilitazione in fisiochinesiterapia per la prevenzione, educazione e rieducazione funzionale di soggetti che presentano invalidità motorie e neuromotorie congenite o acquisite mediante esercizi ed applicazione di mezzi fisici usati a scopo terapeutico;

diploma di terapeuta della riabilitazione in ortottica: rieducazione dei disturbi della visione binoculare;

diploma di terapeuta della riabilitazione in logopedia: educazione o rieducazione di soggetti che presentano turbe dell'udito, della voce e del linguaggio parlato e scritto;

diploma di terapeuta della riabilitazione in terapia occupazionale e ludica; recupero di soggetti affetti da invalidità psicofisica temporanea o permanente mediante attività di tipo lavorativo o ludico;

diploma di audiometria: prevenzione e rieducazione delle turbe dell'udito, misurazione della capacità uditiva del soggetto, fornitura

e preparazione degli apparecchi acustici per la correzione di difetti uditivi congeniti o acquisiti, collaborazione con il neurologo per la rieducazione di individui affetti da turbe dell'udito di origine psichica.

D.C. 1086**Art. 7**

(Corso di diploma per terapisti della riabilitazione ad indirizzi differenziati)

Il corso di diploma per terapisti della riabilitazione ha i seguenti indirizzi:

- a) fisiochinesiterapia nei settori dell'apparato locomotore, sistema nervoso e neuropsicomotricità dell'età evolutiva, della durata di 2 anni;
- b) ortottica, della durata di anni 2;
- c) logopedia, della durata di anni 2;
- d) terapia occupazionale, della durata di anni 2;
- e) audiometria e riabilitazione acustica, della durata di anni 2.

Il diploma conseguito al termine dei corsi differenziati, secondo le modalità previste nello statuto, abilita, in relazione al corrispondente indirizzo, all'esercizio delle seguenti attività professionali:

diploma di terapeuta della riabilitazione in chinesiologia: prevenzione, educazione e rieducazione funzionale di soggetti che presentano invalidità motorie e neuromotorie congenite ed acquisite mediante esercizi terapeutici ed applicazione di mezzi fisici usati a scopo terapeutico, su indirizzo medico.

diploma di terapeuta della riabilitazione in ortottica ed assistenza tecnica oftalmologica: rieducazione dei disturbi della visione binoculare ed impiego delle apparecchiature del settore specifico oftalmologico, su indirizzo medico;

diploma di terapeuta della riabilitazione in logopedia: educazione o rieducazione di soggetti che presentano turbe dell'udito, della voce e del linguaggio parlato e scritto, su indirizzo medico;

diploma di terapeuta della riabilitazione in terapia occupazionale e ludica: recupero di soggetti affetti da invalidità psicopatologica temporanea o permanente mediante attività di tipo lavorativo e ludico;

diploma di audiometria e riabilitazione acustica: accertamento della capacità uditiva e rieducazione acustica anche con uso di protesi e di presidi fisioterapici, su indirizzo medico.

D.C. 1086**Art. 8.**

(Corso di diploma per la formazione di operatori sanitari con indirizzo tecnico diagnostico-strumentale differenziato)

Il corso di diploma per la formazione di operatori sanitari ad indirizzo tecnico diagnostico-strumentale differenziato ha la durata di anni 2 e si articola nei seguenti indirizzi:

- 1) fisiopatologia respiratoria e cardio-respiratoria;
- 2) neurofisiopatologia;
- 3) optometria.

Il diploma conseguito al termine dei corsi differenziati, secondo le modalità stabilite nello statuto, abilita, in relazione al corrispondente indirizzo, all'esercizio delle seguenti attività professionali:

fisiopatologia respiratoria e cardiorespiratoria: utilizzazione, su indirizzo medico, delle apparecchiature del settore specifico;

neurofisiopatologia: utilizzazione, su indirizzo medico, delle apparecchiature del settore specifico;

optometria: misurazione della vista e prescrizione di occhiali o trattamenti — non implicanti l'uso di medicinali o interventi chirurgici — per conservare o migliorare la capacità visiva, anche in riferimento alla prevenzione ed alla diagnosi precoce di malattie della vista, di competenza oculistica.

VAL. 835**Art. 6.**

(Corso di diploma per tecnico in statistica ed informatica sanitaria)

Il corso di diploma per tecnico in statistica ed informatica sanitaria ha la durata di due anni. In attesa della riforma della scuola secondaria superiore, possono essere ammessi coloro che siano in possesso del diploma di maturità.

Il diploma, conseguito al termine del corso secondo le modalità dello statuto, abilita all'esercizio nei seguenti profili professionali: tecnico diplomato preposto alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni sanitarie nei servizi socio-sanitari;

collaboratore dei servizi di epidemiologia e dei centri di informatica sanitaria a diverso livello territoriale (locale, regionale, nazionale);

tecnico diplomato con funzioni di collaborazione nelle attività didattico-scientifiche presso gli istituti, le cattedre e le scuole universitarie, per attività connesse con la statistica e l'informatica sanitaria.

D.C. 1086**Art. 9.**

(Corso di diploma per operatore in statistica ed informatica sanitaria)

Il corso di diploma per operatore in statistica ed informatica medica ha la durata di 2 anni. Il diploma conseguito al termine del corso, secondo le modalità dello statuto, abilita all'esercizio nei seguenti profili professionali:

operatore diplomato preposto alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni sanitarie nei servizi socio-sanitari;

collaboratore dei servizi di epidemiologia e dei centri di informatica medica a diverso livello territoriale (locale, regionale, nazionale); operatore diplomato con funzioni di collaborazione nelle attività didattico-scientifiche presso gli istituti, le cattedre e le scuole universitarie, per attività connesse con la statistica e l'informatica sanitaria.

I corsi di diploma per operatore di statistica medica e/o sanitaria possono essere attivati — o mantenuti ove già esistano — presso le facoltà di scienze statistiche e le scuole di statistica. Le modalità didattiche debbono essere stabilite in accordo con la facoltà di medicina di quella università.

I corsi — indipendentemente dalla sede di attivazione — debbono rispondere ai criteri fissati dai successivi articoli 11, 12 e da 17 e 23.

Art. 10.

(Corso di diploma di dietologia)

Il corso di diploma in dietologia ha la durata di anni due ed ha lo scopo di preparare personale operante nel settore della dietetica in qualità di tecnico dietista e dietista ospedaliero e della comunità.

Il diploma abilita all'esercizio dei seguenti profili professionali:

partecipazione tecnica ad attività di ricerca e di educazione sanitaria nel settore dell'alimentazione e della nutrizione;

sceita degli alimenti per la preparazione di razioni alimentari e dietetiche, atte alla nutrizione dell'individuo sano e malato e per la prevenzione di sindromi di malnutrizione.

Laurea in medicina (Generalità)

P.R.I. 704



VAL. 835

**D.C. 1086****Art. 13.**

(Finalità dell'ordinamento didattico)

In conformità delle direttive CEE numero 75/363 del 16 giugno 1975, l'ordinamento didattico per la laurea in medicina e chirurgia deve assicurare le seguenti acquisizioni:

a) adeguata conoscenza delle scienze sulle quali si fonda l'arte medica ed adeguata conoscenza dei metodi scientifici, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche ed all'analisi dei dati;

b) adeguata conoscenza della struttura delle funzioni e del comportamento degli esseri umani sani e malati, della riproduzione umana e dei rapporti tra l'ambiente naturale e sociale dell'uomo ed il suo stato di salute;

c) adeguata conoscenza dei problemi e dei metodi clinici, tale da sviluppare una organica comprensione della natura delle malattie fisiche e mentali nei quattro aspetti della medicina: prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione;

d) adeguata esperienza clinica, conseguita nelle strutture sanitarie proprie dell'Università o del Servizio sanitario nazionale, convenzionate con l'Università ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

L'intero ciclo di formazione medica deve comprendere un minimo di 5.500 ore di insegnamento teorico e pratico, comprensive anche della didattica integrativa ai sensi dell'articolo 14, terzo comma, n. 5), dell'articolo 41, secondo comma, lettera d), e dell'articolo 44 della presente legge.

P.C.I. 1322



P.S.I. 1951

Art. 5.

(Corso di laurea in medicina)

In conformità alle direttive CEE n. 75/363 del 16 giugno 1975, l'ordinamento didattico per la laurea in medicina deve garantire:

1) un'adeguata conoscenza delle scienze sulle quali si fonda l'arte medica ed un'adeguata conoscenza dei metodi scientifici, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche e all'analisi dei dati;

2) un'adeguata conoscenza della struttura delle funzioni e del comportamento degli esseri umani sani e malati, della riproduzione umana e dei rapporti tra l'ambiente naturale e sociale dell'uomo ed il suo stato di salute;

3) un'adeguata conoscenza dei problemi e dei metodi clinici, tale da sviluppare un'organica comprensione della natura delle malattie fisiche e mentali nei quattro aspetti della medicina: prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;

4) un'adeguata esperienza clinica.

Quest'ultima deve essere svolta obbligatoriamente nelle strutture assistenziali proprie dell'università o acquisite tramite convenzioni ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Laurea in medicina Contenuti dell'ordinamento didattico

P.R.I. 704

Art. 3.

(Corso di laurea in medicina e chirurgia)

Il corso di laurea in medicina e chirurgia si

articola in tre fasi didattiche:

a) corso propedeutico della durata di un anno, di cui all'articolo 2 della presente legge;

b) ciclo pre-clinico della durata di due anni;

c) ciclo clinico della durata di tre anni. Al ciclo pre-clinico si accede secondo le norme previste dall'articolo 2 della presente legge.

Nel corso del ciclo pre-clinico sono impartiti gli insegnamenti-base di anatomia, istologia, biochimica, fisiologia, patologia generale, fisiopatologia, per organi e per apparati, farmacologia, microbiologia, genetica, immunologia.

Il superamento degli esami è condizione necessaria per l'accesso al successivo ciclo clinico.

Nel corso del ciclo clinico viene impartito l'insegnamento integrato dell'anatomia patologica, della medicina e chirurgia generale e delle materie specialistiche.

La durata dei corsi e la loro articolazione dovranno uniformarsi alla normativa vigente nell'ambito della CEE. In tal senso il Governo della Repubblica provvederà a modificare l'ordinamento didattico universitario, sentito il parere del Consiglio nazionale universitario, con decreto del Presidente della Repubblica.

L'insegnamento teorico e pratico è organizzato dalla facoltà medica che a tale scopo si avvale sia di strutture e di personale propria di personale e strutture di altre facoltà, del Servizio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale delle ricerche. Al termine dei 6 anni di corso è obbligatorio un anno di tirocinio da svolgere secondo le norme e direttive CEE sia presso strutture universitarie sia presso quelle del Servizio sanitario nazionale.

VAL. 835**Art. 9.**

(Ordinamento didattico dei corsi di laurea)

Con decreto del Ministro della pubblica Istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale ed il Ministro della sanità, sarà determinato l'ordinamento didattico di ciascuno dei corsi di laurea, di cui al precedente articolo 1 e saranno dettate opportunamente norme di coordinamento per lo svolgimento di insegnamenti comuni ai due corsi di laurea.

L'ordinamento didattico dei predetti corsi di laurea dovrà uniformarsi, rispettivamente, alle direttive CEE n. 75/363/CEE del 16 giugno 1975 e 78/678/CEE del 25 luglio 1978 per quanto concerne i livelli qualitativi e quantitativi in esse previsti e dovrà consentire, determinandone il numero minimo, lo svolgimento di corsi opzionali scelti dallo studente tra quelli indicati nello statuto, nonché stabilirne la suddivisione delle materie in due cicli successivi. L'ammissione al secondo ciclo avviene previo superamento degli esami obbligatori previsti per il primo ciclo.

L'insegnamento è teorico e pratico, è può essere svolto, oltre che per singoli insegnamenti, anche mediante il coordinamento di insegnamenti tra loro affini o connessi.

La frequenza alle varie attività didattiche è obbligatoria e deve risultare attestata al fine di essere ammessi alle relative prove di esame.

Potranno essere adottate particolari disposizioni per agevolare la frequenza dei lavoratori studenti, fermo restando il principio che il numero complessivo delle ore da ciascuno studente dedicato all'apprendimento non può essere inferiore a quello fissato dalla normativa CEE.

Lo studente che, completato il rispettivo corso degli studi secondo il piano stabilito, abbia superato le prove prescritte, consegue la laurea in medicina o la laurea in odontoiatria e protes dentaria.

Le predette lauree, previo superamento del relativo esame di Stato, abilitano all'esercizio delle rispettive professioni.

(Riordinamento didattico)

Il corso di laurea in medicina e chirurgia, cui possono accedere, con le modalità previste agli articoli da 17 a 22 solo coloro che hanno frequentato il corso propedeutico di cui all'articolo 18, si articola in due cicli didattici:

1) ciclo preclinico, della durata di anni 2;

2) ciclo clinico della durata di anni 3.

Al fine della migliore distribuzione delle discipline del corso, ogni anno è suddiviso in due semestri.

Al fine di conseguire gli obiettivi previsti dal precedente articolo e di realizzare nel laureato in medicina e chirurgia una adeguata competenza professionale, basata su una idonea preparazione culturale, il riordinamento degli studi per il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia dovrà tener conto dei seguenti criteri:

1) massima integrazione possibile fra discipline formative di base, biologiche e cliniche, nel rispetto della necessaria propedeuticità degli insegnamenti;

2) adeguato inserimento nel curriculum scolastico delle discipline inerenti alle scienze umane e del contenuto concernenti la epidemiologia, la prevenzione e la riabilitazione;

3) unificazione nei filoni centrali dei contenuti irrinunciabili delle varie discipline cliniche settoriali, a carattere prevalentemente specialistico;

4) sviluppo adeguato di modalità didattiche integrate (lezioni integrate fra cultori di discipline biologiche, di discipline cliniche, clinico-biologiche; conferenze clinico-patologiche; seminari interdisciplinari, eccetera);

5) ampio ricorso alla pratica clinica guidata dello studente nelle strutture universitarie o del Servizio sanitario nazionale convenzionato a norma dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'ammissione ad ogni ciclo didattico può avvenire solo previo superamento degli esami obbligatori previsti per il ciclo didattico precedente.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, su conforme parere del Consiglio nazionale universitario, sarà determinato il nuovo ordinamento didattico del corso di laurea in medicina e chirurgia e saranno stabiliti analiticamente i contenuti didattici del corso propedeutico di cui agli articoli 18 e 19 della presente legge.

Il Ministro della pubblica istruzione si avvarrà dell'apporto tecnico della Conferenza permanente nei presidi delle facoltà mediche di cui all'articolo 35.

L'ordinamento didattico dovrà indicare gli insegnamenti irrinunciabili e quelli opzionali per il conseguimento della laurea, e stabilire altresì la suddivisione delle materie nei due cicli didattici successivi, organizzati secondo il criterio della propedeuticità e della semestralità, nonché i criteri relativi alla progressiva formazione clinico-pratica dello studente.

P.C.I. 1322

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

fisiologica 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 anestesologia;

d) diagnostica strumentale, riferita a funzioni, organi ed apparati.

I corsi integrati hanno caratteristica interdisciplinare, possono avere durata variabile 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.

P.S.I. 1951

(seguito dell'articolo 5)

Il corso di laurea in medicina si articola in due fasi didattiche successive all'anno propedeutico così suddivise:

1) biennio preclinico;

2) triennio clinico;

Nei biennio preclinico sono impartiti gli insegnamenti di anatomia sistematica e topografica, istologia, biochimica, fisiologia, microbiologia, patologia generale, farmacologia, igiene, immunologia e genetica. Nel triennio clinico gli insegnamenti di anatomia patologica, quelli di medicina e chirurgia generale e quelli specialistici saranno organizzati secondo piani di studio elaborati da ciascuna facoltà, in relazione anche ai programmi di sperimentazione, o finalizzati ai corsi di specializzazione post-laurea.

Al termine del corso di laurea è obbligatorio un anno di tirocinio pratico.

Il corso di laurea in medicina e chirurgia assume il nome di corso di laurea in medicina. Tutte le lauree in medicina e chirurgia rilasciate prima dell'entrata in vigore della presente legge sono equiparate ed hanno lo stesso valore a fini dei pubblici concorsi delle lauree in medicina.

Nell'ambito dell'autonomia universitaria le fa-

oltà possono istituire insegnamenti, integrati o meno, finalizzati e giustificati da specifici indirizzi di ricerca e di didattica o da particolari esigenze del territorio. Tali insegnamenti dovranno far parte dello statuto della relativa facoltà ed essere approvati dal Ministro della pubblica istruzione secondo le norme vigenti in materia.»

Anno propedeutico comune a diplomi e lauree - Finalità, contenuti -

P.R.I. 704

Il corso propedeutico è organizzato dalla facoltà di medicina in collaborazione con le altre facoltà.

Durante il corso sono impartiti insegnamenti istituzionali di fisica, chimica, matematica, biologia e lingua inglese.

VAL. 835

□

D.C. 1086

Art. 18.

(Corso propedeutico)

Il corso propedeutico è organizzato dalla facoltà di medicina che potrà avvalersi della collaborazione di docenti provenienti da altre facoltà. Corsi di laurea e di indirizzo, dipartimenti e scuole operanti nel settore sanitario. Il corso propedeutico ha lo scopo di consentire a coloro che sono in possesso del diploma di scuola secondaria superiore conseguito con un idoneo grado di preparazione culturale generale, di base ed orientata:

a) di sperimentare con criteri oggettivi la propria attitudine al proseguimento degli studi nel settore biomedico, scientifico ed assistenziale;

b) di consentire l'acquisizione di un fondamento culturale minimo comune fra coloro che operano nell'area delle discipline biomediche;

c) di facilitare il successivo indirizzo formativo verso i diplomi universitari e le lauree differenziate.

Art. 19.

(Contenuti didattici del corso propedeutico)

Il corso è suddiviso in due semestri durante i quali sono impartiti insegnamenti con programmi proporzionati alle finalità propedeutiche del corso di fisica medica e biomatematica; chimica e propedeutica biochimica; biologia, genetica ed istologia, nozioni fondamentali di anatomia umana, di scienze umane, di scienze infermieristiche, di epidemiologia e di lingua inglese specializzata al settore scientifico.

I programmi di insegnamento e la loro distribuzione nei due semestri sono stabiliti da decreto ministeriale, secondo le procedure previste dall'articolo 14, entro sei mesi dall'approvazione della presente legge.

Nel secondo semestre, deve essere realizzato altresì un periodo di didattica pratica in ambiente sanitario.

Fra il primo ed il secondo semestre è disposto un controllo della preparazione conseguita dall'attitudine agli studi medici dimostrate dallo studente, che dà luogo ad una certificazione. Ove il risultato sia sufficiente la certificazione consente il proseguimento della formazione propedeutica prevista nel semestre successivo.

In caso di risultato insufficiente, lo studente potrà ripetere la prova una sola volta.

P.C.I. 1322

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 presidi 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.

P.S.I. 1951

(art. 3 - II° comma)

Le materie di insegnamento dell'anno propedeutico sono: fisica, chimica, biologia, psicologia, statistica sanitaria, educazione sanitaria, istituzioni sanitarie, corso pratico di tecnica medico-assistenziale.

La successione degli insegnamenti viene stabilita dalle singole facoltà.

La frequenza alle lezioni ed esercitazioni delle varie materie è obbligatoria.

Alla fine dei relativi semestri di insegnamento gli studenti sosterranno gli esami per ciascuna materia. Non si potrà essere ammessi se non dopo aver superato tutti gli esami.

Anno propedeutico comune a diplomi e lauree - Accesso

P.R.I. 704

VAL. 835

D.C. 1086

(Segue art. 17)

- 4) corso di diploma per terapisti della riabilitazione ad indirizzi differenziati: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23;
- 5) corso di diploma per la formazione di operatori sanitari ad indirizzo tecnico-diagnostico strumentale: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23;
- 6) corso di diploma per operatore di statistica ed Informatica sanitaria: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23;
- 7) corso di diploma in dietologia: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23;
- 8) corso di laurea in medicina e chirurgia: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23;
- 9) corso di laurea in odontoiatria e protesi

dentale: si applicano le norme previste agli articoli da 18 a 23.

P.C.I. 1322

(v. art. 25 III°)

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 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.

P.S.I. 1951

Art. 3.

(Accesso ai corsi di laurea in medicina in odontoiatria e protesi dentaria ed ai corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari)

Per accedere ai corsi di laurea in medicina ed in odontoiatria e protesi dentaria ed ai corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari è necessario frequentare un anno di insegnamento propedeutico, a cui si accede, in attesa della riforma della scuola secondaria superiore, con un diploma della scuola secondaria superiore e superare alla fine dell'anno di insegnamento i relativi esami.

Valutazione dopo anno propedeutico per il proseguimento degli studi

P.R.I. 704

(segue art. 2 - IV°)

Al termine dell'anno propedeutico gli studenti sosterranno un esame mediante prova scritta nelle prime quattro discipline, secondo il metodo dei quesiti a scelta multipla, con garanzia dell'anonimato e un colloquio di lingua inglese fondato sulla lettura e interpretazione di un testo scientifico elementare in una delle predette discipline.

La prova sarà unica e si svolgerà contemporaneamente su tutto il territorio nazionale. I quesiti saranno scelti dal Ministro della pubblica Istruzione. I risultati dell'esame saranno sottoposti ad elaborazione elettronica che fornirà una graduatoria. Verranno considerati approvati gli studenti che avranno ottenuto un punteggio minimo prestabilito, oltre alla sufficienza nella prova di lingua.

In base alla loro posizione nella stessa graduatoria, gli studenti approvati verranno ammessi a proseguire gli studi medici nel numero fissato dal Parlamento con la legge sul Piano sanitario nazionale.

VAL. 835

D.C. 1086

Art. 20.

(Esame di idoneità al termine del corso propedeutico)

Al termine dell'anno propedeutico, gli studenti dalla certificazione ad esito positivo di

culall'articolo precedente, che risultano aver frequentato le attività didattiche del secondo semestre, sostengono una prova scritta, che ha lo scopo di costituire la base oggettiva per la formulazione della graduatoria che regola l'accesso a quei corsi di diploma e di laurea a numero programmato che prevedano un anno propedeutico in comune.

Le prove di esame si svolgono presso le università in un giorno unico fissato dal Ministro della pubblica Istruzione.

Le prove consistono in quesiti a scelta multipla ed a correlazione semplice o multipla, o ad incastro, o in domande che prevedano risposte a svolgimento scritto, con garanzia dell'anonimato, da espletarsi in tempi stabiliti.

Il programma di esame comprende quesiti su tutte le materie del corso propedeutico.

I quesiti, unici per tutte le università, sono predisposti da una commissione di 5 esperti, nominata dal Ministro della pubblica Istruzione.

I quesiti debbono essere articolati in domande per ciascuna delle materie.

L'elaborazione dei risultati è effettuata mediante elaboratore elettronico, a cura del Ministero della pubblica Istruzione.

Per ogni materia è attribuito dal calcolatore, in base alle risposte, un punteggio secondo i criteri in precedenza programmati in sede nazionale.

Le prove di esame si intendono classificabili se si è riportato un punteggio non inferiore a quello minimo prestabilito per ciascuna delle materie.

I candidati che hanno superato le prove di esame sono inclusi in una graduatoria unica di merito.

P.C.I. 1322

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.

P.S.I. 1951

(segue 3 - VI°)

Al termine dell'anno propedeutico gli studenti sosterranno un concorso nazionale per titoli ed esami. L'esame sarà sostenuto per mezzo di quesiti a risposta multipla relativamente alle prime cinque materie di cui al secondo comma del presente articolo e per mezzo di tema scritto per quanto riguarda le ultime tre materie del secondo comma del presente articolo. Il punteggio complessivo sarà determinato assegnando il 50 per cento al risultato dei quesiti a risposta multipla, il 30 per cento alla media dei voti riportati negli esami delle singole discipline dell'anno propedeutico e il 20 per cento al risultato della prova scritta.

Avranno superato l'esame di accesso di cui al comma precedente gli studenti che avranno ottenuto complessivamente un punteggio superiore a quello minimo stabilito dal Ministro della pubblica Istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale.

Sulla base della graduatoria, gli studenti approvati potranno chiedere l'iscrizione ai corsi di laurea o di diploma per operatori tecnico-sanitari sino ad esaurimento dei posti previsti secondo le modalità di cui al successivo comma.

Ammissione al corso dopo anno propedeutico e assegnazione di sede

P.R.I. 704

(segue art. 2 - VII°)

La distribuzione nelle varie sedi universitarie sarà operata dal Ministero della pubblica istruzione in base ai seguenti criteri, da applicare in ordine decrescente di importanza:

- 1) residenza del candidato;
 - 2) preferenze espresse dal candidato stesso prima dell'esame, anche per una rosa di sedi per più sedi in ordine successivo;
 - 3) posizione del candidato nella graduatoria.
- A ciascuno dei criteri anzidetti verrà attribuito un punteggio alla cui determinazione provvederà il Ministro della pubblica istruzione con apposito regolamento, sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche.
- Ogni eventuale trasferimento di studenti da una sede universitaria all'altra sarà consentito soltanto se non alteri la complessiva distribuzione dei posti prevista dal Piano sanitario nazionale.

VAL. 835

□

D.C. 1086

Art. 21.

(Ammissione ai corsi di diploma e di laurea)

L'ammissione a ciascuno dei corsi di diploma e di laurea avviene secondo l'ordine della graduatoria, nei limiti del numero dei posti programmati per ciascun corso, secondo i criteri di programmazione di cui all'articolo 40 della presente legge.

A parità di posizione nella graduatoria, si terrà conto del punteggio più elevato conseguito nelle prove relative alle seguenti materie: biologia, chimica, anatomia, nell'ordine citato.

Allo scopo di rispettare, nei limiti della programmazione dei posti e della graduatoria risultante dalle prove di esame di cui all'articolo 20 anche le preferenze individuali di scelta professionale, ciascun candidato, al momento di sottoporsi alla prova, ha la facoltà di indicare, in ordine di precedenza, su quale fra i corsi di laurea o di diploma cade la prima opzione personale.

Art. 22.

(Distribuzione dei vincitori nelle varie sedi)

Il candidato, in apposita scheda da allegarsi alla domanda di ammissione all'esame previsto al termine del corso propedeutico, indica — in ordine di precedenza — oltre alla prima e seconda opzione riguardante la scelta dei corsi, di cui all'articolo precedente, anche per la preferenza relativa alla sede universitaria. L'assegnazione della sede avviene da parte del Ministro della pubblica istruzione, nel rispetto per le università non statali delle eventuali disposizioni dello statuto che prescrivono ulteriori requisiti e condizioni di ammissione, avuto riguardo, nell'ordine preferenziale:

- a) alla indicazione volontariamente espressa;
- b) alla località di residenza del candidato nella stessa regione;
- c) alla residenza in regione limitrofa prima del corso di laurea o di diploma prescelto.

Con ordinanza del Ministro della pubblica istruzione, sono dettate annualmente le di-

sposizioni di attuazione per lo svolgimento degli esami di ammissioni, per la formazione della graduatoria e per l'assegnazione dei posti programmati.

P.C.I. 1322

(segue art. 26 - II°)

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 commissione 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.

P.S.I. 1951

(segue art. 3 - IX°)

I posti disponibili per i corsi di laurea e di diploma per operatori tecnico-sanitari, calcolati su base nazionale e suddivisi per singole Facoltà o Scuole, sono fissati ogni triennio dal Ministro della sanità, sulla base del numero di operatori sanitari indicato come necessario dal Piano sanitario nazionale, e sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche, di cui all'articolo 12 della presente legge.

Qualora uno studente, utilmente collocato nella graduatoria di merito, non possa essere ammesso nella sede universitaria in cui abbia frequentato l'anno propedeutico per carenza di posti, potrà richiedere l'iscrizione presso corsi di laurea di diversa sede universitaria in cui vi siano posti residui.

Il Ministro della pubblica istruzione, con proprio decreto, sentito il Consiglio universitario nazionale determinerà i criteri oggettivi per l'ammissione nell'ipotesi di pluralità di aspiranti, che abbiano riportato pari punteggio. Nello stesso decreto saranno altresì indicate le eventuali particolari provvidenze per gli allievi che dovessero iscriversi, per indisponibilità di posti, in università ubicate fuori della regione di residenza, sempre che essi rientrino nelle condizioni previste per aver titolo all'assegno di studio.

Accesso a corsi di laurea distinto da accesso a diplomi

P.R.I. 704

Art. 2.

(Accesso ai corsi di laurea)

Gli studi medici hanno inizio con un corso propedeutico della durata di un anno. L'ammissione al corso propedeutico è regolata dalla normativa prevista per i titoli finali della scuola secondaria superiore.

VAL. 835

Art. 10.

(Esame di ammissione ed assegnazione dei posti programmati dei corsi di laurea)

Possono partecipare all'esame di ammissione al primo anno dei corsi di laurea coloro che siano in possesso del diploma di scuola secondaria superiore in conformità a quanto previsto dalle leggi in materia di accesso agli studi universitari.

Le prove si svolgono presso le Università in un unico giorno fissato dal Ministro della pubblica istruzione, sulla base di un programma vertente sulle seguenti materie: matematica, fisica, chimica generale, biologia generale. Detto programma è predisposto dal Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale ed è reso noto almeno sei mesi prima dello svolgimento degli esami.

Le prove, da svolgersi con la garanzia dell'anonimato, consistono in quesiti a scelta multipla ed a correlazione semplice o multipla o ad incastro, da espletarsi in tempi prestabiliti.

I quesiti, unici per tutte le Università, sono scelti dal Ministro della pubblica istruzione e sono articolati in domande per ciascuna delle materie previste.

La elaborazione dei risultati è effettuata mediante calcolatore elettronico. Per ogni materia è attribuito dal calcolatore, in base alle risposte, un punteggio secondo gli criteri in precedenza programmati in sede nazionale.

Le prove di ammissione nella graduatoria si intendono classificabili se si è riportato un punteggio non inferiore a quello minimo prestabilito per ciascuna delle materie sulla quali vertono i quesiti.

I candidati che hanno superato le prove sono inclusi in un'unica graduatoria di merito per ciascuno dei due corsi di laurea.

Il punteggio valido alla formulazione della graduatoria di merito, rapportato in centesimi, è così distribuito: punti 70 all'esito delle prove di esame; punti 30 al punteggio riportato negli esami finali per il conseguimento del diploma di scuola secondaria superiore.

L'ammissione a ciascun corso di laurea, nel limite del numero dei posti programmati, avviene secondo l'ordine della graduatoria.

A parità di posizione nella graduatoria si terrà conto del punteggio più elevato conseguito nella prova di esame.

La distribuzione dei vincitori, nelle varie sedi, avviene in rapporto ai criteri di ricettività di ciascuna sede.

Al fine della distribuzione dei vincitori di ciascun corso di laurea nelle varie sedi universitarie, il candidato, in apposita scheda da allegarsi alla domanda di ammissione all'esame, indica il corso di laurea in medicina o in odontoiatria prescelto e l'ordine progressivo di preferenza della sede universitaria.

L'assegnazione della sede avviene da parte del Ministro della pubblica istruzione, nel rispetto per le Università non statali delle eventuali disposizioni statuarie che prescrivono ulteriori requisiti e condizioni di ammissione, avuto riguardo, nell'ordine preferenziale:

- a) alla località di residenza del candidato nella stessa Regione;
 b) alla residenza in regione limitrofa priva del corso di laurea prescelto;
 c) alla indicazione volontariamente espressa.

D.C. 1086



P.C.I. 1322



P.S.I. 1951



Corso di Laurea in Odontoiatria

P.R.I. 704

Art. 4.

(Corso di laurea di odontoiatria)

In conformità alle direttive CEE, l'ordinamento didattico per la laurea in odontoiatria assicura:

- a) un'adeguata conoscenza delle scienze sulle quali si fonda l'odontoiatria e l'adeguata conoscenza dei metodi scientifici di diagnosi e cura, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche e all'analisi dei dati;
 b) un'adeguata conoscenza della costituzione, della fisiologia, del comportamento degli esseri umani sani e malati, e del modo in cui l'ambiente naturale e sociale influisce sullo stato di salute dell'uomo, nella misura in cui ciò abbia attinenza con l'odontoiatria;
 c) un'adeguata conoscenza delle strutture e della funzione dei denti, bocca, mascelle e dei relativi tessuti sani e malati nonché dei loro rapporti con lo stato generale di salute e di benessere fisico e sociale del paziente;
 d) un'adeguata conoscenza delle discipline e dei metodi clinici, tale da fornire un quadro organico delle anomalie, lesioni e malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti sotto l'aspetto preventivo, diagnostico e terapeutico;
 e) un'adeguata esperienza clinica.

L'intero ciclo di formazione odontoiatrica deve comprendere un minimo di 5.000 ore d'insegnamento teorico e pratico.

Dopo l'anno propedeutico, di cui all'articolo 2, il corso di laurea in odontoiatria si articola in due cicli:

- a) ciclo pre-clinico della durata di due anni;
 b) ciclo clinico della durata di due anni.
 Al ciclo pre-clinico si accede secondo le norme dell'articolo 3 della presente legge. Il superamento degli esami e la loro articolazione dovranno uniformarsi alle norme e direttive comunitarie e rendere possibile una piena equivalenza dei titoli nell'ambito CEE.

L'insegnamento teorico e pratico è organizzato dalle facoltà mediche con la collaborazione del personale e delle strutture di altre facoltà, del Servizio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale delle ricerche.

VAL. 835



D.C. 1086

Art. 15.

(Finalità dell'ordinamento didattico)

In conformità della direttiva CEE/78/687 del 25 luglio 1978, l'ordinamento didattico per la laurea in odontoiatria e protesi dentaria deve assicurare le seguenti acquisizioni:

- 1) adeguata conoscenza delle scienze sulle quali si fonda l'odontoiatria ed adeguata conoscenza dei metodi scientifici, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche ed alla analisi dei dati;
 - 2) adeguata conoscenza della costituzione, della fisiologia e del comportamento degli esseri umani sani e malati, e del modo in cui l'ambiente naturale e sociale influisce sullo stato di salute dell'uomo, nella misura in cui ciò abbia rapporti con la odontoiatria;
 - 3) adeguata conoscenza della struttura e della funzione dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti sani e malati, nonché dei loro rapporti con lo stato generale di salute ed il benessere fisico e sociale del paziente;
 - 4) adeguata conoscenza delle discipline e dei metodi clinici, tale da fornire un quadro organico delle anomalie, lesioni e malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, sotto l'aspetto preventivo, diagnostico, terapeutico;
 - 5) adeguata esperienza clinica, conseguita nelle strutture sanitarie proprie dell'Università o del Servizio sanitario nazionale, convenzionate con l'Università ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
- L'intero ciclo di formazione odontoiatrica deve comprendere un minimo di 5.000 ore di insegnamento teorico e pratico, comprensive anche della didattica integrativa ai sensi dell'articolo 14, terzo comma, n. 5), articolo 41, secondo comma, lettera d), e articolo 44 della presente legge.

Art. 16.

(Ordinamento didattico)

Il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, cui possono accedere con le modalità previste agli articoli da 17 a 23, solo coloro che hanno frequentato il corso propedeutico di cui all'articolo 18, si articola in due cicli didattici:

- 1) ciclo preclinico, della durata di anni 2;
 - 2) ciclo clinico, della durata di anni 2.
- L'ordinamento degli studi è quello previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1980, n. 135 (tabella XVIII-bis).

P.C.I. 1322

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 quali 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 sog-

getto 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 ed adeguata conoscenza dei metodi scientifici, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche ed alla analisi dei dati;
- e) anestesiology 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.

P.S.I. 1951

Art. 6.

(Corsi di laurea in odontoiatria e protesi dentaria)

In conformità alle direttive CEE n. 78/687 del 25 luglio 1978, l'ordinamento didattico per la laurea in odontoiatria e protesi dentaria deve garantire:

- 1) un'adeguata conoscenza delle scienze sulle quali si fonda l'odontoiatria e l'adeguata conoscenza dei metodi scientifici di diagnosi e cura, soprattutto per quanto si riferisce alla misura delle funzioni biologiche e all'analisi dei dati;
 - 2) un'adeguata conoscenza della costituzione, della fisiologia, del comportamento degli esseri umani sani e malati, e del modo in cui l'ambiente naturale e sociale influisce sullo stato di salute dell'uomo, nella misura in cui ciò abbia attinenza con l'odontoiatria;
 - 3) un'adeguata conoscenza delle strutture e della funzione dei denti, bocca, mascelle e dei relativi tessuti sani e malati nonché dei loro rapporti con lo stato generale di salute e di benessere fisico e sociale del paziente;
 - 4) un'adeguata conoscenza delle discipline e dei metodi clinici, tali da fornire un quadro organico delle anomalie, lesioni e malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti sotto l'aspetto preventivo, diagnostico e terapeutico;
 - 5) un'adeguata esperienza clinica.
- Quest'ultima deve essere svolta obbligatoriamente nelle strutture assistenziali proprie dell'Università o acquisite tramite convenzione ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Un particolare spazio nella formazione clinica dovrà essere dato anche ai problemi della riabilitazione.

Il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria si articola in due fasi didattiche successive all'anno propedeutico così suddiviso:

- 1) anno preclinico;
 - 2) triennio clinico.
- Gli insegnamenti sono quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1980, n. 135 (tabella XVIII-bis). Gli insegnamenti di biologia, chimica, fisica e statistica sanitaria fanno parte dell'anno propedeutico come previsto dall'articolo 3, secondo comma, della presente legge.

Per quanto riguarda l'ordinamento degli altri insegnamenti, esso sarà determinato con decreto del Ministro della pubblica Istruzione, su conforme parere del Consiglio universitario nazionale.

Nell'ambito dell'autonomia universitaria le fa-

coltà potranno istituire insegnamenti, integrati o meno, finalizzati e giustificati da specifici indirizzi di ricerca e di didattica o da particolari esigenze legate al territorio. Tali insegnamenti dovranno far parte dello statuto della relativa facoltà ed essere approvati dal Ministro della pubblica Istruzione, secondo le norme vigenti in materia.

Altre lauree

P.R.I. 704

Art. 5.
(Corsi di laurea in scienze biomediche)

Sono previsti i seguenti corsi di laurea in scienze biomediche:

- 1) biochimica medica;
- 2) fisica medica;
- 3) genetica medica;
- 4) immunologia medica;
- 5) microbiologia e virologia;
- 6) patologia;

Ad essi possono accedere, nel numero previsto dalla legge sul Piano sanitario nazionale, gli studenti che hanno superato gli esami del primo anno del ciclo clinico del corso di laurea in medicina e chirurgia (quarto anno del corso di laurea in medicina e chirurgia).

I corsi di laurea in scienze biomediche comprendono due cicli: un primo ciclo coincidente con i primi quattro anni del corso di laurea in medicina e chirurgia ed un successivo ciclo di tre anni di studi, inclusivo di un anno di tirocinio pratico, secondo un'articolazione di insegnamenti stabilita — entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge — dal Ministro della pubblica Istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario provvisorio ed il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

L'insegnamento teorico e pratico è organizzato dalla facoltà medica con la collaborazione di personale e strutture di altre facoltà, del Servizio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale delle ricerche.

Norme per recupero, passaggi di corso e trasferimenti

P.R.I. 704

(segue art. 2)

Ogni eventuale trasferimento di studenti da una sede universitaria all'altra sarà consentito soltanto se non alteri la complessiva distribuzione dei posti prevista dal Piano sanitario nazionale.

VAL. 835

(segue art. 10)

Il passaggio da un corso di laurea all'altro della stessa o altra Università, ovvero il trasferimento da una Università all'altra per lo stesso corso di laurea, può avvenire per compensazione al fine di non alterare il numero programmato per ciascun corso di laurea in sede universitaria.

Con ordinanza del Ministro della pubblica Istruzione, sono dettate annualmente le di-

sposizioni per l'attuazione di quanto previsto nei precedenti commi.

D.C. 1086

Art. 23.
(Trasferimenti e cambiamenti di corso)

Il passaggio da un corso di laurea all'altro della stessa o altra Università, previa valutazione dell'equivalenza degli esami sostenuti sulla base di norme emanate dal Ministro della pubblica Istruzione, ovvero il trasferimento da una Università all'altra per lo stesso corso di laurea, può avvenire solo per compensazione al fine di non alterare il numero programmato per ciascun corso di laurea di ogni sede universitaria.

Gli stessi principi si applicano per i corsi di diploma.

La corrispondenza fra esami in discipline identiche contenute nei corsi di diploma e nei corsi di laurea, ai fini della valutazione di equivalenza in caso di richiesta di passaggio da corso di diploma a corso di laurea o viceversa, sarà stabilita, con norma ministeriale, una volta avvenuto il riordinamento del curriculum dei corsi di laurea e dei corsi di diploma previsti dalla presente legge.

P.C.I. 1322

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 d'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.

P.S.I. 1951

(segue art. 3)

Il corso propedeutico non può essere frequentato per più di tre volte.

Lo studente che, pur approvato, non è riuscito, causa la sua posizione in graduatoria, ad ottenere uno dei posti messi a concorso per un determinato corso di laurea o di diploma di cui ai punti 1), 2) e 6) dell'articolo 2, può ripresentarsi al concorso nazionale per un numero massimo totale di tre volte. I titoli saranno rappresentati dalla media dei voti ottenuti agli esami delle materie dell'anno propedeutico frequentato.

Dottorato di ricerca

P.R.I. 704

Art. 8.
(Il dottorato di ricerca)

Gli studi per il dottorato di ricerca formano personale di elevata preparazione scientifica in materie biomediche fondamentali.

Tali studi sono organizzati dai dipartimenti, anche avvalendosi delle unità funzionali previste agli articoli 13 e 14 della presente legge. Il Comitato nazionale delle facoltà mediche accerta quali dipartimenti siano idonei all'organizzazione degli studi per il dottorato di ricerca. L'idoneità è soggetta a verifica quinquennale da parte dello stesso organismo. Il numero dei posti per aspiranti al conseguimento del dottorato di ricerca è programmato dal Consiglio nazionale universitario provvisorio sulla base di indicazioni fornite dal Comitato nazionale delle facoltà mediche. I posti sono ripartiti fra le varie sedi universitarie del Comitato nazionale delle facoltà mediche.

L'ammissione ai corsi per il conseguimento del dottorato di ricerca è subordinata al superamento di un esame presso il dipartimento al quale il corso di dottorato afferisce.

Possono concorrere gli studenti che abbiano superato gli esami del quarto anno di uno dei corsi di laurea previsti dall'articolo 1 della presente legge o che abbiano conseguito una di tali lauree.

Gli studenti ammessi sono affidati dal Consiglio di dipartimento previsto dall'articolo 14 della presente legge al direttore di una delle unità funzionali di cui all'articolo 13. Docente e studente condividono la responsabilità e l'iniziativa dell'organizzazione e dello svolgimento del programma di studi.

Gli studi per il conseguimento del dottorato di ricerca si articolano in due fasi:

a) un primo anno, al termine del quale il direttore dell'unità funzionale esprimerà al consiglio di facoltà un parere motivato circa l'idoneità o meno dello studente a proseguire gli studi per il conseguimento del dottorato. Contro l'eventuale parere negativo lo studente ha diritto di ricorrere presso il consiglio di facoltà, il quale può consentirgli un ulteriore anno di prova presso una diversa unità funzionale dello stesso o di altro dipartimento. Non è previsto ricorso contro l'eventuale parere negativo espresso al termine di questo secondo anno di prova;

b) un periodo minimo di altri quattro anni di studio destinati alla formulazione e allo svolgimento di un progetto originale di ricerca. Durante questa seconda fase lo studente ha l'obbligo di trascorrere un periodo complessivo di almeno un anno presso un altro dipartimento universitario o struttura di ricerca, italiani o stranieri.

Il titolo di dottore di ricerca viene conseguito a seguito della discussione di una tesi o dissertazione davanti a una commissione composta di studiosi anche stranieri designati dal Consiglio nazionale universitario provvisorio, della quale faccia parte un docente di ruolo del dipartimento presso il quale lo studente ha atteso al corso di dottorato.

Il dottorato di ricerca è titolo scientifico valutabile esclusivamente ai fini delle attività didattiche o di ricerca.

È condizione per il rilascio del titolo di dottore di ricerca che copie anche non stampate dei lavori sulla base dei quali esso è stato conseguito siano depositate presso le biblioteche nazionali di Roma e di Firenze, che ne dovranno assicurare la pubblica consultabilità per non meno di trent'anni. Tali testi dovranno essere corredati della relazione del commissario, incluse le eventuali relazioni di minoranza.

VAL. 835



D.C. 1086

Art. 33.
(Dottorato di ricerca)

Con riferimento alla legge 21 febbraio 1980, n. 28, possono essere attivati corsi presso le facoltà mediche per il conseguimento del dottorato di ricerca.

L'attivazione dei corsi, da attuarsi gradualmente, segue i principi e le modalità indicate negli articoli da 68 a 70 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, tenuto conto altresì delle valutazioni espresse dalla conferenza permanente dei presidi, di cui all'articolo 35 della presente legge.

Analogamente, ai corsi per il conseguimento del dottorato di ricerca presso le facoltà di medicina si applicano le norme relative all'ammissione, alla formazione presso altre università ed istituti italiani ed esteri, al conseguimento del titolo, al riconoscimento ed equipollenze previste rispettivamente agli articoli 71, 72, 73 e 74 del citato decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Gli iscritti ai corsi istituiti presso le facoltà o dipartimenti che svolgono attività assistenziale e finalizzati al conseguimento del dottorato in discipline cliniche debbono collaborare all'attività di assistenza, secondo le indicazioni contenute nel programma del corso.

P.C.I. 1322

v. art. 23

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.

v. art. 24

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.

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.

P.S.I. 1951

Art. 11.
(Dottorato di ricerca)

Per l'ordinamento del dottorato di ricerca si fa riferimento a quanto stabilito nel capo II, articolo 68, 69, 70, 72, 73 e 74 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

v. art. 4

L'istituzione del Corso di dottorato di ricerca nelle facoltà mediche segue la normativa nell'articolo 68 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 dell'11 luglio 1980.

L'accesso al corso è regolamentato da quan-

to stabilito nell'articolo 71 del decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma precedente.

Formazione permanente, aggiornamento ed altre attività didattiche

P.R.I. 704

Art. 9.
(Formazione permanente del medico)

Le attività didattiche destinate alla formazione permanente del medico sono programmate dagli ordini professionali provinciali dei medici. Gli ordini dei medici si avvalgono della collaborazione dei singoli corsi di laurea e di specializzazione delle facoltà mediche. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare norme con valore di legge ordinaria destinate a regolare organicamente la materia tenendo presenti le più avanzate esperienze di aggiornamento scientifico e professionale in Italia e all'estero, sentiti il Consiglio nazionale universitario provvisorio e il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

VAL. 835

Art. 19.
(Attività di educazione permanente sanitaria)

L'Università collabora con la Regione nel cui territorio ha sede, al fine di realizzare un organico intervento nel settore dell'educazione permanente sanitaria, specie per quanto riguarda gli operatori sanitari ad elevato grado di formazione e specializzazione, per il cui aggiornamento professionale è indispensabile l'apporto delle Istituzioni universitarie.

Le forme, i modi ed i tempi di collaborazione saranno disciplinati con apposite convenzioni con le Regioni.

L'Università può altresì collaborare, stipulando particolari accordi, a programmi di aggiornamento e di educazione permanente di operatori sanitari che altri enti ed Istituzioni, nell'ambito delle rispettive competenze, possono assumere.

I consigli di facoltà programmano le attività di aggiornamento degli operatori sanitari a formazione universitaria e post-universitaria in attuazione delle convenzioni e degli accordi stipulati dall'Università, nonché ogni altra iniziativa di educazione permanente che intendono promuovere.

D.C. 1086

Art. 34.
(Partecipazione dell'università ad attività di aggiornamento e di formazione permanente del personale sanitario)

Le università e le Regioni collaborano al fine di realizzare un organico intervento nel settore dell'aggiornamento del personale delle unità sanitarie locali, specie per quanto riguarda gli operatori sanitari ad elevato grado di formazione e specializzazione, per il cui aggiornamento professionale è indispensabile l'apporto delle Istituzioni universitarie.

Le forme, i modi ed i tempi di collaborazione saranno disciplinati con apposite convenzioni fra università e Regione.

L'università può altresì collaborare a programmi di aggiornamento e di educazione

permanente di operatori sanitari che altri enti ed Istituzioni, nell'ambito delle rispettive competenze, possono assumere.

P.C.I. 1322

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 e di informazione sui temi sanitari della popolazione o di particolari categorie di lavoratori.

P.S.I. 1951

Art. 10.
(Aggiornamento per la formazione permanente degli operatori sanitari)

I corsi di aggiornamento per gli operatori sanitari, da espletarsi mediante riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici, sono programmati e svolti in collaborazione fra l'università, la regione e gli ordini professionali, articolandosi, in modo flessibile, secondo le specifiche necessità.

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e il Comitato nazionale delle facoltà mediche, determinano un monte ore per attività di aggiornamento culturale e professionale, realizzabile attraverso i corsi di cui al presente articolo e anche attraverso la partecipazione a congressi e seminari scientifici, e le relative modalità di partecipazione. A tale monte ore sono tenuti i medici del Servizio sanitario nazionale con cadenza decennale.

La partecipazione a tali aggiornamenti viene considerata attività sostitutiva del servizio normalmente prestato a tutti gli effetti. Oltre al normale trattamento retributivo possono essere accordate anche indennità di trasferta.

La partecipazione ai corsi di aggiornamento di cui al primo comma del presente articolo costituisce, a parità di punteggio, nel concorso pubblici titolo preferenziale.

Corsi di specializzazione: finalità e istituzione

P.R.I. 704

Art. 7.
(Corsi di specializzazione post-laurea)

I corsi di specializzazione per laureati in medicina e in odontoiatria hanno lo scopo di formare specialisti il cui grado di preparazione professionale corrisponda a quello stabilito dalle norme e direttive CEE.

Le denominazioni, le modalità di accesso, l'ordinamento didattico e la durata dei corsi di specializzazione sono uguali per tutte le sedi universitarie e sono fissati con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro competente, sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

I singoli corsi di specializzazione sono istituiti nel numero previsto dal Piano sanitario nazionale. Le sedi dei singoli corsi di specializzazione sono indicate dal Comitato nazionale

delle facoltà mediche sulla base delle richieste e proposte avanzate dai singoli Consigli di facoltà e tenuto conto del piano nazionale di cui all'articolo 15 della presente legge.

VAL. 835

Art. 11.

(Finalità dei corsi di specializzazione)

I corsi di specializzazione per laureati in medicina ed in odontoiatria e protesi dentaria hanno lo scopo di formare specialisti il cui grado di preparazione culturale e pratica a contenuto professionale deve corrispondere a quello stabilito dalle norme della Comunità europea in relazione alle specializzazioni comuni a tutti o più Stati membri.

A tal fine, le denominazioni, le modalità di accesso, l'ordinamento didattico e la durata dei corsi di specializzazione devono essere uniformi in tutte le Università, in conformità alla direttiva CEE n. 75/363/CEE del 16 giugno 1975.

Gli statuti delle Università determinano i corsi di specializzazione in conformità a quanto previsto nei successivi articoli 12, 13 e 14.

Art. 12.

(Istituzione dei corsi di specializzazione)

Le scuole di specializzazione esistenti assumono le denominazioni di corsi e si uniformano alle disposizioni contenute nella presente legge.

L'istituzione dei nuovi corsi di specializzazione deve rispondere agli obiettivi indicati dalla programmazione sanitaria nazionale, tenuto conto del piano di sviluppo universitario nazionale.

D.C. 1086

Art. 24.

(Finalità dei corsi di specializzazione)

I corsi di specializzazione per laureati in medicina e per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria hanno lo scopo di formare specialisti il cui grado di preparazione culturale e pratica a contenuto professionale deve corrispondere a quello stabilito dalle norme della Comunità europea in relazione alle specializzazioni comuni a tutti o due o più Stati membri.

A tal fine, le denominazioni e la durata dei corsi di specializzazione devono essere uniformi in tutte le università, e sono fissati dal Ministro della pubblica Istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentiti il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio sanitario nazionale.

Art. 25.

(Istituzione dei corsi di specializzazione)

Gli statuti delle università determinano i corsi di specializzazione in conformità a quanto previsto dalla presente legge, ed indicano la struttura universitaria (istituto o dipartimento) presso la quale ha sede ciascun corso, tenuto conto dell'indirizzo generale degli insegnamenti impartiti.

Le scuole di specializzazione esistenti assumono la denominazione di corsi e si uniformano alle disposizioni contenute negli articoli da 24 a 26 della presente legge.

L'istituzione dei nuovi corsi di specializzazione deve rispondere agli obiettivi indicati dalla programmazione nazionale universitaria e dal piano sanitario nazionale.

Qualora le strutture universitarie non siano in condizione di soddisfare la domanda di specialisti richiesti dal servizio sanitario nazionale, il Ministro della pubblica Istruzione — sentite le università interessate ed il Consiglio nazionale universitario — può istituire, su richiesta delle singole Regioni, nuovi corsi

di specializzazione che verranno affidati, mediante apposite convenzioni fra università e unità sanitarie locali, a strutture ospedaliere in possesso dei requisiti idonei, anche sotto il profilo didattico e scientifico, all'uopo accertati da una commissione paritetica università-regione, fermo restando la direzione dei corsi, la sede legale e la sede di valutazione finale presso le facoltà interessate, ed il rilascio del relativo diploma da parte dell'università competente.

Le convenzioni di cui al comma precedente dovranno prevedere, tra l'altro, il mantenimento del rapporto paritario fra docenti universitari e professori a contratto appartenenti al ruolo del servizio sanitario nazionale.

La commissione paritetica è formata da quattro membri designati dal consiglio di facoltà competente e da quattro rappresentanti designati dalla Regione, di cui almeno due in rappresentanza delle organizzazioni sindacali mediche più rappresentative.

P.C.I. 1322

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 dai consigli 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.

P.S.I. 1951

Art. 7.

(Corsi di specializzazione post-laurea in medicina e corsi di specializzazione in odontoiatria e protesi dentaria)

I corsi di specializzazione post-laurea in odontoiatria e protesi dentaria sono disciplinati dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162. Essi, in conformità con le direttive CEE, sono organizzati sulla base di uno stretto rapporto fra apprendimento teorico e attività assistenziale.

Specializzazione: ammissione ai corsi

P.R.I. 704

(v. art. IV°)

I laureati che intendono iscriversi ai corsi di specializzazione devono essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale. I laureati in odontoiatria possono iscriversi solo ai corsi di specializzazione previsti nelle direttive CEE. I candidati devono superare un concorso per titolo ed esami che si svolge entro il 30 settembre di ciascun anno. L'esame si svolge con le stesse procedure previste dalla presente legge per la selezione degli studenti al termine dell'anno propedeutico dei corsi di laurea e secondo modalità determinate con il decreto presidenziale di cui al precedente comma secondo. Le graduatorie sono stabilite in sede di selezione. L'ammissione, in relazione ai posti disponibili è determinata secondo l'ordine di graduatoria, e diviene definitiva a seguito del superamento di un periodo di prova di 6 mesi. A parità di punteggio, si terrà conto del curriculum degli studi.

VAL. 835

Art. 14.

(Ammissione ai corsi di specializzazione)

Per l'iscrizione ai corsi di specializzazione in base ai diplomi di laurea per i quali sono previ-

sti esami di Stato per l'esercizio professionale, l'aspirante deve essere in possesso anche della predetta abilitazione professionale.

I candidati devono superare un concorso per titoli ed esami che si svolge, nelle varie sedi dei corsi, entro il 30 settembre di ogni anno, secondo modalità stabilite nello statuto, in aderenza a quanto previsto dal precedente articolo 13.

L'ammissione, in relazione ai posti disponibili, è determinata secondo l'ordine di graduatoria. A parità di punteggio si terrà conto del curriculum degli studi universitari e di eventuali titoli scientifici.

D.C. 1086

Art. 26.

(Ammissione ai corsi di specializzazione)

Coloro che intendono iscriversi ai corsi di specializzazione riservati, secondo le norme CEE, a laureati in medicina, debbono essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale.

Per coloro che, laureati in disciplina non medica, chiedono di poter sostenere le prove di ammissione per quei corsi di specializzazione inerenti alle discipline medico-sanitarie sottoposte alla normativa presente, che espressamente prevedano questa facoltà in ottemperanza a specifiche norme CEE, è analogamente richiesto il possesso di diploma di abilitazione professionale corrispondente alla laurea conseguita.

I laureati in odontoiatria possono iscriversi solo a corsi di specializzazione eventualmente previsti nelle direttive CEE in materia.

I candidati devono superare un concorso per titoli ed esami a carattere nazionale che si svolge, nelle varie sedi dei corsi, entro il 30 settembre di ogni anno, secondo modalità stabilite dal Ministro della pubblica Istruzione, sentito il Ministro della sanità, con decreto da emanarsi entro sei mesi dalla promulgazione della presente legge. L'ammissione, in relazione ai posti disponibili, è determinata secondo l'ordine di graduatoria, nel rispetto per le università non statali delle eventuali disposizioni di statuto che prescrivono ulteriori requisiti e condizioni di ammissione.

A parità di punteggio si terrà conto del curriculum degli studi.

P.C.I. 1322

(v. art. 18)

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

P.S.I. 1951

Art. 4.

(Accesso ai corsi di specializzazione delle facoltà di medicina e al dottorato di ricerca)

L'accesso ai corsi di specializzazione post-laurea afferenti agli studi di medicina è disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

Specializzazione: ordinamento didattico, modalità insegnamento

P.R.I. 704

(v. art. 7 - V°)

La durata del corso, l'elenco delle materie d'insegnamento, le attività pratiche da svolgere

re, la loro distribuzione nei diversi anni di ciascun corso di specializzazione sono approvati dalla facoltà in conformità del decreto presidenziale di cui al precedente comma secondo.

(v. art. 7)

Nel formulare il giudizio di idoneità al conseguimento del titolo di specialista nelle specialità chirurgiche, la commissione è tenuta a prendere in considerazione l'attività operativa svolta dal candidato.

VAL. 835

Art. 13.
(Ordinamento didattico dei corsi di specializzazione)

La durata del corso, l'elenco delle materie di insegnamento, le attività pratiche da svolgere, le modalità di frequenza delle attività didattiche, teoriche e pratiche, la determinazione dei diplomi di laurea richiesti per l'accesso a ciascun corso di specializzazione, le modalità dell'esame di ammissione, sono stabiliti nello statuto dell'Università in conformità ad uno statuto tipo predisposto, sulla base di quanto prescritto dai precedenti articoli 11 e 12, dal Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario, ed emanato con decreto ministeriale entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

L'insegnamento deve essere teorico e pratico. A tal fine, per le specialità mediche, allo specializzando vengono assegnate anche attività di carattere assistenziale; nelle specialità chirurgiche, inoltre, lo specializzando è ammesso all'esercizio diretto di interventi progressivamente più impegnativi sotto la guida dei docenti.

Le attività didattiche teoriche e pratiche e la indicazione delle sedi didattiche presso le quali devono essere svolte, sono per ciascun corso programmate in un piano didattico.

Parte dell'attività indicata deve essere svolta comunque nella struttura didattica in cui ha sede il corso di specializzazione per un periodo non inferiore a tre mesi per anno accademico.

Alla fine di ogni anno accademico lo specializzando deve sostenere gli esami di profitto, consistenti in valutazioni teoriche e pratiche, per il passaggio all'anno di corso successivo. La commissione di esame, di cui fanno parte il direttore del corso ed i docenti delle materie relative all'anno in corso, esprime un giudizio sul livello di preparazione del candidato nelle singole materie del corso.

Ove tale livello risulti insufficiente per una o più materie, il candidato può ripetere l'esame per una sola volta a meno che la commissione esprima un giudizio globale di idoneità del candidato alla prosecuzione del corso.

D.C. 1086

Art. 27.
(Ordinamento didattico dei corsi di specializzazione)

La durata del corso, l'elenco delle materie di insegnamento, le attività pratiche da svolgere, la loro distribuzione nei diversi anni di ciascun corso di specializzazione, sono stabilite nello statuto dell'Università in conformità ad uno statuto tipo predisposto dal Ministro della pubblica istruzione sentito il Ministro della sanità, la conferenza permanente dei presidi ed il Consiglio nazionale universitario.

Lo statuto tipo è emanato con decreto ministeriale entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 28.
(Modalità di insegnamento ed esami nei corsi di specializzazione)

L'insegnamento deve essere teorico e pratico.

A tal fine, per le specialità mediche, allo specializzando vengono assegnate anche attività di carattere assistenziale; nelle specialità chirurgiche, inoltre, lo specializzando, è ammesso all'esercizio diretto di interventi progressivamente più impegnativi sotto la guida dei docenti.

Il consiglio del corso di specializzazione formula annualmente il programma didattico relativo a ciascun anno di corso. In tale programma sarà indicata altresì la distribuzione delle attività didattiche teoriche e pratiche nell'ambito delle strutture universitarie ed in quelle del servizio sanitario nazionale, convenzionate con l'università.

Parte dell'attività indicata deve essere svolta comunque nella struttura in cui ha sede il corso di specializzazione, per un periodo non inferiore a tre mesi per anno accademico.

Il consiglio del corso di specializzazione può stabilire modalità periodiche di valutazione, nel corso dell'anno accademico, dell'apprendimento teorico e del grado di professionalità conseguito dallo specializzando.

All'inizio dell'anno accademico, il direttore del corso di specializzazione convoca, in seduta distinta, i docenti e gli specializzandi iscritti per ogni anno in cui si articola il corso stesso, e coordina con i presenti il calendario delle attività didattiche, con riferimento al programma didattico di cui al secondo comma del presente articolo, e le modalità pratiche per attuare quanto sia stato eventualmente disposto a norma del terzo comma del presente articolo.

Alla fine di ogni anno accademico lo specializzando deve sostenere gli esami di merito, abilitanti al passaggio all'anno di corso successivo, che consistono in valutazioni teoriche e pratiche.

La commissione di esame, di cui fanno parte il direttore del corso ed i docenti delle materie relative all'anno in corso, esprime un giudizio sul livello di preparazione del candidato nelle singole materie del corso.

Ove tale livello risulti insufficiente per una o più materie, il candidato può ripetere l'esame per una sola volta, a meno che la commissione esprima un giudizio globale di idoneità del candidato alla prosecuzione del corso.

P.S.I. 1951

(v. art. 7 1°)

La formazione dello specialista richiede un impegno a tempo pieno all'interno delle strutture della scuola con progressivo esercizio di attività sempre più qualificate fino al raggiungimento di una completa idoneità all'esercizio professionale.

Per le specializzazioni a contenuto chirurgico il conseguimento del titolo di specialista è condizionato dall'aver svolto presso le strutture della scuola di specializzazione un numero di interventi chirurgici in prima persona, determinato con decreto del Ministro della pubblica istruzione per le singole specializzazioni su proposta del Consiglio Nazionale delle facoltà mediche di cui all'articolo 12 della presente legge. Al fine della formulazione delle statistiche abilitanti alle specializzazioni chirurgiche i registri operatori delle cliniche universitarie e degli ospedali convenzionati hanno valore di atto pubblico.

Specializzazione Frequenza ai corsi

P.R.I. 704

(v. art. 7 - VI°)

La frequenza è obbligatoria. In caso di ripetute e inutili richiami, lo specializzando può es-

sere dichiarato decaduto con deliberazione del preside della facoltà, ferma restando la validità degli anni di corso eventualmente già completati.

Il consiglio del corso di specializzazione, su richiesta dell'interessato, può consentire la permanenza complessiva di un anno presso altro dipartimento universitario italiano o presso università straniera.

VAL. 835

Art. 15.
(Frequenza ai corsi di specializzazione)

La frequenza dello specializzando all'attività didattica e professionalizzante di carattere teorico e pratico è obbligatoria ed è attestata su apposito libretto analitico delle attività stesse, redatto sotto la personale responsabilità del docente della struttura didattica, cui afferiscono le attività sopra indicate.

La frequenza alle attività didattiche e professionalizzanti si svolge secondo i principi del pieno impegno ed in conformità a quanto previsto dallo statuto.

Parte dell'attività formativa pratica, corrispondente al corso al quale sono iscritti dipendenti di ruolo dell'Università o di strutture sanitarie pubbliche, può essere svolta presso le strutture di appartenenza, fermo restando in ogni caso l'obbligo di frequenza per almeno sei mesi l'anno nelle strutture sede dei corsi.

Su richiesta dell'interessato, può altresì essere consentita la permanenza massima di un anno in un'altra Università italiana o straniera, allo scopo di approfondire l'esperienza teorico-pratica.

Chi è già in possesso di un diploma di specializzazione non gode delle facilitazioni previste dal presente articolo.

In relazione alla graduale attuazione del tempo pieno per la formazione del medico specialista, in conformità alla direttiva CEE n. 75/363/CEE ed alle successive direttive e raccomandazioni che in materia saranno adottate dal Consiglio della Comunità economica europea, si provvederà con successiva legge salvo quanto previsto nella legge 21 febbraio 1980, n. 28, sulla docenza universitaria.

D.C. 1086

Art. 30.
(Frequenza ai corsi)

La frequenza dello specializzando all'attività didattica e professionalizzante di carattere teorico e pratico è obbligatoria ed è attestata su apposito libretto analitico delle attività stesse, redatto sotto la personale responsabilità del docente della struttura universitaria e di quella convenzionata, cui afferiscono le attività sopra indicate.

La frequenza alle attività didattiche e professionalizzanti si svolge secondo i principi del pieno impegno, per un tempo non inferiore a 11 mesi per anno, partecipando all'attività assistenziale della struttura clinica universitaria od ospedaliera o territoriale.

Eventuali deroghe non possono discostarsi dalla normativa CEE in proposito.

Gli specializzandi che ricoprono un posto di ruolo presso le università o le strutture sanitarie pubbliche devono richiedere permessi giornalieri del consiglio del corso di specializzazione, l'aspettativa per motivi di studio con diritto agli assegni per il periodo di tempo strettamente necessario alla frequenza del periodo da svolgersi presso le strutture universitarie.

L'ammissione di appartenenza è tenuta a concedere permessi e l'aspettativa richiesti nel limite massimo di tre mesi, e può nominare un supplente limitatamente ai periodi di aspettativa. Il consiglio del corso di specializzazione

stabilisce per tali specializzandi quale parte dell'attività formativa pratica, corrispondente al corso al quale sono iscritti, può essere svolta presso gli enti di provenienza.

Il consiglio del corso di specializzazione, su richiesta dell'interessato, può altresì consentire la permanenza massima di un anno in un altro dipartimento universitario italiano o presso una università straniera, allo scopo di approfondire l'esperienza teorico-pratica. Chi è già in possesso di un diploma di specializzazione non gode delle facilitazioni previste dal presente articolo.

P.C.I. 1322

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.

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.

P.S.I. 1951

v. art. 7

La frequenza alle attività didattiche e professionalizzanti, con partecipazione all'attività assistenziale della struttura universitaria o delle strutture assistenziali convenzionate dall'Unità sanitaria locale, è obbligatoria per un numero di 40 ore settimanali e per un periodo non inferiore a 11 mesi all'anno.

Lo specializzando può usufruire di una borsa di studio ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

In deroga a quanto sopra per gli specializzandi appartenenti ad altra Amministrazione pubblica la partecipazione al corso viene regolamentata, anche dal punto di vista economico, dalla normativa relativa alla aspettativa per motivi di studio. Il personale di ruolo delle Unità sanitarie locali, ammesso al corso di specializzazione, è collocato in posizione di comando ed è tenuto al rispetto degli esami prescritti. In caso di inadempienza a quanto sopra il comando cessa e lo specializzando deve riprendere il servizio presso la Unità sanitaria locale di appartenenza.

Specializzazione - Rimunerazione Diploma

P.R.I. 704

(v. art. 7 - IX°)

I laureati ammessi al corso di specializzazione non hanno alcun rapporto di impiego e debbono essere impegnati per la loro formazione per non meno di trenta ore settimanali. Ad essi è riconosciuto dall'università, per la durata del corso, un premio annuo di frequenza, da corrispondere in unica soluzione e sotto condizione di regolare e continua frequenza, pari a due terzi dello stipendio lordo iniziale di un assistente di ruolo ospedaliero. Tale premio non compete a chi usufruisce di emolumenti, assegni o compensi comunque denominati, derivanti da rapporto di impiego, o di borse di studio di importo pari a superiore, ovvero sia già in possesso di diploma di specializzazione. Se la borsa di studio è di importo inferiore, si farà luogo soltanto al pagamento della differenza. La spesa per l'erogazione dei premi di cui al presente articolo graverà su apposito capitolo di bilancio del Ministero della pubblica Istruzione.

VAL. 835

(v. art. 15 - VI°)

In relazione alla graduale attuazione del tempo pieno per la formazione del medico specialista, in conformità alla direttiva CEE n. 75/363/CEE ed alle successive direttive e raccomandazioni che in materia saranno adottate dal Consiglio della Comunità economica europea, si provvederà con successiva legge salvo quanto previsto nella legge 21 febbraio 1980, n. 28, sulla docenza universitaria.

Art. 16.

(Diploma di specialista)

L'Università conferisce il titolo di specialista nelle diverse discipline previste agli specializzandi che, completato il rispettivo corso di studi secondo il piano stabilito e superate le prove prescritte, ottengono un giudizio positivo sulla loro preparazione globale.

Per accedere all'esame di diploma, lo specializzando dovrà presentare alla commissione d'esame un elaborato riguardante, a scelta, una delle materie oggetto della specializzazione stessa dimostrante il particolare approfondimento di un argomento della specialità, nonché la documentazione analitica della partecipazione alle attività didattiche e professionalizzanti svolte nel corso del curriculum scolastico, con i relativi giudizi di merito.

Nelle specialità chirurgiche la commissione è tenuta a prendere in considerazione l'attività operatoria svolta dal candidato.

La commissione è formata dal direttore del corso e da cinque docenti del corso stesso, nominati dal rettore su indicazione del Consiglio del corso di specializzazione di cui al successivo articolo 18, e da un rappresentante dell'ordine professionale.

Ciascun membro della commissione dispone di 10 punti, ed esprime il proprio giudizio motivato sulla base degli elementi sopra indicati.

D.C. 1086

Art. 31.

(Premio di frequenza)

L'ammissione ai corsi di specializzazione non determina alcun rapporto di impiego.

Agli Istituti regolarmente ai corsi è corrisposto dalle università, per la durata del corso, un premio annuo di frequenza corrispondente allo stipendio lordo iniziale del medico appartenente alla posizione iniziale del personale delle unità sanitarie locali.

Il premio può essere corrisposto anche in rate trimestrali o semestrali, a richiesta dell'interessato.

Tale premio non compete a chi usufruisce di emolumenti, assegni o compensi comunque denominati, derivanti da rapporto di impiego, o di borse di studio di importo pari o superiore, ovvero sia già in possesso di diploma di specializzazione. Se la borsa di studio è di importo inferiore, si farà luogo soltanto al pagamento della differenza.

La spesa per l'erogazione dei premi di cui al presente articolo graverà su apposito capitolo di bilancio del Ministero della pubblica Istruzione.

Art. 32.

(Diploma di specialista)

L'università conferisce il titolo di specialista nelle diverse discipline previste agli specializzandi che, completato il rispettivo corso degli studi secondo il piano stabilito e superate le prove prescritte, ottengono un giudizio positivo sulla loro preparazione globale.

Per accedere all'esame di diploma, lo specializzando dovrà presentare alla commissione di esame un elaborato scelto tra le materie oggetto della specializzazione stessa dimostrante il particolare approfondimento di un argomento della specialità, nonché la documentazione analitica della partecipazione alle attività didattiche e professionalizzanti svolte nel corso del curriculum scolastico, con i relativi giudizi di merito.

Nelle specialità chirurgiche la commissione è tenuta a prendere in considerazione l'attività operatoria svolta dal candidato.

La commissione è formata dal direttore del corso, da cinque docenti del corso stesso, nominati dal rettore su indicazione del consiglio del corso, e da un rappresentante dell'ordine professionale. Ciascun membro della commissione dispone di 10 punti, ed esprime il proprio giudizio motivato sulla base degli elementi sopra indicati.

Al fine di rendere omogenei i criteri dell'esercizio professionale nell'ambito dei Paesi della Comunità europea, dovranno essere adottate opportune misure affinché l'esercizio professionale effettivamente svolto corrisponda al diploma di specializzazione conseguito.

Il Governo è delegato ad emanare entro 6 mesi dell'entrata in vigore della presente legge un decreto, di concerto fra i Ministri della pubblica Istruzione, di grazia e giustizia e sanità, per rendere effettivi i principi suddetti, anche mediante l'istituzione di albi professionali.

P.C.I. 1322

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.

Al 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.

P.S.I. 1951

Art. 20.
(Borse di studio per gli specializzanti in medicina e in odontoiatria e protesi dentaria)

Ai laureati ammessi alle scuole di specializzazione e per gli anni successivi a quelli in regola con gli esami spetta una borsa di studio pagabile annualmente o in rate trimestrali. L'ammontare di detta borsa corrisponde al compenso annuale del personale assistente ospedaliero a tempo pieno di primo livello. L'ammissione e la frequenza alle scuole di specializzazione non determina alcun rapporto di impiego.

Art. 21.

(Borse di studio per gli specializzandi post-laurea in materie a contenuto bio-medico per laureati in psicologia)

Gli specializzandi psicologi, in quanto tenuti a prestare anche un servizio assistenziale, fruiscono di borse di studio concesse con le stesse modalità previste dall'articolo 20. L'ammontare di dette borse corrisponde al compenso annuale della posizione funzionale dello psicologo collaboratore di primo livello.

Specializzazione Didattica integrativa

P.R.I. 704

VAL. 835

D.C. 1086

Art. 29.

(Assegnazione della sede per lo svolgimento della didattica integrativa di quella universitaria)

Allo scopo di assicurare un idoneo rapporto fra strutture didattiche ed iscritti, la migliore preparazione a ciascun ammesso ai corsi e la più idonea utilizzazione, ai fini didattici, delle strutture regionali sanitarie abilitate, il consiglio del corso di specializzazione assegna annualmente ad ogni specializzando la struttura didattico-assistenziale, fra quelle universitarie o quelle delle unità sanitarie locali convenzionate con l'università in base al possesso di requisiti di idoneità, ove dovranno essere svolti attività didattiche integrative ed il tirocinio pratico-residenziale.

Dovrà essere tenuta presente l'utilità di una rotazione fra strutture, ove possibile, al fine di offrire all'iscritto il massimo grado di occasioni di formazione professionale.

Nella predisposizione del piano annuale di assegnazione della sede il consiglio del corso di specializzazione dovrà tener conto, altresì, dell'eventuale inserimento dell'iscritto nelle strutture regionali del servizio sanitario nazionale esistente al momento dell'iscrizione o verificarsi durante gli anni di svolgimento del corso.

Parte dell'attività didattica teorica e professionalizzante deve comunque essere svolta nella sede di specializzazione, per un periodo non inferiore a tre mesi per anno. Allo scopo di assicurare a tutti gli iscritti al corso di specializzazione un idoneo periodo residenziale presso la struttura universitaria, il consiglio

del corso di specializzazione può attivare in ogni anno accademico più periodi trimestrali di attività didattica da svolgersi presso questa sede.

P.C.I. 1322

P.S.I. 1951

Particolari corsi di specializzazione per laureati non medici

P.R.I. 704

VAL. 835

D.C. 1086

P.C.I. 1322

P.S.I. 1951

Art. 8.

(Corsi di specializzazione post-laurea a contenuto bio-medico per laureati provenienti da altre facoltà)

Tenuto conto dell'inclusione nel ruolo sanitario ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, dei profili professionali di laureato in chimica, biologia, psicologia e in quello tecnico dei profili professionali di laureato in sociologia e statistica, vengono istituite presso le facoltà che lo riterranno opportuno, scuole di specializzazione post-laurea a contenuto bio-medico per le suddette categorie di laureati ai fini di predisporre per il Servizio sanitario nazionale operatori adeguati ai suddetti ruoli.

Per quanto attiene all'accesso ai suddetti corsi si fa riferimento a quanto previsto dall'articolo 4 della presente legge.

L'insegnamento teorico e pratico è organizzato dalla facoltà di medicina ed ha lo scopo di fornire la necessaria formazione biomedica allo specializzando con corsi differenziati a seconda della laurea di provenienza.

L'istituzione di queste scuole di specializzazione è regolata dagli articoli 3 e 12 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

Gli specializzandi psicologi devono partecipare direttamente all'attività assistenziale come previsto per gli specializzandi medici dal primo comma dell'articolo 7 della presente legge. Essi possono usufruire di una borsa di studio ai sensi dell'articolo 21 della presente legge.

Relativamente alle altre specializzazioni l'eventuale necessità di attività assistenziale sarà decisa dai singoli statuti.

Per quanto non previsto si applicano le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

Istituti, unità funzionali, dipartimenti

P.R.I. 704

Art. 13.
(Unità funzionale)

L'unità funzionale è l'unità elementare omogenea per compiti didattico-scientifici e assistenziali.

È costituita da un docente ordinario o associato con funzione di direttore, responsabile dei finanziamenti per attività scientifico-didattiche e/o assistenziali e da un gruppo di docenti e tecnici in funzione di collaboratori. Il consiglio di facoltà, di cui all'articolo 11 della presente legge, istituisce le unità funzionali e ne nomina il direttore.

La nomina a direttore di unità funzionale non è revocabile salvo il caso di mancato superamento della verifica prevista all'articolo 18 della presente legge.

Il direttore dell'unità funzionale ha il compito di definire e controllare l'attività dell'unità funzionale stessa; è responsabile presso il dipartimento per quanto riguarda l'attività assistenziale e scientifica finanziata con i fondi distribuiti dal dipartimento; è responsabile nei confronti del consiglio dei corsi di laurea, di diploma e di specializzazione per quanto concerne l'attività didattica.

I direttori delle unità funzionali con compiti didattici partecipano di diritto con voto deliberativo ai corrispondenti consigli di corso di laurea, di diploma e di specializzazione.

Il direttore dell'unità funzionale è responsabile di fronte al consiglio di facoltà per quanto concerne la preparazione dei dottori di ricerca.

L'unità funzionale ha titolo, indipendentemente dal dipartimento, ad accedere a finanziamenti per la ricerca scientifica provenienti da enti pubblici o privati e ad instaurare rapporti di collaborazione scientifica con istituzioni e strutture di ricerca universitarie ed extrauniversitarie.

L'attività di consulenza svolta nell'ambito di una unità funzionale dovrà essere approvata e regolata dal consiglio di dipartimento o dal consiglio di ateneo.

Art. 14.
(Il dipartimento)

Il dipartimento è un'aggregazione di unità funzionali organizzata per coordinare risorse e strutture a fini scientifico-didattici e/o assistenziali, deliberata o riconosciuta dal consiglio di facoltà nel rispetto di una tipologia flessibile definita in via generale dal Comitato nazionale delle facoltà mediche, nella quale vanno comunque compresi almeno i seguenti tre tipi:

- dipartimenti monodisciplinari (anatomia, radiologia, ecc.);
- dipartimenti pluridisciplinari (medicina, chirurgia, ecc.);
- dipartimenti con caratteri funzionali (nefrologia, cardiologia, ecc.).

Eventuali dipartimenti costituiti da unità funzionali di più facoltà sono riconosciuti o autorizzati dagli organi centrali dell'ateneo sulla base di indicazioni generali approvate dal Consiglio nazionale universitario provvisorio sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

Il dipartimento è retto da un consiglio di dipartimento composto da tutti i direttori di unità funzionale e da una rappresentanza elettiva costituita da:

- due studenti per il dottorato di ricerca;
- due docenti a contratto;
- un rappresentante del personale tecnico non docente.

Il consiglio di dipartimento elegge nel suo se-

no un direttore scelto fra i professori ordinari direttori di unità funzionali. Direttore e consiglio restano in carica per tre anni. Il direttore non è immediatamente rieleggibile. Il direttore del dipartimento partecipa con voto deliberativo a tutte le sedute dei consigli dei corsi di laurea, di diploma e di specializzazione e, con voto consultivo, a tutte le sedute del consiglio di facoltà.

Il consiglio di dipartimento esercita le seguenti funzioni:

- 1) formula annualmente al consiglio di facoltà richieste di finanziamenti e di personale per la realizzazione e il potenziamento dell'attività scientifica, didattica e/o assistenziale;
- 2) detta i criteri generali per l'utilizzazione di fondi destinati al dipartimento, nonché per l'uso coordinato del personale, dei mezzi e degli strumenti in dotazione;
- 3) approva annualmente il rendiconto della gestione dei fondi assegnati al dipartimento stesso, da inviare al consiglio di facoltà;
- 4) propone al consiglio di ateneo la stipula di contratti, di convenzioni e di accordi con amministrazioni pubbliche, enti o privati;
- 5) approva la relazione annuale sullo stato della ricerca e della didattica nel dipartimento, predisposta dal direttore;
- 6) provvede all'approvazione dei singoli piani di studio e di ricerca individuali per il conseguimento del dottorato di ricerca;
- 7) provvede alla distribuzione dei fondi di ricerca in relazione ai piani presentati dai singoli direttori di unità funzionale.

I direttori di unità funzionale che ritengano la decisione del dipartimento lesiva della propria libertà di ricerca hanno diritto, per l'attuazione del piano proposto, previa motivata domanda, ad una percentuale dello stanziamento complessivo di cui dispone il dipartimento, fissata in sede di determinazione dei criteri di cui al numero 2) del presente comma e comunque non inferiore al 50 per cento della quota che risulterebbe da un riparto in parti eguali fra le singole unità.

D.C. 1086

Art. 37. (Istituti e dipartimenti)

Gli Istituti delle facoltà di medicina assumono le caratteristiche strutturali e di funzionamento previste dall'articolo 88 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Con riferimento all'articolo 10 della legge 21 febbraio 1980, n. 28, e di quanto contenuto al titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, possono essere avviate presso le facoltà di medicina forme di sperimentazione organizzativa e didattica. La costituzione a titolo sperimentale di dipartimenti deve rispettare il principio della inscindibilità dell'attività di ricerca, didattica ed assistenza svolte dalle facoltà mediche.

I tipi di dipartimento, che di norma debbono raggruppare settori di ricerca aventi finalità e caratteristiche comuni, nel rispetto dei principi indicati al precedente comma, sono determinati su base nazionale dal Consiglio nazionale universitario, con riferimento alle proposte formulate dalla commissione di ateneo, di cui all'articolo 10 della legge 21 febbraio 1980, n. 28, ed al giudizio nel merito della conferenza dei presidi.

In relazione ad obiettive esigenze funzionali esistenti in particolari sedi, possono essere previsti, sempre a titolo sperimentale, anche dipartimenti non rientranti nella tipologia sopra indicata.

L'attivazione, a titolo sperimentale, dei dipartimenti avviene seguendo la procedura prevista all'articolo 10 della legge 21 febbraio 1980, n. 28, e dalle norme contenute nel decreto di attuazione.

Le medesime norme si applicano ai centri istituiti ai sensi del sesto comma dell'articolo 10 della legge 21 febbraio 1980, numero 28.

I dipartimenti, su proposta del consiglio di di-

partimento interessato e parere favorevole della facoltà, possono articolarsi in sezioni. Con la stessa procedura possono essere gestiti servizi assistenziali in comune fra più dipartimenti, anche attraverso la destinazione ad essi di strutture e personale.

P.C.I. 1322

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 competenza interdisciplinare 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 delle 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 enunciativi 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 del consiglio 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 integrativo 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.

P.S.I. 1951

Art. 14. (Dipartimenti)

I dipartimenti, istituiti nelle facoltà mediche ai sensi e con le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, che, per assolvere ai loro compiti istituzionali sono tenuti a svolgere anche compiti assistenziali, organizzano i servizi assistenziali in analogia di quanto disposto dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, e provvedono alla formulazione degli organici necessari a ciascuna struttura assistenziale utilizzando il personale medico sulla base delle specifiche competenze e disponibilità, in conformità di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, dall'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 dal quarto comma dell'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e nel pieno rispetto dei diritti già acquisiti.

Ai dipartimenti delle facoltà di medicina si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni degli articoli 84, 85, 86 e 90 del decreto del

Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Compiti assistenziali vengono annualmente assegnati ai medici specializzati in corso, che operano secondo le istruzioni e le direttive del personale universitario docente di ruolo.

Consigli dei corsi

P.R.I. 704

Art. 12.

(Consigli dei corsi di laurea, di diploma e di specializzazione)

I consigli dei corsi di laurea, di diploma e di specializzazione sono costituiti:

a) dai direttori dei dipartimenti interessati ai singoli corsi, dai direttori delle unità funzionali e dai docenti a contratto direttamente partecipanti alla didattica dei corsi stessi. I suddetti componenti dei consigli di corso hanno voto deliberativo;

b) da una rappresentanza dei ricercatori, nel numero di cinque; del personale non docente, nel numero di tre; degli studenti, nel numero di due. Tali rappresentanti hanno voto consultivo. Il consiglio nomina nel proprio seno un direttore, un vice direttore, un segretario.

Il direttore del consiglio di corso partecipa con voto consultivo a tutte le sedute, ordinarie e straordinarie, del consiglio di facoltà.

I consigli dei corsi di laurea, dei corsi di diploma e dei corsi di specializzazione hanno i seguenti compiti:

1) stabiliscono gli obiettivi dell'insegnamento sulla base dei programmi definiti in sede nazionale;

2) coordinano le attività didattiche;

3) controllano i risultati delle attività didattiche;

4) esprimono parere obbligatorio in materia di assegnazione di personale e di fondi destinati a scopo didattico.

VAL. 835

Art. 18.

(Coordinamento didattico dei corsi di diploma, di laurea e di specializzazione)

In attesa del riordinamento delle strutture universitarie devono essere costituiti, in relazione a quanto previsto dall'articolo 9, sesto comma, del decreto-legge 1° ottobre 1973, n. 580, convertito, con modificazioni, nella legge 30 novembre 1973, n. 766, consigli separati per ciascun corso di diploma, di laurea e di specializzazione, intesi ad assicurare il coordinamento dell'attività didattica e scientifica relative a ciascun corso.

I predetti consigli deliberano in materia di coordinamento e di programmazione delle attività previste per ciascun corso dalla presente legge e per la loro effettiva realizzazione; designano, nella composizione limitata ai docenti, i componenti delle commissioni giudicatrici per gli esami finali di ciascun corso; esercitano tutte le altre attribuzioni loro conferite dallo statuto o loro delegate dal consiglio di facoltà.

I predetti consigli sono composti da tutti i docenti dei rispettivi corsi.

Partecipa alle sedute del consiglio del corso una rappresentanza degli studenti in proporzione al numero degli iscritti al concorso, determinata dallo statuto e comunque non superiore a 8 per i consigli dei corsi di diploma e di laurea e non superiore a 3 per i consigli dei corsi di specializzazione.

Ciascun consiglio, nella composizione limitata ai docenti, elegge nel proprio seno, tra i professori di ruolo, il direttore del corso.

Il direttore promuove e coordina le attività dei



corso; dura in carica un biennio e non può contemporaneamente dirigere più corsi.

D.C. 1086

Art. 36.

(Consigli dei corsi di diploma, dei corsi di laurea e dei corsi di specializzazione)

In conformità a quanto previsto dall'articolo 9, sesto comma, del decreto-legge 1° ottobre 1973, n. 580, convertito, con modificazioni, nella legge 30 novembre 1973, numero 766, e a quanto stabilito nella legge 21 febbraio 1980, n. 28, e relativo decreto del Presidente della Repubblica di attuazione, emanato in data 11 luglio 1980, n. 382, sono costituiti i seguenti organi:

consiglio di corso di diploma, per ciascuno dei diplomi previsti agli articoli da 4 a 10 della presente legge;

consiglio di corsi di laurea, per ciascuno degli indirizzi di laurea previsti dagli articoli 13 e 15 della presente legge;

consiglio di corso di specializzazione, per ciascuno dei corsi di specializzazione previsti dal decreto interministeriale di riordinamento delle specializzazioni, di cui all'articolo 24.

I consigli di corso sono attivati nelle sedi ove funzionano i rispettivi corsi di diploma, di laurea e di specializzazione.

I compiti dei consigli di corso sono quelli previsti al secondo comma dell'articolo 94 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Ogni consiglio di corso è retto da un presidente, a norma del comma quarto del citato articolo 94.

Gli atti del consiglio di corso sono pubblici.

Fanno altresì parte del consiglio del corso di diploma, di laurea e di specializzazione, i docenti a contratto ai sensi dell'articolo 6, comma ottavo, della legge 21 febbraio 1980, n. 28, ed ai sensi dell'articolo 25, nono comma, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

P.C.I. 1322

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.

Nei casi 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.

P.S.I. 1951

Art. 13.

(Consigli di facoltà, dei corsi di laurea, di diploma per operatori tecnico-sanitari e delle scuole di specializzazione post-laurea, collegio dei docenti del dottorato di ricerca, istituti e consigli di istituto)

La composizione ed i compiti dei consigli delle facoltà mediche sono quelli indicati nell'articolo 95 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382;

Dall'entrata in vigore della presente legge i consigli di facoltà di medicina e chirurgia assumono la denominazione di consigli di facoltà di medicina.

La Composizione ed i compiti dei consigli dei corsi di laurea, di cui all'articolo 5 e 6 della presente legge, sono quelli indicati nell'articolo 94 del decreto del Presidente della Repubblica dell'11 luglio 1980, n. 382.

I consigli delle scuole di diploma per operatori tecnico-sanitari, di cui all'articolo 9 della presente legge sono regolati dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica del 10 marzo 1982, n. 162.

I consigli delle scuole di specializzazione post-laurea, di cui agli articoli 7 e 8 della presente legge, sono regolati all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

I docenti di un corso di dottorato di ricerca, ove istituito, si costituiscono in collegio dei docenti del corso di dottorato di ricerca con i diritti-doveri previsti da quanto disposto negli articoli 68, 69, 72 e 73 del capo II, Titolo III, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Per la regolamentazione degli istituti e dei consigli di istituto si fa riferimento a quanto stabilito dagli articoli 87 e 88 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Coordinamento nazionale delle facoltà mediche

P.R.I. 704

Art. 15.

(Comitato nazionale delle facoltà mediche)

Il Comitato nazionale delle facoltà mediche è costituito presso il Consiglio nazionale universitario provvisorio e riunisce i presidenti di tutte le facoltà mediche.

Elegge nel proprio seno un presidente ed un vice presidente che restano in carica per la durata di due anni e non sono rieleggibili prima che siano trascorsi dieci anni dalla scadenza del mandato.

Il Comitato nazionale delle facoltà mediche si riunisce ogni tre mesi in via ordinaria, e in via straordinaria su convocazione del presidente o su richiesta motivata di almeno un terzo dei suoi membri, o quando il Ministro della pubblica istruzione o il Consiglio nazionale universitario provvisorio ritengano di interpellarlo su determinati argomenti.

Il Comitato nazionale delle facoltà mediche:

a) esercita una funzione orientativa ai fini degli indirizzi generali delle facoltà mediche in materia di didattica e di ricerca;

b) esprime parere obbligatorio in sede di determinazione del numero programmato per le ammissioni a tutti i corsi di laurea, di specializzazione e di diploma;

c) esprime pareri e delibera in tutte le materie contemplate dalla presente legge;

d) promuove, attraverso comuni adunanze periodiche con il Consiglio sanitario nazionale,

e attraverso contatti stabili dei rispettivi uffici di presidenza, il coordinamento delle proprie attività con quelle di tale Consiglio, previsto dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale;

e) elabora un piano nazionale quinquennale di sviluppo delle strutture di ricerca e insegnamento e degli organici del personale docente e non docente delle singole facoltà mediche;

f) nel rispetto del piano nazionale di cui al comma precedente, si pronuncia sulle proposte avanzate dai singoli consigli di facoltà relativamente a tali materie;

g) esamina i ricorsi dei docenti avversi ai giudizi negativi espressi dalla commissione di verifica di cui all'articolo 18 della presente legge;

h) determina, aggiornandoli ogni cinque anni, i requisiti d'idoneità del personale e delle strutture del Servizio sanitario nazionale utilizzabili dalle facoltà mediche.

VAL. 835

□

D.C. 1086

Art. 35.

(Conferenza dei presidi)

È istituito un organo collegiale, denominato conferenza dei presidi, composto dai presidi delle facoltà mediche.

Ferme restando le competenze del Consiglio universitario nazionale, la conferenza dei presidi agisce quale organo consultivo del Consiglio universitario nazionale stesso e del Ministro della pubblica istruzione sui problemi specifici delle facoltà mediche; quale organo di studio e di promozione delle iniziative utili allo sviluppo della didattica, della ricerca e dell'assistenza nelle facoltà mediche; quale organo di studio e promozione delle iniziative di sperimentazione organizzativa assunte dalle singole facoltà.

La conferenza dei presidi svolge le sopraindicate mansioni con modalità periodiche di riunione, sottoposte a regolamento interno.

P.C.I. 1322

(v. art 2 sul piano triennale delle scuole di medicina)

□

P.S.I. 1951

Art. 12.

(Comitato nazionale delle facoltà mediche)

Viene istituito un Comitato nazionale delle facoltà mediche organo collegiale presso il Comitato universitario nazionale, costituito dai rappresentanti eletti da tutte le facoltà mediche. Esso è composto da cinque rappresentanti dei presidi, dieci rappresentanti dei professori di ruolo, da due rappresentanti dei ricercatori, un rappresentante degli assistenti, due rappresentanti degli studenti, un rappresentante del personale non docente.

Il Comitato nazionale delle facoltà mediche è un organo consultivo che affianca il Comitato universitario nazionale ed il Ministro della pubblica istruzione per tutte le decisioni che riguardano:

1) la deliberazione dei posti da fissare annualmente per i corsi di laurea, di diploma e di specializzazione, di cui agli articoli 3 e 4 della presente legge;

2) le linee di sviluppo delle strutture di ricerca, didattiche e assistenziali, e degli organi del personale docente e non docente delle facoltà di medicina ai fini della programmazione universitaria;

3) l'organizzazione degli studi medico-sanitari.

Esso promuove attraverso comuni adunanze periodiche con il Consiglio sanitario nazionale il coordinamento tra le facoltà di medicina e il Servizio sanitario nazionale.

Infine il Comitato nazionale delle facoltà mediche assolve per le materie relative alla facoltà di medicina le funzioni proprie dei comitati consultivi previste dagli articoli 65 e 67 del decreto del Presidente della Repubblica dell'11 luglio 1980, n. 382. In quest'ultima funzione l'attività di consulenza scientifica sarà svolta dal Comitato suddetto in una composizione limitata ai soli rappresentanti dei presidi, dei professori di ruolo e dei ricercatori.

I membri del Comitato nazionale delle facoltà mediche resteranno in carica per tre anni e le elezioni si terranno contemporaneamente con voto segreto in tutte le facoltà mediche.

Determinazione del numero programmato

P.R.I. 704

(v. art. 2)

In base alla loro posizione nella stessa graduatoria, gli studenti approvati verranno ammessi a proseguire gli studi medici nel numero fissato dal Parlamento con la legge sul Piano sanitario nazionale.

VAL. 835

Art. 17.

(Determinazione del numero programmato per le iscrizioni a corsi di diploma, di laurea e di specializzazioni)

Con decreto adottato di concerto dai Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sulla base delle linee generali di indirizzo e delle modalità di svolgimento concernenti le attività istituzionali del servizio sanitario nazionale, al fine di realizzare gli obiettivi fissati per il triennio di programmazione del relativo piano, viene determinato per ciascun anno accademico, il numero globale, sul piano nazionale, delle iscrizioni distintamente per ciascun tipo di corso di diploma, di laurea e di specializzazione.

Il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale, provvede a ripartire i relativi posti per ciascuna Università, tenuto conto delle capacità di ricezione delle strutture scientifiche, didattiche ed assistenziali di cui dispongono.

Per le iscrizioni ai corsi di specializzazione, si terrà in particolare conto delle disponibilità delle strutture assistenziali nonché delle prestazioni, ivi comprese quelle ambulatoriali, svolte dalle medesime.

D.C. 1060

Art. 40

(Determinazione del numero programmato per i corsi di diploma, di laurea e di specializzazione)

Il Ministro della sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale e sulla base delle indicazioni fornite da ogni Regione e contenute nel piano sanitario nazionale, determina il fabbisogno nazionale triennale di ogni categoria di diplomati tecnico-sanitari, di laureati in medicina e chirurgia, di laureati in odontoiatria e protesi dentaria e di ogni categoria di specialisti.

Sulla base del decreto di cui al precedente comma, il Ministro della pubblica istruzione, sentiti la conferenza permanente dei presidi ed il Consiglio universitario nazionale, deter-

mina per ogni anno accademico il numero globale dei posti disponibili per la iscrizione ai corsi di diploma, di laurea in medicina e protesi dentaria, di specializzazione per ciascun anno accademico e provvede a ripartire con proprio decreto il numero dei relativi posti per ciascuna università, tenuto conto delle strutture didattiche universitarie esistenti presso ogni sede, e considerando altresì la disponibilità di strutture assistenziali convenzionate ai sensi del successivo articolo 41 per lo svolgimento di attività didattica integrativa di quella universitaria.

Debbono essere altresì tenute presenti le norme vigenti nei Paesi della Comunità europea per la realizzazione di un idoneo rapporto fra posti letto, disponibilità di ambulatori, laboratori e servizi e studenti nell'insegnamento delle discipline cliniche in ogni ordine degli studi previsti dalla presente legge.

Per i corsi di diploma o le specialità che non comportano degenti, il numero degli iscritti deve essere in relazione alle attrezzature ed ai laboratori disponibili.

P.C.I. 1322

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 scuole 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.

P.S.I. 1951

(v. art. 3 - IX°)

I posti disponibili per i corsi di laurea e di diploma per operatori tecnico-sanitari, calcolati su base nazionale e suddivisi per singole Facoltà o Scuole, sono fissati ogni triennio dal Ministro della pubblica istruzione, sentito il Ministro della sanità, sulla base del numero di operatori sanitari indicato come necessario dal Piano sanitario nazionale, e sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche, di cui all'articolo 12 della presente legge.

Rapporti con il servizio sanitario nazionale delle facoltà mediche

D.C. 1086

Art. 38.

(Programmazione dei rapporti con il Servizio sanitario nazionale)

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento

delle rispettive attività istituzionali nel rispetto del principio della inscindibilità delle funzioni didattiche, di ricerca ed assistenziali delle facoltà di medicina, il Servizio sanitario nazionale e le università regolano i reciproci rapporti sulla base di quanto contenuto nei piani pluriennali di sviluppo delle università, di cui al comma primo dell'articolo 4 della legge 21 febbraio 1980, n. 28, e nel piano sanitario nazionale triennale, mediante lo strumento delle convenzioni fra università e Regione, stipulate a norma dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle successive e conseguenti convenzioni applicative stipulate dalle università con le unità sanitarie locali, ove hanno sede strutture proprie dell'università o strutture delle unità sanitarie locali utilizzate dall'università.

Art. 39.

(Indicazioni contenute nel «piano sanitario nazionale» riguardanti le facoltà di medicina)

Nei piani sanitari nazionali vengono fissati, per il triennio considerato ed in rapporto agli obiettivi perseguiti dal Servizio sanitario nazionale:

a) il fabbisogno di personale sanitario alla formazione del quale è preposta la facoltà di medicina;

b) le linee generali di intervento delle strutture e del personale della facoltà di medicina nel settore assistenziale con particolare riguardo alla attivazione e gestione di servizi di elevata qualificazione ed a carattere multizionale.

c) l'apporto delle strutture e del personale della facoltà di medicina a programmi di educazione sanitaria e di formazione permanente del personale del Servizio sanitario nazionale;

d) l'apporto delle strutture e del personale delle facoltà di medicina ai programmi-obiettivo di rilevante interesse per la salute pubblica.

Sulla base delle indicazioni fornite dal piano sanitario nazionale, il Ministro della pubblica istruzione, sentita la conferenza permanente dei presidi ed il Consiglio nazionale universitario, provvede ad emanare norme attuative annuali.

Art. 41.

(Rapporti con la Regione)

L'attività assistenziale svolta dalle facoltà di medicina è inscindibilmente connessa con la funzione didattica e di ricerca delle stesse. Lo svolgimento delle attività assistenziali predette costituisce l'apporto della facoltà di medicina agli obiettivi della programmazione sanitaria, sia nazionale che regionale, prevista dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'Università e la Regione ove l'Università ha sede stipulano convenzioni, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che prevedono:

a) le strutture a direzione universitaria che partecipano all'attività assistenziale;

b) le strutture a direzione non universitaria che vanno utilizzate a norma dell'articolo 39, comma quarto, lettera b), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per lo svolgimento di attività didattica integrativa nei corsi di diploma, di laurea e di specializzazione;

c) le modalità del coordinamento funzionale delle attività assistenziali svolte dalle strutture convenzionate a direzione universitaria, garantendosi in ogni caso le esigenze didattiche e di ricerca nel rispetto dell'ordinamento autonomo universitario;

d) le modalità di utilizzazione di personale medico ospedaliero laureato qualificato, e di altro personale laureato e qualificato delle strutture convenzionate, ai fini della didattica integrativa, in rapporto alla normativa stabilita dall'articolo 6, ottavo comma, della legge 21 febbraio 1980, n. 28;

e) le modalità di esercizio dei diritti-doveri, e del relativo trattamento economico, derivanti al personale universitario dall'attività assistenziale svolta ai fini del Servizio sanitario

nazionale con riferimento all'articolo 31 e 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e dell'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382;

f) le modalità di gestione finanziaria ed amministrativa dei reparti e servizi impiegati dall'università ai fini istituzionale dell'insegnamento e della ricerca, con riferimento al comma secondo, articolo 31, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;

g) l'apporto agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale delle strutture assistenziali di proprietà delle università ed a gestione diretta (policlinici universitari);

Le Università possono altresì stipulare convenzioni per l'assistenza sanitaria con Regioni diverse da quella di insediamento al fine di attuare un opportuno coordinamento:

1) per eventuali programmi di educazione permanente da gestire con le strutture sanitarie di tali Regioni;

2) per attuare programmi integrati di interventi assistenziali ai fini di un coordinamento diagnostico, di dimissione protetta, di follow-up periodico;

3) per la utilizzazione interregionale di strutture sanitarie universitarie di alta qualificazione clinico-scientifica nei settori diagnostici e terapeutici.

Le convenzioni dovranno essere stipulate sulla base di una convenzione tipo, redatta a norma dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dal Ministero della pubblica Istruzione e dal Ministero della sanità, che dovrà indicare altresì la durata delle convenzioni, le modalità idonee a realizzare un'approfondita istruttoria delle materie da sottoporre a convenzione, le modalità di stipula, di attuazione e di regolazione del contenzioso in caso di mancato accordo fra le parti.

Art. 42. (Convenzioni)

Al fine di realizzare i livelli qualitativi di formazione professionale degli operatori sanitari previsti nella presente legge in conformità al nuovo ordinamento degli studi di medicina in correlazione agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, le convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando quanto previsto nel predetto articolo e nell'articolo 34 della presente legge, devono altresì assicurare:

a) che la utilizzazione dei presidi e dei servizi sanitari ospedalieri ed extra ospedalieri per esigenze di ricerca e di insegnamento avvenga su indicazione dell'università, in conformità ai requisiti di idoneità delle strutture, elencati nel decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica Istruzione e della sanità, di cui alla lettera a) del terzo comma dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) che il personale medico ospedaliero operante nelle strutture delle unità sanitarie locali utilizzate ai fini didattici svolga attività di insegnamento secondo il piano di ripartizione dei compiti didattici stabilito, prima dell'inizio dell'anno accademico, dal consiglio di corso di diploma, di laurea e di specializzazione, cui partecipano i medici ospedalieri titolari di contratti ai sensi dell'articolo 6 della legge 21 febbraio 1980, numero 28;

c) che, nelle sedi ove già operano strutture miste universitarie-ospedaliere, il convenzionamento per la utilizzazione della parte ospedaliera delle strutture miste ai fini della didattica sia esaminato in via preferenziale rispetto al convenzionamento di altre strutture ospedaliere territoriali, purché le predette strutture risultino in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dal decreto interministeriale di cui al citato articolo 39, comma terzo, lettera a);

d) che si riconosca il carattere multizonale delle strutture universitarie.

P.S.I. 1951

Art. 15.

(Strutture assistenziali definite all'interno delle strutture universitarie)

Per le strutture assistenziali definite all'interno delle strutture universitarie già ricordate (Istituti e dipartimenti) si fa riferimento all'articolo 17 e all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le facoltà di medicina possono proporre, per particolari esigenze didattiche, di ricerca ed assistenziali l'istituzione, nell'ambito delle convenzioni, di divisioni, sezioni, servizi o servizi autonomi di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione non previsti dalle attuali norme legislative sanitarie.

Le relative proposte devono essere approvate dal Comitato nazionale delle facoltà mediche e, successivamente, devono essere attuate mediante convenzioni con la regione e l'Unità sanitaria locale competente.

In caso di mancato accordo tra regioni e università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni, servizi di cui al quinto comma dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si applica la procedura di cui all'articolo 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentiti il Consiglio sanitario nazionale ed il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

Scuole di medicina e servizio sanitario nazionale

P.C.I. 1322

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 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 e 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 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 sedi di scuole di medicina, e in particolare i limiti minimi e massimi della maggioranza 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 standard qualitativi e quantitativi richiesti per lo svolgimento di corsi di laurea;

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

Nella definizione degli standard di cui al punto l) 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 standard di cui al secondo comma, lettera l), 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 dell'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 al successivo articolo 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 la 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.

Scuole di medicina Organizzazione e governo

P.C.I. 1322

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, discusse 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 del consiglio 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 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 dal consiglio 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 dipartimento 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 del consiglio di corso e loro eventuali modificazioni;

i) stabilisce, su richiesta del dipartimento 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 del fondo per la ricerca.

Art. 14.

(Gli statuti)

Gli statuti delle scuole di medicina sono deliberati dal consiglio 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 del consiglio 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.

Norme riguardanti i docenti universitari - Stato giuridico

P.R.I. 704

Art. 16.

(Figura del docente)

Sono previsti docenti ordinari e associati iscritti in un ruolo unico, ricercatori, docenti a contratto.

Si accede alle qualifiche di docente ordinario o associato e ricercatore per mezzo di concorso nazionale secondo le modalità previste dagli ordinamenti universitari vigenti. Il numero dei posti messi a disposizione è determinato dal piano quinquennale elaborato dal Comitato nazionale delle facoltà mediche di cui all'articolo 15 della presente legge.

Art. 17.

(Tempo pieno)

I docenti ordinari e associati ed i ricercatori sono tenuti al rispetto delle norme sul tempo pieno e le incompatibilità previste dall'ordinamento universitario generale. La eventuale opzione per il tempo pieno non è revocabile prima di un triennio.

L'elettorato passivo negli organi di governo della facoltà medica spetta soltanto ai docenti che abbiamo optato per il tempo pieno. L'opzione non condiziona invece gli avanzamenti di carriera.

I finanziamenti pubblici della ricerca scientifica sono assegnati esclusivamente ai docenti a tempo pieno.

Art. 18.

(Verifica dell'attività dei docenti)

Al termine di ciascun triennio accademico, ogni docente è sottoposto a giudizio sull'attività didattica, scientifica e assistenziale svolta.

Il giudizio sul regolare adempimento dei doveri didattici è affidato al consiglio di corso di laurea, di diploma e di specializzazione. Il giudizio sull'esistenza di una significativa e documentata attività scientifica è affidato ad una commissione di settore, sorteggiata su elenchi di studiosi anche stranieri formati e aggiornati dal Consiglio nazionale universitario provvisorio. Il giudizio sull'impegno professionale nell'attività assistenziale è affidato al consiglio di dipartimento. Il giudizio negativo fondato su gravi motivi, o sull'inesistenza di produzione scientifica originale, comporta la decadenza dal diritto alla nomina a direttore di unità funzionale o la decadenza da tale nomina qualora fosse già stata conferita dal consiglio di facoltà. Il docente che ha riportato giudizio negativo può ricorrere contro tale giudizio direttamente al Ministro, che si pronuncia sentito il Comitato nazionale delle facoltà mediche.

Art. 19.
(Titolarità degli insegnamenti)

La titolarità degli insegnamenti è conferita per gruppi di discipline cui afferiscono gli attuali insegnamenti. Il passaggio dall'insegnamento di una disciplina all'altra avviene su richiesta dell'interessato.

Art. 20.
(Anno sabbatico)

Ogni cinque anni è previsto, ai fini dell'aggiornamento scientifico, un anno di permanenza dell'insegnante in una sede universitaria italiana o straniera di ricerca o sperimentazione avanzata, ovvero presso istituzioni pubbliche o private di ricerca. In quest'ultimo caso, il docente non può optare per l'eventuale trattamento economico superiore, fermi restando i suoi diritti alla progressione economica, alla carriera ed al computo di questo speciale periodo ai fini pensionistici.

D.C. 1086

Art. 44.
(Personale preposto ad attività didattica)

In conformità della legge di riordinamento della docenza universitaria 21 febbraio 1980, n. 28, e relativo decreto di attuazione del Presidente della Repubblica dell'11 luglio 1980, n. 382; tenuto conto di quanto disposto altresì dall'articolo 39 della legge 28 dicembre 1978, n. 833, svolgono attività didattiche finalizzate alla formazione di figure professionali di diplomati, di laureati e di specialisti, nonché attività di aggiornamento e di formazione permanente del personale sanitario, secondo le modalità previste dall'articolo 34 della presente legge:

- docenti del ruolo dei professori universitari, ripartito nelle fasce dei professori ordinari e straordinari e dei professori associati;
- professori a contratto, secondo quanto è esplicitato nell'articolo 9 della citata legge 21 febbraio 1980, n. 28, limitatamente alle attività didattiche integrative di quelle universitarie;
- gli assistenti del ruolo ad esaurimento ed i ricercatori, limitatamente ai compiti didattici loro assegnati dalla citata legge 21 febbraio 1980, n. 28, e relativo decreto di attuazione;
- personale diplomato, qualificato ad attività didattica nello specifico settore professionale, secondo quanto previsto nella presente legge.

I compiti dei docenti medici del ruolo universitario, degli assistenti del ruolo ad esaurimento e dei ricercatori, che prestano servizio in strutture deputate all'assistenza, sono inscindibilmente connessi alla ricerca alla didattica ed alla assistenza.

Gli stessi principi si applicano ai docenti non medici, inseriti con compiti assistenziali in base alle Convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in strutture deputate all'assistenza.

P.C.I. 1322

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.

P.S.I. 1951

Art. 16.
(Personale docente universitario e ricercatori)

Nelle facoltà mediche operano le seguenti figure:

- docenti del ruolo dei professori universitari, ripartito nelle fasce dei professori ordinari e straordinari e dei professori associati;
- professori a contratto;
- assistenti ordinari del ruolo ad esaurimento;
- ricercatori universitari.

A salvaguardia della unitarietà della funzione del docente tutti i professori di ruolo hanno piena autonomia nelle attività didattiche, di ricerca e assistenziale.

Norme retributive e particolari per i docenti universitari

P.R.I. 704

(v. art. 16 - IV°)

La retribuzione del personale docente statale fa carico allo stato di previsione della spesa del Ministero della pubblica istruzione conglobando nello stipendio ogni altra indennità sinora corrisposta a qualsiasi titolo. La retribuzione dei docenti a tempo pieno è stabilita con apposita normativa in misura non inferiore al doppio della retribuzione dei docenti a tempo definito, a parità di posizione e di anzianità. Ai docenti a contratto viene corrisposta in unica o duplice soluzione una retribuzione globale, cumulabile con ogni altro reddito da lavoro, sulla base delle ore di insegnamento previste ed effettivamente svolte.

Il docente a contratto è scelto fra liberi professionisti di alta qualificazione, medici e biologi del Servizio sanitario nazionale e specialisti stranieri anche in missione di ricerca in Italia. L'incarico è annuale, e viene conferito o confermato dal consiglio di corso di laurea, e di diploma o di specializzazione. Gli esperti italiani sono scelti in un elenco nazionale aggiornato annualmente. A tale elenco possono essere iscritti, a domanda, coloro che ritengano di avere i requisiti necessari, stabilito con pubblico decreto emanato dal Ministro della pubblica istruzione sulla base di criteri definiti e aggiornati ogni cinque anni dal Comitato

nazionale delle facoltà mediche. Il docente a contratto organizza liberamente la propria attività d'insegnamento nell'ambito dell'indirizzo generale programmatico stabilito preventivamente dal consiglio di corso di laurea, di diploma e di specializzazione. Il docente estero partecipa alle commissioni d'esame nelle materie oggetto della propria attività didattica.

VAL. 835

□

D.C. 1092

(v. art. 44 - V°)

Al personale universitario che presta servizio presso i policlinici, le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati con le Regioni e con le unità sanitarie locali, anche se gestiti direttamente dall'università, si applicano le norme previste dagli articoli 31 e 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, dal capoverso C del primo comma dell'articolo 12 della legge 21 febbraio 1980, n. 28, e dall'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

P.C.I. 1322

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.

P.S.I. 1951

Art. 17
(Indennità al personale delle Cliniche e Istituti universitari convenzionati)

Per l'indennità da corrispondere al personale delle cliniche ed istituti universitari stabilito dall'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. In deroga a quanto stabilito dal predetto articolo, tale indennità è utile ai fini previdenziali e assistenziali.

Norme particolari per i docenti a contratto e per scuole a fini speciali e di specializzazione

D.C. 1086

(v. art. 44 - II°)

L'affidamento di compiti didattici a personale non universitario avviene, sulla base del possesso di idonei requisiti degli aspiranti, da parte del consiglio di facoltà, tenuto conto altresì di quanto è disposto dai commi primo, secondo e terzo dell'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica, «Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali», 20 dicembre 1979, n. 761, e da quanto è regolato dalla convenzione ex articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

P.S.I. 1951

Art. 18.

(Docenti delle scuole di specializzazione e dei corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari)

Il corpo docente dei singoli corsi di specializzazione e dei corsi di diploma è costituito con le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

Il docente delle scuole svolge attività didattica, di ricerca e assistenza in analogia ai docenti dei corsi di laurea della stessa facoltà.

Il docente del corso di specializzazione o del corso di diploma non può svolgere, anche a titolo gratuito, contemporaneamente più di un altro insegnamento, sia a livello di corso di laurea che di specializzazione o di diploma.

P.C.I. 1322

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.

Personale non docente

P.R.I. 704

VAL. 835

D.C. 1092

Art. 45.

(Personale universitario non docente)

Con decreto del Ministro della pubblica Istruzione da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentiti la conferenza dei presidi ed il Consiglio universitario nazionale, verranno determinate le mansioni che il personale tecnico laureato, diplomato ed esecutivo è tenuto a svolgere per le esigenze degli istituti, dipartimenti e centri interessati. In corrispondenza alle mansioni da svolgere saranno determinati i titoli di studio da richiedere per l'ammissione in carriera.

Con decreto del Ministro della pubblica Istruzione sarà determinato il contingente da assegnare a ciascun istituto, dipartimento o centro.

Il personale paramedico, infermiere e portantino può essere assegnato solamente a dipartimenti operanti in policlinici universitari, fatta salva la facoltà del personale attualmente operante in strutture convenzionate di conti-

nuare a prestare la propria opera nella sede di servizio al momento della entrata in vigore della presente legge.

P.C.I. 1322

Art. 19.

(Personale non docente)

Lo stato giuridico e il trattamento retributivo del personale non docente delle scuole 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.

P.S.I. 1951

Art. 19.

(Personale non docente)

Il personale non docente della facoltà medica è equiparato ai fini dell'indennità assistenziale all'analogo personale delle Unità sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1980, n. 761.

Norme per gli studenti e diritto allo studio

P.C.I. 1322

Diritto allo studio

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. 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 precedente 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

P.C.I. 1322

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 assistenziale.

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 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)

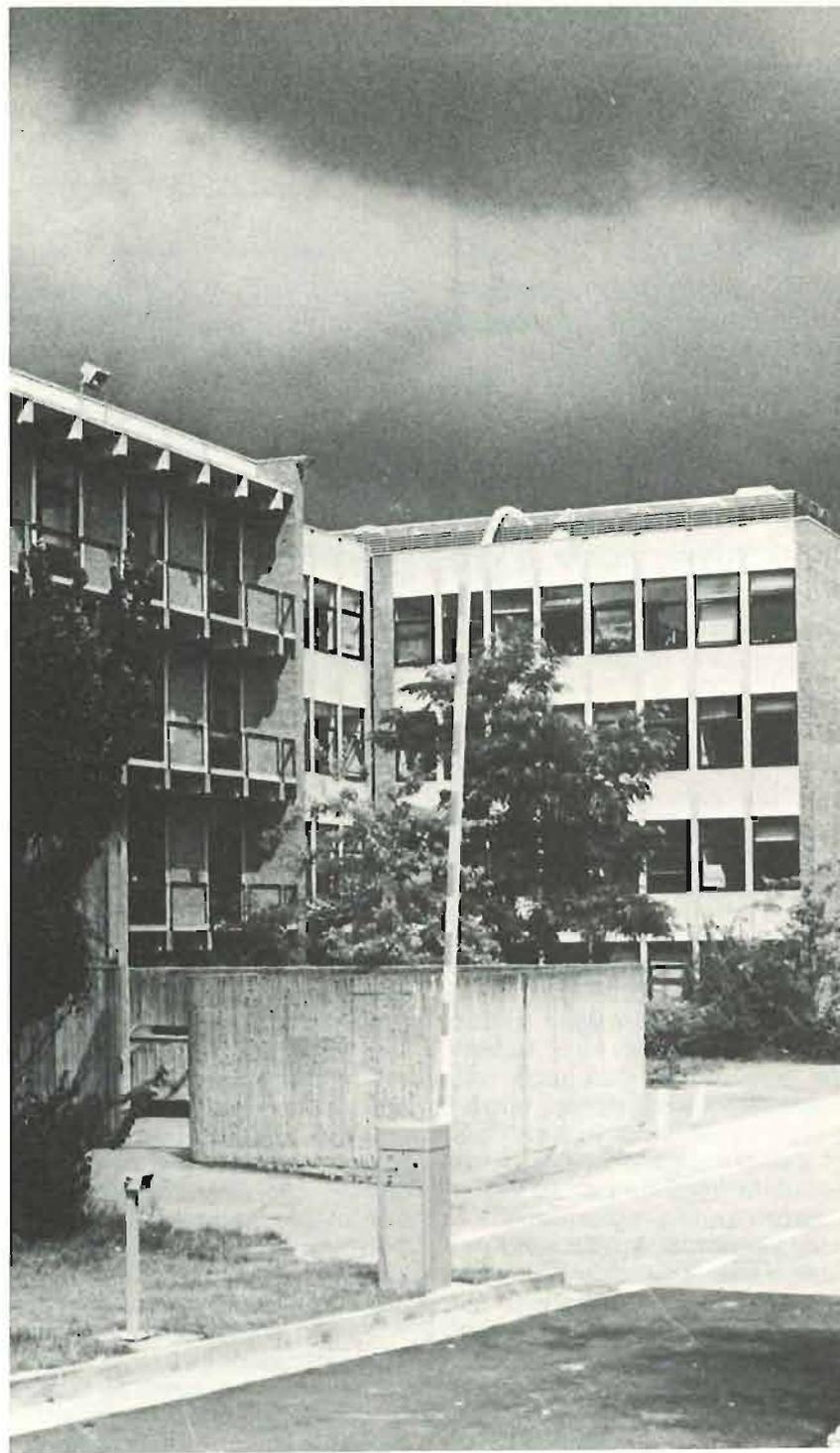
Ai fini del riparto dei fondi assegnati all'università per la ricerca biomedica, le scuole di medicina assumono i diritti e i doveri delle facoltà di medicina soppresse.

P.S.I. 1951

Art. 23.

(Equiparazione dei servizi già svolti)

Al personale universitario attualmente in servizio e strutturato presso i policlinici, le cliniche



che e gli istituti universitari di diagnosi e cura convenzionati con le regioni e con le Unità sanitarie locali, anche se gestiti direttamente dall'università, si applicano le seguenti disposizioni:

1) i servizi e i titoli acquisiti dal personale universitario di ruolo nei policlinici, nelle cliniche e negli istituti universitari di diagnosi e cura sono a tutti gli effetti equipollenti a quelli acquisiti presso le Unità sanitarie locali;
2) l'anzianità di servizio nel ruolo e nella qualifica funzionale maturata dal personale universitario nei policlinici, nelle cliniche e negli istituti universitari di diagnosi e cura si considera a tutti gli effetti come la pari anzianità

acquisita presso le Unità sanitarie locali;
3) l'inquadramento nei ruoli nominativi regionali del personale universitario strutturato nei policlinici, nelle cliniche e negli istituti universitari di diagnosi e cura avverrà in base alla qualifica ospedallera acquisita con delibera del consiglio di amministrazione dell'università;

L'equiparazione avverrà in base alle tabelle di equiparazione di cui all'allegato 2 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, in analogia a quanto disposto dall'articolo 64 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.



Giro di opinioni

A confronto, alcuni esponenti del mondo medico, universitario e sanitario italiano.

I loro interventi, che qui riportiamo nei momenti più indicativi, rispettandone la patina colloquiale, si snodano attorno ad alcuni punti-chiave: come il problema degli accessi ed i criteri informativi della lo-

ro programmazione, l'anno propedeutico, i lineamenti generali della riforma così come suggeriti dalla singola esperienza.

Ed ecco, di scorcio, comparire temi come quelli relativi al ruolo dell'Ordine Professionale o al delicato rapporto tra facoltà e struttura sanitaria di base.

Come il lettore, trasforma-

to egli stesso in partecipante, potrà constatare, non tutti si muovono su posizioni identiche. Ma al di là della difformità di giudizio su questo o su quel punto, emerge una volontà comune: rendere migliore la facoltà di medicina, e migliorare, nel contempo, la struttura sanitaria del nostro paese.

Quadro evolutivo, curriculum da aggiornare

di Alessandro Castellani
Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Pavia

Negli ultimi anni alcune norme, quali lo sbarramento al 3° e al 5° anno, il rispetto delle propedeuticità negli esami, lo svolgimento dell'insegnamento in corsi compatti, applicate da alcune facoltà, specie nelle piccole sedi, hanno prodotto, insieme al calo delle nascite e ad una maggiore consapevolezza di una possibile disoccupazione post-laurea, una forte contrazione nel numero degli iscritti, circa il 50% rispetto al 1978. Tuttavia il numero è ancora troppo elevato, sia per le necessità del paese che per le strutture ospedaliere a disposizione per l'insegnamento, e dovrebbe essere ulteriormente dimezzato.

Certo, da un altro punto di vista, la programmazione dell'accesso a Medicina potrà provocare riflessi negativi sulle altre facol-

tà. Essa porterà certamente ad un aumento degli iscritti agli altri corsi di laurea, ma non necessariamente a Biologia, Farmacia, Veterinaria, potendo lo studente escluso a Medicina orientarsi verso molte altre professioni.

Il problema dovrebbe essere risolto prevedendo l'istituzione di corsi di laurea per nuove figure professionali emergenti, e soprattutto potenziando le scuole dirette a fini speciali per le quali non esiste disoccupazione.

Per quanto riguarda i meccanismi della programmazione del numero degli iscritti, essi dovrebbero scaturire da esigenze occupazionali, oltre che commisurarsi, doverosamente, a quelle del Servizio sanitario nazionale. Anche l'Ordine dei Medici dovrà svolgere un ruolo primario nella programmazione ma certamente, una volta fissato il numero su scala nazionale, il numero degli iscritti alle singole sedi dovrà essere proporzionato alle strutture esistenti, ed al numero dei docenti.

Se è vero che giudico positivamente la riforma degli accessi, sono invece nettamente contrario all'anno propedeutico. Negli

ultimi anni il contenuto degli insegnamenti propedeutici è stato profondamente modificato e finalizzato agli studi medici o a quelli odontoiatrici, e persino il nome delle materie è stato cambiato per rendere più evidenti queste finalità. L'introduzione dell'anno propedeutico, quindi, ci riporterebbe molti anni indietro, produrrebbe una notevole dequalificazione culturale e farebbe perdere un anno agli studenti esclusi successivamente dal corso di laurea. Sarebbe inoltre in contrasto con i principi della riforma della Scuola media superiore e danneggerebbe anche i curricula delle Scuole dirette a fini speciali, per le quali il tempo da dedicare alle materie professionali sarebbe fortemente ridotto.

Il discorso sulle modifiche da apportare è dunque complesso, perché legato ad un insieme di fattori in continuo fermento. Anche per questo, l'ordinamento didattico non può essere riformato da uno strumento legislativo, ma da un organo tecnico quale il Consiglio Universitario Nazionale, che si avvarrà del parere delle facoltà, coordinato dalla Conferenza permanente

dei Presidi. L'evoluzione della scienza e le mutevoli esigenze del Servizio sanitario nazionale richiedono un continuo aggiornamento del curriculum degli studi medici; si deve pertanto prevedere un ordinamento didattico che permetta alle facoltà un'ampia autonomia nel modificare le modalità di insegnamento, potenziando o riducendo i programmi per alcuni insegnamenti, introducendone dei nuovi, organizzando i corsi per aree disciplinari e corsi interdisciplinari. La Conferenza permanente dei Presidi ha già presentato al sig. Ministro un progetto di riforma della Tab. XVIII, che permette di conseguire queste finalità.

Largo spazio dovrà essere poi senz'altro lasciato al rapporto con le strutture del Servizio sanitario nazionale: le facoltà di medicina debbono avere con esse una stretta e proficua integrazione, senza però sovrapposizioni e confusioni dei reciproci ruoli e finalità istituzionali. I rapporti tra facoltà mediche e strutture ospedaliere dichiarate idonee ai fini didattici (strutture delle U.S.S.L., Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, Ospedali multinazionali), verranno regolate da convenzioni come previsto dall'art. 39 della legge 833/1978 e dal D.P.R. 9/XI/82 n. 83 pubblicato sulla G.U. del 18/XII/82. Gli insegnamenti universitari dovrebbero confluire in dipartimenti organizzati secondo le norme del D.P.R. 382/80 e suddivisi in sezioni, in modo che ogni sezione corrisponda ad una divisione a direzione universitaria.

Forme di collaborazione con le componenti ospedaliere, soprattutto per l'attività assistenziale, ma anche per la didattica, attraverso lo strumento del professore a contratto, potranno essere istituite con modalità da disciplinarsi a norma di convenzione e con specifiche delibere di facoltà.

«Numero programmato»

di Carlo De Marco
*Preside della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Roma*

Una riforma degli accessi ha a mio parere piena giustificazione per una facoltà, come quella romana, nella quale, pur essendosi avuta una diminuzione del numero degli iscritti, che dai 3.200 del '77-78 sono scesi ai 2.200 dell'82-83, si è comunque di fronte a numeri elevati.

Ma una riforma degli accessi — un eufemismo, diciamolo subito, per indicare l'introduzione del «numero chiuso» o «programmato» — può trovare per l'iscrizione a Medicina una sua giustificazione, forse ancora più valida e pressante se la si considera finalizzata ad una più razionale distribuzione della popolazione studentesca tra i numerosi atenei.

Forse è più utile accordarci sul termine «numero programmato».

Per me vi è una chiara distinzione tra «numero chiuso» e «numero programmato».

Il «numero chiuso» dovrebbe essere definito in relazione alle esigenze attuali e future di personale medico, in ambito nazionale o regionale. È un numero che ritengo di difficile definizione, ma una volta definito dovrebbe prescindere dalla disponibilità attuale di strutture, e lo Stato o le regioni dovrebbero conseguentemente assumere l'onere di attivare le strutture necessarie per mantenere o raggiungere quel rapporto ottimale strutture/discenti di cui si diceva.

In altri termini, nel caso del «numero chiuso», una volta definite le strutture, dovrebbe essere adeguato ad esse il numero dei discenti. Al contrario, nel caso del «numero programmato», una volta definito il numero dei discenti dovrebbero essere adeguate le strutture.

È ovvio a mio parere che si dovrebbe pervenire a definire un numero né chiuso né programmato, nella accezione-su espo-

sta, ma un numero che tenesse conto sia delle necessità (o forse meglio, per essere più realisti, delle possibilità di utilizzazione) di personale medico, sia delle strutture attualmente disponibili o prevedibilmente attivabili.

Per comodità, possiamo, credo, utilizzare il termine «numero programmato» (soprattutto perché più indolore) se ci si accorda sul fatto che tale numero deve risultare sia, ma non soltanto, dalle esigenze di programmazione, sia, ma non soltanto, dalla disponibilità di strutture.

Tale numero andrebbe definito per le diverse facoltà di medicina, non solo in funzione delle esigenze regionali che una data facoltà è chiamata primariamente a soddisfare (comunque un contesto di coordinamento nazionale), ma anche in funzione delle strutture che quella data facoltà ha a disposizione. Ritengo giustificato definire un tale numero, poiché si tratterebbe in altri termini, fissando un numero di possibili iscrizioni per ciascuna facoltà, di programmare la migliore utilizzazione delle strutture in esse disponibili, il che può equivalere in definitiva a programmare il modo migliore per preparare medici. E se così è, una società che riconosce valore alla programmazione in molteplici campi, deve riconoscere la necessità di programmare il modo migliore di formare medici.

A mio parere, anche se in futuro il numero degli iscritti dovesse subire davvero una rapida diminuzione, sarebbe altrettanto vantaggioso conoscere la disponibilità di posti «utili» (cioè con piena garanzia di validità didattica culturale e professionale) presso ciascuna facoltà, il che potrebbe anche indirizzare la scelta delle sedi universitarie da parte degli aspiranti a iscriversi a Medicina.

Certo, probabilmente la programmazione dell'accesso a Medicina potrebbe stimolare riflessi verso altre facoltà. Penso soprattutto a biologia, per la spinta derivante dall'inserimento dei biologi nel Servizio sanitario nazionale, e la conseguen-

te attesa di un posto di lavoro. Ma la attivazione di Scuole dirette a fini speciali ed il conferimento di diplomi che in ambito sanitario potrebbero in egual misura far presumere un posto di lavoro garantito, potrebbe assorbire un buon numero di studenti che non abbiano superato l'idoneità al corso di laurea in medicina. Si dovrebbero programmare le prove di accesso alle Scuole speciali (già a numero chiuso) in tempi successivi alle prove di accesso a Medicina.

Vedo per contro non poche difficoltà in una prova di accesso per settori disciplinari più ampi, soprattutto per il successivo smistamento degli idonei nelle diverse facoltà. Non vedo infatti quali criteri dovrebbero prendersi in esame per indirizzare gli idonei (ad un concorso unico) verso medicina o veterinaria o biologia. Certamente non un criterio di graduatoria in una prova comune.

Se torniamo ad interrogarci, più a monte, sui criteri ispiratori dei meccanismi di accesso per quanto riguarda Medicina, a prescindere dai riflessi sulle altre facoltà, ribadisco che il «numero programmato» dovrebbe derivare da una sorta di mediazione tra «numero chiuso», cioè strutture, ed esigenze occupazionali. L'intervento dell'ordine su questo secondo aspetto può essere di notevole importanza, soprattutto per gli interventi di sua stretta competenza, a livello informativo — che ritengo essenziali, ed ancor più doverosi se non si dovesse pervenire a regolare l'accesso a medicina. Nella programmazione si dovrà certamente tener conto anche delle esigenze del Servizio sanitario nazionale.

La mia opinione è che la istituzione del Servizio sanitario nazionale ha generato una attesa occupazionale, un tempo inesistente. Se tale attesa non deve essere delusa, la programmazione dovrà tener conto delle reali necessità, o meglio delle reali possibilità occupazionali. Voglio tentare una risposta alla domanda che spesso mi si affaccia alla mente: perché non

un numero programmato per gli avvocati? e perché non si chiede quale sia il ruolo dell'ordine degli avvocati per la programmazione degli iscritti a legge? Perché non vi è un servizio nazionale di «avvocatura».

Il Servizio sanitario nazionale ha generato una attesa occupazionale e in certa (o grande) misura ha garantito l'occupazione dei medici. E i medici rivendicano la loro utilizzazione (sistemazione ?) nel Servizio sanitario nazionale. Ma tale rivendicazione può essere giustificata soltanto se vi è una chiara indicazione delle possibilità occupazionali, cioè una programmazione.

In altri termini, una programmazione del numero dei medici necessari al Servizio sanitario nazionale può giustificare la richiesta dei medici di essere pienamente utilizzati.

Ma se i medici vogliono fare valere questa rivendicazione, poiché essa può derivare soltanto, ed essere giustificata, dalle necessità del Servizio sanitario nazionale e quindi dalla programmazione sanitaria, deve essere accettato un numero programmato di iscrizioni a Medicina.

Se l'accesso a Medicina resterà libero e del tutto incontrollato, sarà rispettata la libertà e il diritto di tutti di accedere agli studi superiori, ma non potrà essere giustificata la rivendicazione della utilizzazione di tutti i laureati in medicina del Servizio sanitario nazionale, non potrà cioè essere rivendicato oltretutto il diritto allo studio anche il diritto alla occupazione in un campo specifico.

In altri termini, il numero programmato a Medicina si può considerare un compromesso tra il diritto allo studio e il diritto alla occupazione.

Del tutto negativo è invece il mio parere per ciò che concerne l'anno propedeutico.

Anzitutto, «anno propedeutico» a cosa?

All'iscrizione al corso di laurea di medicina e chirurgia?

All'iscrizione ad un corso di diploma (o di laurea) in scienze infermieristiche o comunque

paramediche?

Ma è compito dell'università essere propedeutica a se stessa? Se così fosse, l'università dovrebbe gestire la scuola secondaria superiore.

Non mi sembra che in altre facoltà con numerosi corsi di laurea si debba dapprima frequentare un anno propedeutico e poi iscriversi ad un corso di laurea: ci si iscrive direttamente ad un corso di laurea, che poi eventualmente procede per «indirizzi». Vi può essere un biennio comune, ma non «propedeutico» con sbarramento a numero a chiuso.

Cosa dovrebbe insegnarsi nell'anno propedeutico della facoltà di medicina? Essenzialmente fisica, chimica, biologia, forse anatomia e qualche altra materia complementare di cultura medica generale. E poi la selezione. Selezione basata quindi su materie non professionali o professionalizzanti, ma su conoscenze generali di cultura scientifica. Per cui non è poi detto che i migliori siano i più qualificati a iscriversi a Medicina e non a Fisica, Chimica o Biologia o Matematica.

L'anno propedeutico dovrebbe avere la finalità di preparare lo studente a superare la prova di selezione. Avrebbe quindi il compito di portare allo stesso livello di preparazione gli studenti provenienti dal liceo classico, scientifico, artistico o con altri diplomi di scuola superiore.

Mi sembra evidente che ne deriverebbe uno slittamento in basso del livello didattico, poiché il fine primario sarebbe una preparazione volta unicamente al superamento dell'esame di ammissione. Talune ipotesi prevedono una qualche prova attitudinale. Ma come si può definire una prova attitudinale per il medico? Si dovrà prendere in esame l'attitudine a fare il chirurgo, verificandone abilità manuali, o l'attitudine a fare lo psichiatra, verificandone capacità logico-deduttive, o l'attitudine a fare il medico legale, verificandone predisposizioni giuridico-amministrative?

L'istituzione dell'anno prope-

deutico viene giustificata per la necessità di indirizzare gli studenti verso un diploma universitario intermedio, rinunciando alla laurea, storica aspirazione «meridionale» non più attuale.

Avrebbe cioè lo scopo di modificare un aspetto certo anacronistico del costume. Ma chi non supera lo sbarramento dopo l'anno propedeutico sarà davvero invogliato a dirottare verso un diploma, dopo aver perduto un anno nell'università, o non tenderà a maggior ragione di proseguire in altre facoltà verso la laurea?

E allora?

Prova di selezione prima dell'iscrizione all'università.

Vi è un precedente ormai collaudato: il corso di laurea in odontoiatria.

Quando è stato istituito si è parlato addirittura di incostituzionalità per l'introduzione del numero chiuso: da tre anni si svolge un concorso di ammissione e non si ha notizia di rimostranze, anche in sedi come quella romana, che ha visto presentarsi nell'ultima tornata 970 candidati per 120 posti disponibili.

Quest'anno la prova di ammissione si è svolta nello stesso giorno in tutta Italia, e si pensa già di poter programmare tests identici per tutte le sedi.

E allora perché non pensare analogamente anche per l'ammissione al corso di laurea in medicina ad un concorso su base nazionale, mediante i multiple-choice tests, i famosi ma non più «famigerati» quiz, eguali per tutti?

Si potranno rendere pubblici con notevole anticipo i programmi o tutto un pool di quiz. Sarà interesse degli aspiranti richiedere nell'ultimo anno della scuola secondaria un approfondimento di taluni programmi, o prepararsi adeguatamente su testi consigliati.

È inoltre da tenere in considerazione un altro importante aspetto positivo di una tale prova di ammissione: i docenti del primo anno di medicina avrebbero una certa garanzia di rivolgersi ad un auditorio con un grado di preparazione più omogeneo dell'attuale e non dover modulare

l'insegnamento in relazione alla diversa provenienza degli studenti; l'insegnamento potrebbe essere fin dall'inizio più qualificato e specifico.

Ritornando, da particolari questioni, ad una visione più generale della riforma, posso affermare che l'ordinamento didattico dovrà tener conto, ovviamente, da un lato dei progressi della scienza, e dall'altro della «nuova figura» del medico, termine invero molto generico ma che vuole intendere che i compiti, le modalità e le capacità di intervento del medico sono oggi molto diverse da un tempo, e non solo per i progressi nelle scienze mediche, ma per il progresso della società (si pensi ai mezzi di comunicazione).

Si parla oggi — se ne è discusso nella mia facoltà — dei contenuti didattici minimi per la formazione del medico. E si è discusso se si dovessero definire i contenuti minimi per la preparazione del «medico di base» o per la «preparazione di base del medico». Non è però definito il «medico di base».

Non vorrei che si arrivasse a concludere che il compito didattico della facoltà è quello di fornire «i contenuti minimi per la preparazione di base del medico di base»! La facoltà di medicina è università, e l'università deve promuovere e fornire cultura (e anche cultura professionale).

L'ordinamento didattico dovrà essere ridefinito e «attualizzato».

L'aspetto principale su cui intervenire sono però le modalità di insegnamento, che debbono tenere nel massimo conto le attività pratiche. Da qui si torna alla necessità della migliore utilizzazione delle strutture, e quindi alla programmazione del numero degli utenti.

Ritengo sia preferibile che l'ordinamento didattico sia definito da uno strumento legislativo almeno nelle sue linee essenziali. Va salvaguardata l'autonomia delle facoltà, ma va parimenti salvaguardata la uniformità della preparazione del medico. A tale riguardo vi sarebbe un discorso da fare sull'esame

di stato per la abilitazione professionale, che attualmente ha perso gran parte del suo significato.

Un'ultima osservazione relativa ai rapporti tra le strutture di studio universitario e le altre strutture sanitarie: credo che le facoltà di medicina abbiano necessità di utilizzare queste ultime al massimo. È ovvio pertanto che vi debba essere una stretta interazione con il Servizio sanitario nazionale per la individuazione delle strutture, per la organizzazione della didattica in ambiente ospedaliero, e per la organizzazione della assistenza in ambiente universitario. Si può pensare a rapporti istituzionali, ma la premessa essenziale è l'intesa e la collaborazione, al di fuori di ogni preclusione o preconetto, tra università e ospedale. Vorrei però nel contempo richiamare l'attenzione sulla necessità che talune disfunzioni — concordemente riconosciute — del Servizio sanitario nazionale siano corrette e non abbiano comunque a incidere sull'università.

Un'impostazione «per problemi»

di Carlo Vetere

*Direttore generale servizio
medicina sociale
Ministero della Sanità*

La diminuzione nelle iscrizioni al 1° anno, che si è manifestata negli ultimi due anni, solo in parte dipende dalla riduzione delle nuove leve universitarie: infatti si è passati da una media del 12-13% di tutti i nuovi iscritti ad una dell'8%. È indubbio che la percezione dell'esistenza di un surplus di medici abbia avuto un suo peso, mentre è prevedibile che verso la fine degli anni '80 diventino più evidenti le ripercussioni del decremento della natalità tipico dell'ultimo ventennio. Tuttavia, con una piramide dell'età dei medici così allargata alla base, il numero programmato continua a rimanere valido, se non altro perché consente una effettiva selezione

ne culturale ed attitudinale. Solo che i buoi sono già scappati dalla stalla e si tratta di farli rientrare per un vero e proprio riciclaggio che dovrà configurare un nuovo ruolo dell'università.

Va anche rilevato che la mancanza di un numero programmato favorisce l'invasione di studenti greci, israeliani e di altri paesi che conseguendo lauree, in genere con votazioni minime, tornano ad esercitare nel loro paese dove, invece, vige il numero chiuso; pertanto l'Italia è stata accusata di inflazionare il mercato medico europeo e non è più possibile trascurare il fatto che facciamo parte di una Comunità.

Anche l'istituzione dell'anno propedeutico per una vasta gamma di successivi orientamenti sanitari (farmacia, veterinaria, biologia, odontoiatria, psicologia, etc.) mi trova più che consenziente; vedo il numero programmato «globale» per l'ammissione a questo primo anno e quello «mirato» per l'accesso alle varie facoltà; altrimenti, se si intende utilizzare questo anno propedeutico per selezionare i migliori destinati a Medicina, i mediocri alle altre facoltà ed i negati alle scuole ad indirizzo speciale per la formazione dei quadri intermedi si verrebbe a compiere una operazione culturale sbagliata. Nessuno poi dei difensori del diritto astratto allo studio ha mai saputo rispondere a questa domanda: come mai il numero chiuso esiste da sempre per l'accesso alle Scuole infermieristiche ed alle Scuole universitarie dirette a fini speciali (oltre che, recentemente, alle scuole di specializzazione)?

L'anno propedeutico deve servire ad orientare tutti i futuri laureati sanitari verso il ragionamento critico, la revisione delle basi matematiche, la conoscenza dei servizi sanitari e degli operatori dei vari livelli.

Va precisato che il numero programmato andrebbe esteso a tutte le altre facoltà «biologiche» e non tanto per evitare flussi di maggiore ingresso, ma per ridurre gli attuali che sono

già elevati o, come nel caso dei veterinari, abbastanza sufficienti. Per questi ultimi, ad esempio, una comunicazione presentata al 2° incontro Internazionale di Studio sulla Riforma sanitaria organizzata dal CNEL su una base attuale di poco più di 8.000 iscritti agli Ordini vi sarebbe un fabbisogno di 12.400 professionisti. Orbene, risultano iscritti alle facoltà di medicina veterinaria più di 10.000 studenti «in corso» con 3.000 fuori corso e con un numero medio di nuovi iscritti che supera i 2.000, contro un numero di laureati nel 1981 di 660, a riprova dell'incremento recente nell'orientamento verso questa facoltà. Anche prevedendo un pensionamento pari al 20% della forza attuale, si avrà sempre fra un quinquennio un numero di veterinari superiore al fabbisogno.

È anche noto come alcune facoltà quali psicologia e sociologia «scoppino» e come il numero rilevante di laureati in cerca di prima occupazione determini fenomeni di occupazione di posti intermedi del tipo «animatore di comunità».

Quanto ai criteri informativi del meccanismo della programmazione, c'è da aggiungere che attualmente (vedesi corso di laurea in odontoiatria) il numero è programmato in relazione alle possibilità didattiche; ma di già la più recente normativa relativa alle scuole di specializzazione ed alle scuole dirette ai fini speciali prevede un collegamento con la programmazione sanitaria nazionale e, quindi, con il Ministero della Sanità. Ora, se è ben vero che malgrado la pleora di medici (e di molti specialisti) esiste una distribuzione ineguale sul territorio nazionale, ciò può giustificare l'introduzione di meccanismi di incentivazione — a parità di merito — per questi studenti o specializzandi che risiedendo in aree a bassa concentrazione professionale si impegnassero a tornare sul posto. L'esperienza di altri paesi dimostra che il sistema della concessione di prestiti che risultano a perdere se il laureato rientra in sede na-

tia e che diventano invece esigibili in caso di «defezione» funziona abbastanza bene.

Se avessi il potere, personalmente prevederei una moratoria delle iscrizioni per almeno un triennio, onde fare in modo che gli insegnanti e le strutture siano indirizzate ad una migliore formazione degli studenti già iscritti e ad una partecipazione al riciclaggio.

Assurda poi appare la lamentela relativa al collo di bottiglia esistente a livello di ammissione alle scuole di specializzazione; i radiologi lamentano di essere già in troppi, vi sono staff di neurochirurghi che operano in reparti il cui turnover è notevolmente basso, gli oculisti egualmente hanno problemi di eccedenze, anche se un cittadino deve attendere mesi per avere, in alcune regioni, una visita specialistica,

Anestesisti-rianimatori e neurologi sono invece in numero non sufficiente; nota poi è la situazione dell'odontoiatria, per la quale solo in minima parte la istituzione del corso di laurea riuscirà ad assicurare ai cittadini un servizio, vuoi pubblico vuoi privato, senza tempi di attesa così lunghi e costi così elevati. È questo, ad esempio, il campo nel quale una integrazione fra strutture odontoiatriche delle USL e università potrebbe raggiungere il duplice scopo di assicurare una formazione pratica e di estendere la rete pubblica degli ambulatori odontoiatrici.

Si lamenta anche la carenza di gerontologi, ma a questo punto diventano necessari discorsi circa il ruolo del medico cosiddetto di base o di medicina generale che ha di fronte a sé una popolazione in via di «invecchiamento stabile».

La Federazione degli Ordini e gli Ordini non hanno mancato di richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica e del Parlamento; nella fase attuativa di una programmazione potrebbero svolgere un'utile opera di informazione intorno alla demografia medica (gruppi di età, proiezioni) giungendo finalmente ad una differenziazione fra medico

chirurgo e specialista.

Per quanto attiene alla metodologia didattica, esiste tutta una tradizione «milleriana» che è condensata da Gilbert nel manuale O.M.S. e che si basa sulla formazione di piccoli gruppi, sulla fissazione di obiettivi conoscitivi, tecnici ed attitudinali oltre che, bene inteso, sull'insegnamento integrato. L'istruzione programmata può essere di utilità ma rischia di «computerizzare» troppo la mentalità che deve essere sempre umanistico-critica, con «curiosità» e fantasia collegata ad approcci sequenziali. Dal punto di vista generale la trasformazione dell'insegnamento a livello universitario dovrebbe mettere il futuro medico pratico in condizione di giungere a gradini diagnostici almeno orientativi che diventano sempre più indispensabili e che non escludono il successivo intervento dello specialista; è un assurdo, ad esempio, che non si effettui correntemente l'esame del fondo dell'occhio anche tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione. La formazione complementare del medico pratico proposta in sede CEE si giustifica solo se non viene modificato l'attuale ordinamento accademico delle facoltà di base, oppure potrebbe diventare un tirocinio sul territorio in preparazione non solo ospedaliera allo svolgimento di compiti che oggi sono solo «aspirazioni».

Per poter portare a termine un tale insieme di innovazioni costruttive, credo che gli strumenti di natura giuridica siano senz'altro necessari, se non altro per superare i cosiddetti diritti acquisiti, il concetto di «mio Istituto» e per prevedere nuove forme di esame integrato di più materie (quale del resto già avviene nelle scuole di specializzazione). Ma risulta egualmente necessario un sistema più elastico che, tuttavia, richiede:

- maggiore preparazione pedagogica dei docenti
- partecipazione più attiva e meno assembleare degli studenti
- individuazione di meccanismi di feedback che siano con-

creti.

Quanto all'essenziale interrelazione tra struttura universitaria e struttura sanitaria di base, se sul piano pratico, quando si va a visitare un complesso ospedale-universitario, si nota che esiste la più collegiale collaborazione, allorché ci si trova in sede sindacale od amministrativa può rilevarsi:

— una ostilità contro i baroni ed una accusa di «asso piglia tutto»

— dall'altra parte, un eccessivo timore dell'ingerenza di organi di gestione delle USL in attività assistenziali che vengono svolte dai medici universitari.

Numerose sono le disposizioni che prevedono interventi dell'università nella programmazione e la tesi della Scuola di Medicina staccata dall'università e dipendente dal servizio non tiene conto delle esigenze di una ricerca che non può essere solo finalizzata e che deve avvalersi di altre componenti non mediche di facoltà diverse. Nello stesso tempo, da parte universitaria, cominciando dal vertice, è indispensabile rendersi conto che l'autonomia ha validità culturale e didattica ma non può sconfinare nell'eccesso di fantasia creatrice di cattedratici che «proliferano» con estrema rapidità.

Esistono, inoltre, settori di ricerca, quale quella su aspetti socio-psicologici della malattia, sulla stessa organizzazione sanitaria, nei quali la ricerca non clinica può, anzi deve, essere condotta in comune e rappresentare un nuovo momento di incontro; per la ricerca clinica, si ripete, non risultano quelle contrapposizioni e quei dinieghi che vengono lamentati. Nella didattica, sia gli universitari, sia i laureati sanitari delle USL «debbono andare a scuola», cioè debbono apprendere le modalità dell'insegnamento e della verifica che si trasferisce anche nella formazione permanente e che, quindi, considera gli aspetti qualitativi del servizio, gli indici di soddisfazione dell'utenza, il grado di utilizzazione delle strutture, il numero delle autopsie, il numero degli audit, la per-

centuale di appendici sane estirpate con urgenza, etc.

All'impostazione «per nozioni» si deve sostituire quella «per problemi» ed in questo campo esistono lacune, ma anche valide esperienze in entrambi i casi, per cui l'integrazione che, si ripete per l'ennesima volta, non è assente in molte strutture sanitarie a dimensione umana, può approfondirsi, sia pure in quella dialettica che è sempre fonte di progresso.

Spazio alle materie applicative

di Carlo Zanussi

Presidente della Commissione d'Ateneo - Milano

Di fronte alla pleora medica degli anni passati occorre una vera pausa di ripensamento ed una graduale ripresa realmente aderente alle necessità della nostra Società: giudico perciò molto favorevolmente sia l'istituzione dell'anno propedeutico, perché può permettere allo studente di meglio valutare le sue attitudini ed i suoi orientamenti e di operare quindi una scelta più meditata; sia l'introduzione del numero programmato, che consentirà un miglior controllo ed una più razionale organizzazione della facoltà.

Ritengo infatti che in nessuna facoltà vi sia stata una affluenza così indiscriminata, anche in rapporto alle capacità e alle attitudini del singolo studente, di quanto si è verificato in medicina.

Il criterio della programmazione dovrebbe rispondere ad una duplice esigenza, l'una collegata a strutture in grado di fornire una adeguata preparazione; l'altra, in rapporto alla possibilità di una futura occupazione. I richiami più volte fatti dall'Ordine dei medici hanno un chiaro significato in questo senso e tendono a salvaguardare un concetto di professionalità che viene sminuito dall'eccesso di numero e dal difetto di preparazione. Certamente, la preparazione deve essere basata sulle reali necessità, e queste debbo-

no essere correttamente verificate e analizzate.

Il primo proposito di un nuovo ordinamento degli studi medici, che dovrebbe essere elaborato da esperti anche stranieri basandosi sulle numerose esperienze fatte in questo campo soprattutto nelle università anglosassoni, dovrebbe essere orientato in maniera molto più applicativa rispetto alla attuale impostazione degli studi, che è prettamente teorica anche per la mancanza di un numero adeguato di posti letto alla preparazione dello studente.

L'insegnamento dovrà essere coordinato fra materie di base e materie applicative, eliminando quella assurda separazione fra triennio biologico e clinico, che si traduce in conoscenze accumulate ma non strutturate. L'insegnamento integrato e fatto per piccoli gruppi è certamente quello più idoneo a raggiungere una nuova preparazione medica, ma esso richiede, oltre a idonee strutture, una volontà di collaborazione ed una preparazione profonda dei docenti, esigenze che non sono sempre state rispettate dalla rapida crescita del corpo docente. Per quanto ho detto, questa nuova impostazione degli studi medici dovrebbe essere elaborata e studiata per esperimenti pilota da parte di un organo tecnico e successivamente trasformata in materia operativa con uno strumento legislativo.

Per quanto riguarda i rapporti tra la facoltà e le altre realtà sanitarie per così dire esterne, sul piano ideale non si può non consentire ad un loro intensificarsi. Viceversa, la situazione appare molto difficile e complessa sul piano della realtà attuale, ove l'università è in fase di profonda e precedente evoluzione e il Servizio sanitario nazionale non ha ancora trovato una sua precisa identità. Sul piano di auspicio, si deve pensare alle facoltà mediche come a dei centri pilota non solo della preparazione didattica e scientifica ma anche di una attività medica avanzata, non avulsa dalle strutture ospedaliere ma facente parte integrante di esse



e capace di servire come modello a modifiche e innovazioni da trasferire o meno su tutta l'organizzazione dell'Ospedale. Dovrebbe spettare alla componente universitaria, così intesa ed operante in veri «Ospedali di insegnamento», la valutazione dei nuovi più elaborati mezzi diagnostici e terapeutici e di nuove forme di organizzazione interna e sul territorio.

Deontologia e promozione culturale

di Eolo Parodi
Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici

Per valutare correttamente le di-

mensioni del problema della riforma degli accessi è necessario partire dalla considerazione dei dati relativi agli iscritti agli albi e agli iscritti alle facoltà di medicina.

Al 31 dicembre 1981, gli iscritti agli Ordini dei Medici erano 190.196, con un rapporto medio medico-abitante di 1/301 (non abbiamo ancora il dato definitivo per il 1982, ma comunque siamo ampiamente oltre i 200.000 iscritti).

Gli iscritti all'anno accademico 1981-82 erano 118.952 di cui 20.151 immatricolati. Ad essi bisogna aggiungere 49.499 studenti fuori corso. I laureati nel corso del 1981 sono stati 15.322.

È evidente che il rapporto medico-abitante, già estremamente

preoccupante, è destinato a divenire drammatico nei prossimi anni pur considerando che non tutti gli iscritti all'università giungeranno alla laurea.

La diminuzione degli iscritti (meno 10,6% rispetto all'anno accademico 1980-81) non giustifica certo l'accantonamento delle proposte per l'introduzione del numero programmato, specie se si considera che il fenomeno della diminuzione delle iscrizioni è più modesto rispetto a quanto verificatosi in altre facoltà (agraria —18,8%, veterinaria —12,2%, farmacia —10,6%, magistero —9,5%, lettere e filosofia —7,1%). Non si può, in effetti, parlare di una limitazione delle iscrizioni soltanto per la facoltà di medicina, bensì si tratta di un fenomeno a carattere generale.

Va considerato che, pur se è diminuito in termini assoluti il numero degli iscritti alla facoltà di medicina, è aumentato il numero dei laureati (nel 1981: 15.322, con un incremento del 7,3% rispetto all'anno precedente).

La diminuzione delle iscrizioni riscontrata, in sostanza, è poco significativa nel quadro complessivo dell'alto numero degli studenti attualmente iscritti all'università per cui, se non si giungerà ad una programmazione degli accessi, non si potranno ottenere risultati apprezzabili circa il contenimento del numero dei medici.

Infine, non possono essere trascurati gli obblighi che derivano al nostro paese dall'appartenenza alla CEE i cui Stati membri (che hanno già da tempo adottato misure di programmazione) non sono disposti ad accettare quella che potrebbe divenire una vera e propria invasione da parte dei medici italiani a discapito, ovviamente, di tutte le misure di programmazione adottate negli altri paesi. Purtroppo a tutt'oggi non è stata possibile l'introduzione del numero programmato neanche per la facoltà di medicina per la quale — e ormai sembrano tutti d'accordo — l'adozione di adeguati provvedimenti è improcrastinabile. Quanto ad una possibile, ed auspicabile, estensione

di tale criterio limitativo ad un settore disciplinare più ampio, c'è da notare che essa determinerebbe almeno una conseguenza deleteria: quella di ritardare ulteriormente l'introduzione del numero programmato per l'accesso alla facoltà di medicina.

Non sarei poi in grado di precisare se e in quale misura studenti non ammessi a quest'ultima si iscriveranno ad altre discipline sanitarie. È possibile anche che candidati esclusi si rivolgano a facoltà del tutto diverse, nonché al settore paramedico, andando in tal caso a colmare evidenti carenze.

A prescindere comunque dal discorso specifico sulle modalità di realizzazione, c'è da ribadire che l'esigenza di una programmazione nell'accesso alla facoltà è imposta sia da motivi didattici, sia da ragioni di carattere occupazionale. Gli Ordini dei medici, più che le facoltà di medicina, sono in condizione di valutare la gravità della crisi occupazionale del medico, in quanto ad essi si rivolgono sempre più insistentemente i neo-laureati invocando adeguati interventi per favorire il loro inserimento. Il fenomeno ha raggiunto dimensioni preoccupanti ed ha dato origine ad una notevole tensione all'interno della categoria, fra giovani e meno giovani, determinando riflessi negativi anche nei confronti della tutela della salute della collettività. Premessa l'indiscutibile esigenza di una regolamentazione dell'accesso alla facoltà, il problema della scelta fra una selezione prima della immatricolazione e una da effettuarsi dopo un anno a carattere propedeutico è stato oggetto di specifica considerazione nel recente Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici. Al riguardo sono state condivise le proposte già formulate dalla Conferenza dei Presidi che si è pronunciata per una selezione all'inizio del corso di laurea.

È ben vero che tale selezione può risultare condizionata dalla disomogenea pregressa formazione culturale dei candidati e che una valutazione dopo un

anno propedeutico potrebbe garantire una migliore valutazione degli studenti sotto il profilo attitudinale, ma la soluzione dell'anno propedeutico presenta controindicazioni che non possono essere trascurate.

Infatti, si creerebbero inevitabilmente aspettative destinate poi a rimanere insoddisfatte, si aggraverebbero le attuali difficoltà didattiche, si correrebbe il rischio di incidere negativamente sulla durata del ciclo di insegnamento e sui contenuti della formazione in relazione agli obblighi provenienti dalle direttive CEE in materia.

Anche l'esigenza di un equo rapporto studenti/docenti/strutture è irrinunciabile in quanto il sovraffollamento dell'università rischia di compromettere gravemente il livello di preparazione dei neo-laureati con conseguenze inaccettabili, fra l'altro, in rapporto ai livelli di formazione da assicurare in ossequio alle normative CEE.

L'Ordine professionale può e deve svolgere un ruolo di particolare importanza soprattutto per quanto attiene la formazione permanente del medico da realizzare, ovviamente, con l'apporto della cultura e della scienza medica. L'aggiornamento professionale è in primo luogo un obbligo deontologico e, conseguentemente, compete all'Ordine — che è garante dei valori etici della professione — farsene promotore in adempimento anche alle attribuzioni della legge istitutiva fra le quali «la promozione del progresso culturale degli iscritti» assume particolare rilievo.

Con riferimento alla formazione permanente si potrà affermare anche un potere dell'Ordine di periodica verifica e «ricertificazione» del possesso delle conoscenze indispensabili per un corretto esercizio della professione. L'Ordine rivendica, inoltre, la presenza di propri rappresentanti per quanto riguarda l'esame di abilitazione professionale ed il coinvolgimento nella scelta e il riconoscimento delle strutture idonee alla formazione specialistica ed al tirocinio pratico, tirocinio che dovrà essere

previsto prima dell'esame di stato.

La legge di riforma sanitaria ha evidenziato chiaramente le esigenze di un reciproco apporto fra strutture universitarie e strutture del Servizio sanitario nazionale nello svolgimento dei reciproci compiti istituzionali. Anche con riferimento a questa impostazione, oltre che con riguardo all'interesse della collettività ad idonee forme di tutela della salute realizzate attraverso il servizio pubblico, la programmazione a livello universitario deve tener conto delle esigenze del Servizio sanitario nazionale.

È infatti innegabile l'esigenza di organici e stabili collegamenti fra le strutture di quest'ultimo e le università.

Uno strumento di particolare importanza nei rapporti fra Università, Regione e USL è costituito dalla convenzione prevista dall'art. 39 della Legge 833 il cui schema-tipo è stato recentemente approvato. Già nella fase di definizione dello schema-tipo sono emersi vari contrasti fra mondo universitario e mondo ospedaliero. Mi auguro, nell'interesse reciproco, che tali contrasti possano essere definitivamente superati.

In ogni caso, è quello della convenzione lo strumento che deve favorire i rapporti sul piano organizzativo-assistenziale fra facoltà e strutture del Servizio sanitario nazionale.

È proprio tenendo conto anche dei compiti, di rilevante responsabilità gestionale, che il medico è chiamato a svolgere nel Servizio sanitario nazionale, che la revisione dei piani di studio del corso di laurea, a mio avviso, deve potenziare l'insegnamento delle discipline fondamentali precliniche e cliniche (lasciando alla formazione post lauream quello delle discipline a carattere specialistico) e quello delle discipline attinenti alla medicina di comunità (epidemiologia, prevenzione, ecc.).

La dinamica del progresso delle scienze biomediche sconsiglia una rigida preordinazione per legge del curriculum degli studi, per cui appare preferibile

conferire i necessari poteri al Ministero della Pubblica Istruzione, lasciando comunque alle singole facoltà adeguata autonomia e flessibilità operativa. Tuttavia, dovrebbe essere reso obbligatorio l'insegnamento della lingua inglese e, eventualmente, di una seconda lingua scelta dallo studente, mentre è opportuno che l'etica medica sia elevata a disciplina autonoma rispetto alla medicina legale.

Un costante coordinamento tra le facoltà di medicina dovrebbe assicurare una maggiore uniformità di comportamenti, sia nello svolgimento dei singoli insegnamenti, sia nell'affermazione di criteri di maggior rigore e selettività.

Una pianificazione costruttiva

di Carlo Umberto Casciani
*Presidente della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Università Tor Vergata di Roma*

Anche se il numero degli iscritti decresce rapidamente, una riforma degli accessi agli studi medici è giustificabile, sia perché ancora attualmente siamo in presenza di un'eccedenza di studenti e quindi di medici rispetto alla necessità del paese, sia perché è necessario istituire degli strumenti adatti non solo per una situazione contingente, ma validi anche per una seria pianificazione futura.

La riforma degli accessi non deve essere in altre parole un intervento d'emergenza temporaneo e perciò stesso esposto alla critica, come se fosse quasi un fatto punitivo, ma deve essere al contrario uno strumento per il progresso civile del nostro paese; esso, poi, favorirà probabilmente la formazione di quadri numericamente adeguati in settori in cui l'Italia è carente. Pur non ritenendo che tale programmazione numerica possa provocare riflessi negativi sulle altre facoltà, credo sia opportuno, in prospettiva, procedere ad

analogo provvedimento per tutti gli altri «accessi», proprio nel senso di una pianificazione costruttiva e non limitativa.

Per ora, c'è da sottolineare che essa giustamente nasce, per quanto riguarda Medicina, prima che da necessità didattico-occupazionali, da un'esigenza di fondo, preminente: la risposta alle necessità degli utenti, vista attraverso le rilevazioni epidemiologiche e statistiche attuali e proiettive del Servizio sanitario nazionale.

L'esigenza occupazionale ne è una conseguenza, e l'adattamento delle strutture didattiche fino alla realizzazione di un insegnamento universitario ottimale è un obbligo in un paese civile ed avanzato.

L'Ordine Professionale può avere un ruolo fondamentale nell'indicare le linee di sviluppo della professione medica, purché venga adeguatamente consultato e ai suoi pareri venga dato il peso dovuto nelle sedi opportune.

Ma l'interazione tra strutture di studio e strutture operative non si ferma qui, allo start dell'accesso.

Sul piano organizzativo-assistenziale, infatti, le facoltà di medicina dovrebbero avere un rapporto strettissimo con le strutture del Servizio sanitario nazionale, utilizzandole per la formazione di studenti e soprattutto di specializzandi, e garantendo a loro volta l'apporto scientifico, specie in termini di aggiornamento e di ricerca scientifica, alla rete ospedaliera.

Per quanto riguarda i connotati essenziali del nuovo ordinamento didattico degli studi medici, a mio avviso è indispensabile l'istituzione dei dipartimenti didattici, la realizzazione di un Block System integrato con la formazione di piccoli gruppi di studenti in diretto rapporto con il docente, specie per quel che riguarda le esercitazioni, che dovrebbero essere potenziate fino quasi a prevalere sulla lezione cattedratica.

Un'università agile, dovrebbe anche essere piccola. Non è ovviamente possibile smembrare

le nostre megauniversità, ma la formazione di Dipartimenti ben costruiti dovrebbe consentire una maggiore agilità anche nelle nostre vecchie strutture. Ai fini di una migliore qualità di insegnamento, basata su di una migliore qualità dello studio, è da considerare favorevolmente anche l'anno propedeutico, che rappresenta un momento di formazione di base dell'operatore sanitario, e un momento di approfondimento da parte dello studente sul significato della scelta da lui precedentemente operata, talvolta con delle cognizioni piuttosto vaghe e poco realistiche della realtà professionale a cui si avvia. Da questo anno di conoscenza e di riflessione lo studente può derivare degli orientamenti ben ponderati che lo porteranno o a proseguire sulla strada della medicina clinica, o a scegliere professioni sanitarie alternative quali la laboratoristica, la professione amministrativo-sanitaria, etc.

Il nuovo ordinamento didattico dovrà dunque cercare di «contemplare» un insieme complesso di realtà: è per questo che ritengo preferibile ricorrere alla valutazione di un organo tecnico, non tanto dunque per sfiducia nei politici, quanto perché lo strumento legislativo è di necessità più lento, e consente minore spazio di manovra per quelle che possono essere le risposte a specifiche esigenze, confortate da realtà rapidamente modificantesi o da oggettive condizioni particolari di un settore.

Una rinnovata fisionomia

di **Giuseppe Del Porto**
già Direttore del Libero Istituto Universitario di Medicina dell'Aquila

La riforma degli accessi alle facoltà di medicina non è da considerare solo in funzione dell'elevato numero degli studenti, ma anche, e forse soprattutto, in relazione alle mutate esigen-

ze socio-sanitarie che impongono alle facoltà di assumere nuovi impegni per adempiere un compito più completo a diversi livelli.

La deflessione della numerosità della popolazione studentesca non è così sensibile da consentirci di trascurare questo aspetto, in quanto la didattica medica, oltre che teorica, è essenzialmente connessa con un pratico impegno esercitativo che può essere svolto efficacemente solo tenendo in considerazione il rapporto ottimale: docenti, discenti, strutture. Una conferma a tale riguardo deriva dalla mia esperienza di Direttore dell'Istituto Universitario di Medicina e Chirurgia dell'Aquila, dove il numero degli studenti previsto dallo statuto e programmato in funzione di tali parametri ha permesso di conseguire risultati più favorevoli, ottenendo una migliore preparazione teorico-pratica. La distribuzione infatti degli allievi in piccoli gruppi affidati a tutto il personale docente, che collabora nell'ambito delle cattedre universitarie, persegue il duplice scopo: una conoscenza più diretta tra docente e discente, una attività esercitativa più controllata e quindi di maggiore utilità.

L'altro aspetto che credo sia di maggiore importanza quando si parla della riforma degli accessi è legato agli impegni che la facoltà medica deve oggi assumere nelle attuali mutate esigenze socio-sanitarie del paese e nell'ambito della Comunità Europea. Occorre una riforma della facoltà, opportunamente e meticolosamente studiata e, sotto alcuni profili, anche coraggiosamente innovativa.

Tale programmazione purtroppo non introdotta, ma ancora solo prevista, dovrebbe essere estesa anche ad altre facoltà e non solo nei settori disciplinari più vicini, al fine di correggere l'assurdo scompensamento realizzatosi nel nostro paese nel rapporto diplomati-laureati.

Circa l'esigenza didattica quale «primus movens» del meccanismo della programmazione non credo che vi siano dubbi in pro-

posito. Oltre alla mia esperienza positiva in merito, che ho appena citato a conferma, restano ora da considerare altri aspetti come quelli occupazionali, la correlazione con l'Ordine Professionale e le esigenze del Servizio sanitario nazionale.

Affrontando il problema occupazionale bisogna assolutamente introdurre elementi di correzione nella distribuzione degli operatori del Servizio sanitario nazionale, evitando in primo luogo il contemporaneo esercizio di più attività pubbliche da parte di uno stesso operatore. Vi sono oggi sanitari di ruolo con più incarichi e quindi sopra-occupati a danno di altri sotto-occupati o non occupati affatto. L'attuale numero dei sanitari è effettivamente eccessivo, ma non credo esorbitante, se meglio distribuito. Una radicale revisione degli albi professionali potrebbe oggi essere auspicata, ma sempre in relazione ai nuovi indirizzi che dovrebbero essere proposti dalla riforma della facoltà medica.

Indubbiamente il Servizio sanitario nazionale con le sue esigenze costituisce un elemento di particolare considerazione, ma non cadiamo nell'errore di considerare la riforma della facoltà medica diretta a soddisfare unicamente tale impegno, perché tra i suoi compiti c'è anche la ricerca!

Coerentemente al giudizio da me espresso, credo che l'istituzione dell'anno propedeutico sia da giudicare positivamente, anche perché permetterebbe di evitare l'esame di ammissione a quiz, assolutamente non rispondente al fine primario di una selezione qualificata. Infatti la polimorfa preparazione degli studenti delle scuole secondarie superiori favorisce alcuni indirizzi a danno di altri. Il meccanismismo dei quiz, ad esempio, diventa limitativo per coloro che hanno svolto i loro corsi con una preminenza di materie letterarie.

L'anno propedeutico però non può essere identificato con l'attuale primo anno della facoltà di medicina e chirurgia, perché deve essere propedeutico in

funzione della riforma della facoltà medica che per grandi linee dovrebbe essere così proposta:



Di conseguenza l'attuale primo anno risulterebbe troppo pesante e non utile per coloro che proseguiranno gli studi verso il conseguimento di un diploma. Al di là di questo o quell'aspetto innovativo, credo comunque che il punto fondamentale da prendere in esame e dal quale poi possono scaturire tutte le altre considerazioni correlabili, sia proprio la fisionomia generale dell'insieme innovativo. Eccone alcuni connotati essenziali:

— Riforma del piano di studi con criteri più moderni ed attuali.

— Istituzione di più corsi di laurea finalizzati alle più svariate esigenze con esami abilitanti differenziati.

— Scuole a fini speciali.

— Corsi di perfezionamento.

— Corsi di specializzazione.

La materia è vasta e forse ciascun punto potrebbe essere oggetto di una specifica trattazione, ma vedremo di esaminarli singolarmente anche se in maniera sintetica.

Riforma del piano di studi: l'orientamento attuale dovrebbe essere tutto indirizzato alla realizzazione di una didattica integrata per aree culturali affini. Il corso di lezioni della singola cattedra, avulso dal complesso degli insegnamenti, di uno stesso ambito è oggi anacronistico perché molte volte non riesce a trovare da parte del docente una logica correlazione. Volendo rimanere nel mio ambito, credo che per molti studenti affrontare la Genetica Medica come disciplina a se stante possa creare problematiche, anche per la molteplicità di insegnamenti presenti nella facoltà, ma credo con la stessa

convincione che una buona formazione culturale non possa prescindere, nelle varie aree (medica, pediatrica, ostetrica, ortopedica, oculistica, otorinolaringoiatrica, chirurgia, ecc.) dalla integrazione di lezioni di Genetica Medica, limitatamente al contributo specifico che può essere apportato.

Corsi di laurea: occorre introdurre altri corsi di laurea che permettano di identificare nuove figure di sanitari anche sostanzialmente distinte dal prototipo prodotto fino ad oggi. Questa necessità è peraltro confermata dalla recente istituzione del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e ritengo che, come in tale caso, possano essere individuati nuovi indirizzi, tali ad esempio, il biomedico, il patologo clinico, il settore socio-preventivo, ecc.; occorre allora adeguare i relativi curricula ai fini prefissi per una preparazione più specifica e completa nel settore, introducendo di conseguenza l'attivazione di Esami di Stato Abilitanti differenziati. Continuando a persistere il concetto che le facoltà mediche debbano necessariamente laureare solo operatori medici da utilizzare in campo esclusivamente assistenziale, magari adeguandosi alle norme CEE, non sarà possibile alcuna seria riforma della facoltà, che si troverebbe ad operare sempre in limiti estremamente rigidi.

Scuole dirette a fini speciali: il riordino di tale materia è oggi essenziale per correggere gli sbilanciamenti esistenti sia come confusione di indirizzi, sia come impegni didattici nei vari corpi anche di aree operative affini. Il loro inserimento nella facoltà medica come possibilità di sbocco dopo il primo anno propedeutico, oltre a realizzare una effettiva qualificazione e a permettere una razionale programmazione, costituisce garanzia di omogeneità didattica anche se diversificata nei contenuti.

Scuole di perfezionamento:

dirette a promuovere una più specifica preparazione, esse dovrebbero essere aperte anche ai diplomati, poiché ritengo non essere necessariamente indispensabile la laurea quale titolo di ammissione.

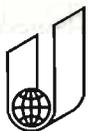
Scuole di specializzazione: potrebbero prevedersi con allievi a tempo pieno, retribuiti perché possano acquisire una effettiva professionalità. Occorre però considerare a tale riguardo la necessità di:

- programmazione nazionale in relazione alle effettive esigenze pubbliche e private;
- istituzione di albi professionali specifici.

Un altro aspetto che la facoltà medica dovrebbe prendere in seria considerazione è quello relativo all'aggiornamento periodico degli operatori sanitari. Il continuo progresso scientifico impone tale necessità al laureato e al diplomato che oggi anche con la migliore buona volontà non riesce a soddisfare tale esigenza in maniera organica e programmata. Infatti i numerosissimi congressi, simposi, convegni, ecc., oggi realizzati, riguardano in genere aspetti particolarmente specialistici, mentre i pochi corsi di aggiornamento formalizzati, sono per lo più costituiti da lezioni cattedriche che ritengo però insufficienti allo scopo.

Una stretta collaborazione dovrebbe poi essere prevista a tutti i livelli, con le altre strutture sanitarie del paese, evitando polemiche molto spesso poco responsabili. Università, Ospedali, USL, operando congiuntamente nell'ambito delle rispettive competenze e con una corretta assunzione degli impegni, potranno finalmente condurre alla effettiva efficienza del Servizio sanitario nazionale.

La complessità delle argomentazioni esposte credo debbano imporre un attimo di riflessione. La riforma della facoltà medica è un argomento complesso e delicato, anche se necessario e urgente, ma mediamola bene per ottenere il meglio.



Così i partiti

È la volta dei politici, interpellati a fare da portavoce su due questioni fondamentali:

• *È urgente e davvero indifferibile — tale da giustificare la precedenza asso-*

luta rispetto ad altre facoltà ed alla stessa riforma della secondaria — la riforma delle facoltà di medicina e chirurgia?

• *Si o no — ed in base a quali criteri — alla pro-*

grammazione degli accessi? È realistico in Italia, programmare gli sbocchi occupazionali con un anticipo di 6-10 anni?

Ed eccoci alle risposte.

Il «riordino» delle discipline mediche

di Paolo Cabras

Dirigente del Dipartimento Scuola della direzione centrale della DC

Ritengo che il riordino degli studi di medicina sia uno dei problemi a carattere prioritario da affrontare con urgenza nel quadro del processo riformistico del sistema universitario-scientifico avviato dalla legge 28 e dai relativi decreti delegati.

D'altro canto la D.C., che ha sempre rivolto particolare attenzione a questo settore, ha compiuto da tempo alcune scelte di fondo, che costituiscono i principi ispiratori della proposta di legge presentata al Senato dal Sen. Bompiani e alla Camera dall'On. Cirino Pomicino e da altri parlamentari.

Non parlerei di trattamento diverso rispetto alle altre facoltà, in quanto le soluzioni proposte si collocano nella stessa logica che ha ispirato le linee generali della legge 28, ma semmai di un adeguamento normativo che deve tener conto della specificità del settore e del grande rilievo che esso assume sul piano sociale. Esistono infatti per la facoltà di medicina peculiari

esigenze da soddisfare, e tra queste pongo in assoluto rilievo la formazione di operatori sanitari, anche e soprattutto di tipo intermedio, che consenta livelli di più qualificata e differenziata professionalità, quale appunto un moderno servizio sanitario richiede; non è meno importante, inoltre, che in una effettiva prospettiva di integrazione europea si realizzi l'adeguamento alle norme comunitarie, condizione essenziale per attuare un regime di libero scambio.

Non porrei il problema della precedenza sulla riforma della secondaria superiore, poiché il riordino delle discipline mediche rappresenta un aspetto particolare (non a caso parlo di riordino e non di riforma), che però, a mio avviso, attiene alla generale programmazione dell'università.

Per quanto riguarda gli accessi, premetto che la D.C. ha sempre rifiutato soluzioni di rigida limitazione, che avrebbero senso soltanto in una società pianificata, che concepisse la cultura prevalentemente in funzione di una finalizzazione ad esigenze economiche e produttive. Tuttavia, per la facoltà di medicina, proprio per i numerosi problemi che essa pone (non ultimo quello della non convertibilità dei ti-

oli sul mercato del lavoro), ritengo che sia opportuno ed urgente introdurre criteri di regolamentazione.

Sarebbe, però, assai difficile poter sostenere il numero programmato soltanto a Medicina, istituendo di fatto una facoltà protetta, senza che a breve scadenza non si provvedesse ad una più generale programmazione degli accessi per tutte le discipline.

E se non intendiamo riferirci ai criteri di rigida programmazione propri dei paesi dell'Est, e dell'Ovest, si debbono ipotizzare forme più flessibili, da realizzare attraverso una razionalizzazione delle modalità di accesso tra secondaria superiore ed universitaria che tengano conto delle affinità tra corso di laurea prescelto ed indirizzi precedentemente seguiti. Un nuovo ordinamento degli esami di maturità, che anticipi la logica della canalizzazione, potrebbe già di per sé rappresentare un utile strumento di regolamentazione degli accessi. Fatta questa premessa, ritengo che la programmazione degli studenti di Medicina debba essere intesa in relazione alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. D'altro canto, una più equilibrata distribuzione degli studenti nei vari

atenei, una più oculata programmazione delle sedi universitarie, nonché una corretta integrazione tra università ed ospedali (nel rispetto delle proprie autonomie e prerogative) potrebbero efficacemente ridimensionare il problema delle carenze strutturali, consentendo di ricuperare gli aspetti qualitativi dell'insegnamento attraverso il riequilibrio dei rapporti studenti-strutture. Va tenuto conto inoltre, ai fini della programmazione, anche di tutto il settore scientifico della biomedicina, che potrà assorbire, ce lo auguriamo, un numero sempre crescente di giovani studiosi e ricercatori.

Quanto all'anticipo previsionale non è mai certamente facile cimentarsi in questi tipi di programmazione, anche se il settore medico mi appare come quello per cui, nell'attuale economia di mercato, sia più realisticamente possibile prevedere il fabbisogno quantitativo e qualitativo degli operatori; d'altro canto lo stesso rapporto medici-popolazione, pur nella sua evidente grossolanità ai fini di valutare compiutamente la domanda di assistenza sanitaria con riferimento anche agli aspetti preventivi e riabilitativi, costituisce pur sempre un dato indicativo di non trascurabile importanza.

Improcrastinabile

di Alberto Bemporad
Responsabile dell'Ufficio Scuola del PSDI

Ritengo che la riforma della facoltà di medicina e chirurgia sia oggi urgente ed improcrastinabile. La motivazione principale è che nella facoltà non si svolge soltanto un'attività didattica ma vi è anche un'imprescindibile assistenza medica nei confronti del malato: serve quindi senz'altro una regolamentazione a parte, tenuto anche conto delle complesse attrezzature scientifiche che sono necessarie.

Ritengo poi che gli accessi debbono essere programmati sia

per ragioni didattiche che occupazionali. E ciò perché, da un lato non si può svolgere un'attività di didattica medica, che richiede la dotazione di determinate attrezzature, di fronte a una moltitudine di studenti; dall'altro, perché vi sono precisi problemi di sbocchi professionali: vi sono attualmente dei preoccupanti fenomeni di disoccupazione, con tutto ciò che comporta in termini di conflittualità sociale.

Detto questo, credo che l'anticipo previsionale di dieci anni sia eccessivo, se non improponibile. Ritengo che una programmazione sia attuabile solo nel periodo massimo di tempo di sei anni, con aggiornamenti annuali, vale a dire con elasticità.

Penso che questa programmazione dovrebbe avvenire presso il Ministero della Sanità, da parte di una Commissione formata da funzionari, personale medico e para-medico, ma anche da economisti, esperti di statistica e di fenomeni sociali, da persone cioè che abbiano una competenza specifica riguardo l'evoluzione della società italiana.

Sanità, un settore essenziale

di Rodolfo Picchiotti
Responsabile per il settore degli studi medici dell'ufficio scuola e università del PSI

Una riforma degli studi universitari appare matura per tutte le facoltà, nel quadro di un necessario riordinamento dei curricula che sia più adeguato alle esigenze del mondo moderno e, per quelle scientifiche in particolare, alla rapida evoluzione tecnologica. In questa ottica, peraltro, la riforma della facoltà di medicina richiede provvedimenti urgenti per due ordini di motivi:

1) la formazione del personale medico e di quello tecnico-sanitario, che richiede anche esso, a nostro parere, necessariamente una preparazione qualificata a livello universitario, ha un grande, immediato impatto nei confronti di un settore es-

senziale nella vita del paese come quello della sanità;

2) la pleora medica ha raggiunto livelli tali che non possono essere corretti sperando in un'autoregolazione legata ad un'economia di mercato, senza alcuna programmazione. Né si può dimenticare che l'ulteriore aggravarsi di questo fenomeno, anche se obiettivamente negli ultimi anni vi è stato un accenno alla diminuzione dei laureati, può avere ripercussioni negative nei confronti delle possibilità di una libera circolazione dei medici nell'ambito CEE.

La riforma della facoltà di medicina, ispirandosi a criteri che in parte sono specifici, ma in una parte rilevante indicano linee che possono essere di applicazione più generale, potrà rappresentare, anziché un'elusione della riforma complessiva degli studi, un fattore trainante per la sua più rapida approvazione. Per parte nostra stiamo lavorando fin d'ora alla predisposizione di un progetto di legge-quadro sull'organizzazione della funzione formativa dell'università nel suo complesso.

Quanto alla riforma della scuola secondaria superiore, essa nelle sue linee è già definita, e pertanto se ne può immediatamente tener conto. Le ulteriori definizioni, che interverranno a seguito della sua approvazione, in sede di d.d., potranno, al massimo, implicare alcuni ritocchi al nuovo ordinamento della facoltà di medicina che il Senato sta ora discutendo.

In conclusione, riteniamo che sia doveroso intervenire subito, per necessità, sul problema della facoltà di medicina, ma che si debba contemporaneamente affrontare un discorso più ampio relativo al complesso degli studi universitari e portare a termine al più presto la riforma della scuola secondaria.

Per quanto concerne gli accessi, certamente essi richiedono una programmazione legata alle esigenze dei Piani sanitari nazionali. Essa, nella nostra concezione, non riguarda solo gli studenti di Medicina e Odontoiatria, ma tutta l'area sanitaria, che trova la sua formazione

nella facoltà, e cioè anche gli operatori tecnico-sanitari, e gli specialisti. La programmazione legata alla domanda sanitaria del paese non può prescindere, peraltro, dal rapporto con le strutture didattiche che devono essere adeguate. A questo fine possono intervenire diversi strumenti quali la distribuzione degli studenti nelle sedi, le convenzioni con le strutture del Servizio sanitario nazionale, l'ampliamento di determinati settori della facoltà. Per affrontare questi problemi di programmazione e per costituire un organismo di raccordo permanente con il Servizio sanitario nazionale, nel progetto legge del PSI è stato previsto un Comitato nazionale delle facoltà mediche. Un'ultima osservazione sui tempi previsionali: non si vede perché non si debbano poter programmare realisticamente gli sbocchi occupazionali con un anticipo di alcuni anni. Gli studi di proiezione in questo campo si fanno con notevole approssimazione in tutto il mondo industrializzato, perché in Italia non si dovrebbero fare?

Una corretta gestione delle risorse

di Ethel Porzio Serravalle
Responsabile dell'Ufficio Scuola del PRI

Il PRI ha sempre ritenuto urgente e indifferibile la riforma degli studi medici, tanto vero che ha presentato, con priorità su tutte le forze politiche, una propria proposta di legge in materia fin dal febbraio del 1980. E ciò è tanto più significativo se si considera che in quel periodo le forze della maggioranza, di cui il PRI faceva parte, discutevano la legge 28, che i repubblicani criticarono (e contro la quale votarono) proprio perché si limitava a dare nuovo assetto giuridico al corpo docente, senza prevedere quelle linee di riforma degli ordinamenti universitari e delle facoltà, che la società italiana e il mondo della cultura e delle professioni chiedevano.

Ne deriva che per il PRI non solo la riforma degli studi medici, ma anche una articolata riconsiderazione dell'intera università, doveva già allora essere oggetto di attento esame da parte del Parlamento. In particolare, esisteva — per gli studi medici — la ancor più urgente esigenza di ripensare la formazione del personale in rapporto alle innovazioni introdotte dalla riforma sanitaria, che non avrebbero avuto influenza solo sulla spesa, o sulla gestione dei servizi, ma anche sulla qualità delle prestazioni. Una qualità che, a giudizio del PRI, è strettissimamente dipendente dalla competenza scientifica e professionale di tutto il personale, da articolare in un organico sistema di professionalità, anche intermedie, con l'obbligo, da parte delle università, di fornire a coloro che a vario titolo opereranno ai diversi livelli, già previsti o prevedibili in futuro. Quanto alla precedenza rispetto alla riforma della scuola secondaria superiore, il problema non si pone neppure più, perché lo stato di avanzamento dei lavori del Senato su questo argomento è ormai tale da escludere interferenze, sovrapposizioni, penose scelte alternative.

A giudizio del PRI, anche gli accessi devono sicuramente essere programmati, con il massimo rigore per quanto riguarda la reale capacità delle singole facoltà di impartire un insegnamento effettivamente valido da ogni punto di vista, tenuto conto delle strutture, delle attrezzature, delle competenze docenti, nonché della possibilità di organizzare adeguatamente le esperienze pratiche e di laboratorio per ciascuno studente, e invece con una più flessibile attenzione alle indicazioni, ed obiettive esigenze, contenute di volta in volta nei piani sanitari nazionali.

Dalla sintesi di questi due elementi, (disponibilità e sbocchi) alla cui valutazione e definizione devono concorrere anche gli orientamenti e gli impegni del governo in materia di spesa, di politica universitaria e sanitaria, nonché di politica della ri-

cerca, dovrebbero in sostanza scaturire le decisioni relative ai posti da attivare, di anno in anno, e da mettere a concorso presso le singole facoltà.

Entrambe le ipotesi — didattica e occupazionale — dovrebbero dunque influire sulle decisioni numeriche, anche se l'elemento immediatamente determinante sarà in ogni caso la «capienza» (nel suo più ampio e comprensivo significato) delle facoltà, per il suo prevalente significato culturale. Diciamo meglio che la quantificazione e distribuzione (territoriale, per diplomi intermedi, per specialità) delle esigenze previste e prevedibili dovrebbe agire piuttosto a monte, in termini di programmazione dello sviluppo da parte del governo, provocando — con il necessario anticipo — gli investimenti necessari ed i tempi di approntamento degli «scenari» desiderati.

Sotto il profilo cronologico è difficile determinare l'anticipo ottimale, né lo si può fissare una volta per tutte, indipendentemente cioè dalle situazioni generali, politiche ed economiche, in primo luogo perché altro sono i diplomi intermedi, altro le lauree, altro ancora i dottorati di ricerca e di sperimentazione, e poi perché le disponibilità finanziarie e le urgenze variano nel tempo. Poiché il nostro paese ha in genere difficoltà a stabilire perentoriamente piani periodici pluriennali per singole materie, sarebbe forse saggio intrecciare la programmazione degli accessi alle facoltà mediche, dei livelli di diploma e dei conseguenti sbocchi occupazionali ai diversi livelli:

- ai piani di sviluppo universitario;
- ai piani sanitari nazionali;
- ai programmi complessivi di ricerca;
- alla programmazione dei dottorati e delle scuole di specializzazione.

Quello che però conta, più di ogni altra cosa, è da un lato l'affermazione del principio del numero chiuso, da ricondursi ad una corretta e democratica gestione delle risorse, nell'interesse complessivo del paese e di

una efficace tutela della sua salute, e dall'altro la individuazione di strategie idonee ad impedire che il contraccolpo degli esclusi dall'accesso alle facoltà mediche vada a turbare gravemente, e a disestare, le altre facoltà.

A conclusione, vorrei fare una raccomandazione. Nel momento in cui si va alla definitiva approvazione della riforma della scuola secondaria superiore, occorre impedire in ogni modo che l'indirizzo biologico-sanitario sia privilegiato rispetto agli altri per quanto concerne l'accesso alle facoltà mediche.

In proposito, vanno dette con forza due cose:

— la prima è che è impensabile ipotizzare che un ragazzo scelga già a 14 (o 16) anni la facoltà universitaria a cui successivamente accedere, e quindi anche il suo destino di lavoratore e professionista, in quanto a quell'età non avrebbe ancora né la maturità intellettuale e psicologica, né gli elementi di giudizio, indispensabili per effettuare una scelta motivata;

— la seconda è che la formazione di base che si richiede per una qualificata e produttiva prosecuzione degli studi nelle facoltà mediche è assai più legata ad un'ampia ed approfondita conoscenza ed esperienza di tutte le discipline scientifiche, che non alla acquisizione — prevista dalla riforma — di una qualche preliminare (e imprecisata) professionalità nel settore sanitario.

La salute come fenomeno globale

di **Marisa Rossanda**
Senatrice (PCI)
Segretaria della commissione
Sanità del Senato

La riforma di medicina è urgente, a mio parere, quanto la riforma della scuola secondaria superiore e quanto la definizione delle professioni sanitarie ausiliarie. Nella riforma degli studi medici quel che mi pare più urgente è la modifica dell'ordina-

mento didattico, non più adeguato agli orientamenti europei e addirittura mondiali. Occorre accentuare una linea di approccio alla salute intesa come fenomeno globale dell'individuo nel suo ambiente, non più come una sommatoria di funzionalità di organi e apparati, quale l'ha resa una medicina parcellizzata in specialità, anche sotto la spinta dei nuovi mezzi tecnologici di diagnosi e cura.

Ma per ottenere questo risultato, occorre riaggregare insegnamenti ora frammentati (semeiotica, patologia, clinica medica o chirurgica, le numerose sub-subspecialità), coordinare l'insegnamento clinico con le materie cosiddette biologiche, rendere obbligatorio un approfondimento di epidemiologia ed igiene, e dare una spinta decisa alla organizzazione dipartimentale, che, lasciata alla volontarietà dalla legge 28 e dal DPR 382, non decolla in medicina e in particolare nelle materie cliniche.

Il riordino didattico è reso necessario dalla urgenza stessa di dare maggior razionalità alla spesa sanitaria, sfoltendo l'attuale giungla dei consumi. Senza una azione decisa sulla cultura medica non c'è ticket che potrà correggere i consumi. Mi sorprende, anzi, che le facoltà mediche, pronte a rivendicare un ruolo di responsabilità nei rapporti con il Servizio sanitario nazionale, non si siano già fatte carico di questa esigenza urgente, anche a livello di insegnamento specialistico e di aggiornamento, salvo che per rare, personali iniziative.

Quanto agli accessi a Medicina, penso che essi debbano essere programmati secondo previsioni di fabbisogno.

Non credo nella limitazione dei posti in funzione delle possibilità didattiche; queste ultime non sono oggi tanto limitate, il numero dei docenti è cresciuto molto (siamo a 7777 a fine 1981)*, ed esisterebbero gli strumenti per ottenere la collaborazione di ospedali e servizi

* Da L'Università in cifre, edito dal Ministero della P.I., 1982.

delle USL all'insegnamento, solo che facoltà e singoli docenti si muovessero in questo senso con una certa flessibilità, facendo cessare un diffuso immobilismo in una logica di gestione di piccoli spazi strettamente individuali. Sono logiche consolidate, purtroppo favorite anche dalle vaghezze della legge sulla docenza universitaria e dalle sue continue varianti, dirette più alla salvaguardia di carriere o, nella migliore delle ipotesi, a scavare spazi di ricerca, che a un più efficace insegnamento. Sei anni non sono molti per interventi di orientamento del fabbisogno: qui non si tratta di fare semplici previsioni di andamento del mercato del lavoro medico, occorre influenzarlo, inventando incentivi per le aree e i settori carenti, che sussistono nonostante il numero elevato di laureati; in particolare vanno incentivate le specializzazioni in sanità pubblica, epidemiologia, riabilitazione, e le figure professionali non laureate attive in questi campi oltre che nella infermieristica. In Italia si opera due volte più che in Inghilterra (come numero di interventi chirurgici per popolazione), le mode di tecnologia diagnostica e terapeutica attecchiscono velocemente, mentre ristagnano gli interventi di prevenzione sull'individuo, sulle comunità e sull'ambiente e quelli di riabilitazione. Non vedo alcuna difficoltà a prevedere una serie di interventi, non solo sui postiscuola, ma anche sulla struttura dei servizi sanitari, purché evidentemente ci sia la volontà di sviluppare un servizio pubblico, renderlo competitivo col privato e non di affossarlo, e al contempo la volontà di armonizzare gli interventi sulla scuola con le esigenze della società.

I motivi dell'urgenza

di **Salvatore Valitutti**
già Ministro della Pubblica Istruzione (PLI)

La riforma della facoltà di medicina è urgente per le tre seguenti ragioni:

1) Perché l'Italia ha in Occidente il maggior numero di medici in proporzione al numero degli abitanti. Le dimensioni della disoccupazione dei medici stanno diventando preoccupanti. La laurea in medicina non permette che di fare il medico. In generale le altre lauree possono essere diversamente utilizzate. Perciò la disoccupazione dei medici è assai meno rimediabile.

2) Le nostre attrezzature cliniche sono nettamente inferiori al numero degli studenti in medicina che di esse hanno indispensabile bisogno per la loro formazione professionale. Perciò la formazione clinica dei nostri futuri medici lascia molto a desiderare.

3) La nostra attuale facoltà di medicina non rilascia che la laurea. Essa non ha corsi di minor durata (biennale o triennale) per la formazione dei paramedici. Oggi in Italia, mentre abbondano i medici, difettano i paramedici.

La facoltà di medicina ha sue peculiari esigenze e caratteristiche. Non è un male ma un bene proporsi di riformarla indipendentemente dalla riforma delle altre facoltà.

Programmazione degli accessi? Diciamo subito che l'Italia e il Portogallo sono i soli paesi dell'Occidente europeo nei quali il numero degli iscritti alla facoltà di medicina non è ancora programmato. Persino negli Stati Uniti d'America, che sono la patria del liberismo universitario, le scuole di medicina sono rigorosamente programmate.

La programmazione degli studi di medicina è giustificata da due esigenze. La prima è quella che deriva dalla limitatezza delle attrezzature cliniche per la formazione professionale dei futuri medici. La seconda è quella imposta dalla impossibilità di utilizzare la laurea in medicina per altre attività.

Il criterio di programmare le iscrizioni in base alle attrezzature esistenti e quello di programmarle in base al calcolo degli sbocchi professionali non sono alternativi ma complementari.

Ciò premesso, c'è da aggiungere che, ovunque sussista il numero chiuso o programmato delle iscrizioni alle facoltà di medicina, esistono contemporaneamente meccanismi che permettono di apportare periodicamente tempestive correzioni al numero stabilito, per aderire alle nuove esigenze che si

manifestano nell'area degli sbocchi professionali. Ma in generale si tratta di modeste correzioni. Più che nelle altre attività professionali, è possibile prevedere e calcolare i mutamenti che possono intervenire nell'attività professionale dei medici e che possono influire sugli accessi alle facoltà di medicina.



abstract

Reform of Medical Studies

Universitas presents us this time with a broad debate on reform in Medical Studies. The problem, which is also acute in other countries, in some of which it has already been tackled and resolved in positive fashion — is particularly disturbing for Italy. The article illustrates why this is so and Professor Bompiani suggests lines along which it could be resolved.

A new relationship between the doctor and society, and the emergence of the collective dimension; a renewal in teaching methods which will find its outlet not just in knowledge, but in savoir-faire; a concept which is not merely an organisational or exclusively sociological view of medicine, and its role as a guardian of health rather than merely a curer of diseases; the regulation of access to the Faculties; pre- and post-graduate training: all of this adding up to a professional figure who operates within the natural human situation, and for whom research becomes a real way of

life. Relations must also be established with the basic health structures so that his role is genuinely global in character. These are just some of the points put forward. Some quantitative information is then given in the «Medicine in Figures» section, based on statistics.

Universitas does not have its own position on any specific solution, regard to the five proposed laws presented respectively by the Republican Party (No. 704), the Hon. G. Valitutti (for the Government - Law No. 835), the Christian Democrats (No. 1086), the Communist Party (No. 1322) and the Socialist Party (No. 1951). The subdivision by subject-matter and individual proposals makes it possible to have a well-coordinated overall picture. The debate will be set in motion by a sort of panel of some of the most important figures in the field of health in Italy — representatives of the academic world — (C.U. Casciani, A. Castellani, G. Del Porto, C. De Marco and C. Zanussi); of the National Federation of Doctors (whose spokesman is E. Parodi), of the Government Departments, represented by C. Vetere, Director-General at the Ministry of Health.

Their opinions, expressed on the basis of technical knowledge, and confirmed by their own varied personal experience, will concentrate particularly on certain questions:

1) whether or not there should be a «pro-pedeutic year», and planned numbers of entrants? And should this latter issue be linked above all to didactic and structural needs, or to questions of employment?

2) how do they see the general «physiognomy» of reform?

3) what are the relations to be between university structures and basic public health structures?

The consensus is based more on analogies than on identity of views: however, all are agreed in stressing the urgency of reform, and in bringing the faculty back into line with social evolution and with the progress of research. In the meantime greater stress should be laid on applicative subjects for the sake of a better all-round training of doctors and a better basic qualification.

On the question of urgency, but also on other particular issues (such as planned numbers), the party spokesmen also agree, and declare themselves to be committed to resolve the matter at political level.

résumé

Reforme des études en Médecine

La rubrique «Le Trimestre» présente cette fois-ci un vaste débat sur la réforme des études en Médecine. Le problème — qui existe également dans les autres pays et qui dans certains d'entre eux a été affronté et résolu positivement — est particulièrement brûlant en Italie.

Le professeur Bompiani en analyse la raison en donnant une ébauche de solutions possi-

bles.

Un nouveau rapport médecin-société et le surgissement de la dimension collective; un renouveau didactique qui aboutisse dans la transmission non seulement du savoir, mais du savoir faire; une conception de la médecine qui ne relève ni de l'organicisme ni exclusivement de la sociologie; le rôle de la médecine en tant que tutelle de la santé avant de devenir traitement de la maladie; la réglementation des accès à la faculté; une formation qui soit antérieure et postérieure à la maîtrise, pour favoriser la naissance d'une figure professionnelle qui opère

sur la réalité naturelle humaine et qui fasse de la recherche son style de vie; les relations avec les structures sanitaires de base pour une assistance réellement «globale»: voici certains des points traités. «Médecine en chiffres» en illustre ensuite, sur une base numérique-statistique, quelques-unes des données quantitatives.

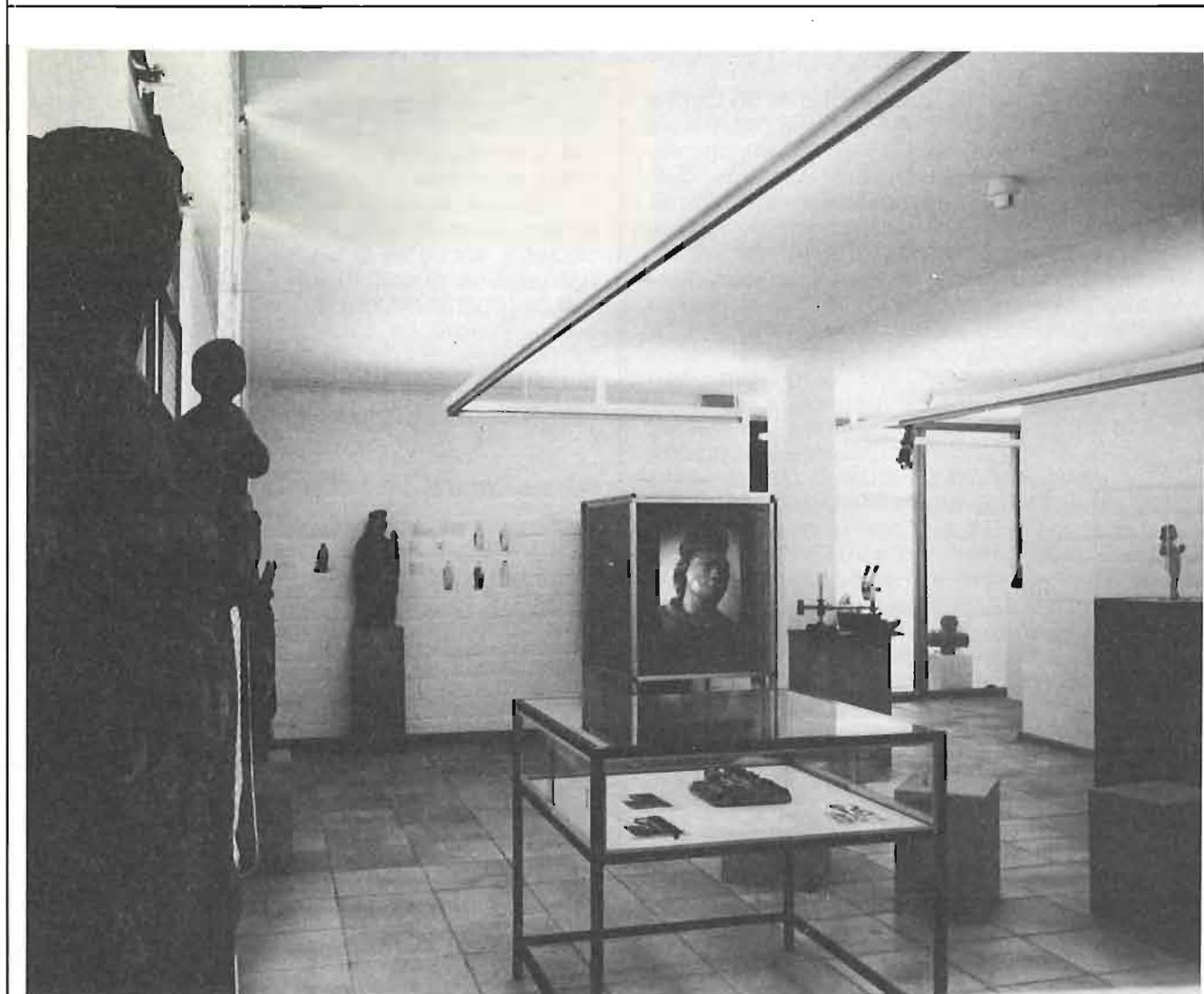
Universitas ne prend pas position sur l'une ou l'autre des solutions spécifiques, mais au contraire publie, en les comparant, les cinq propositions de loi, présentées, respectivement, par le PRI (n. 704), par Monsieur Valitutti pour le Gouvernement

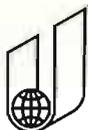
(n. 835), par la DC (n. 1086), par le PCI (n. 1322), par le PSI (n. 1951). La subdivision par sujet et par proposition permet d'avoir un tableau de l'ensemble bien articulé. Certaines parmi les personnalités les plus significatives en Italie dans le secteur sanitaire, des représentants du monde académique (C.U. Casciani, A. Castellani, G. Del Porto, C. De Marco, C. Zanussi), de la Fédération Nationale de l'Ordre des Médecins (dont le porte-parole est E. Parodi), de l'Administration publique, représentée par C. Vetere, Dirigeant Général auprès du Ministère de la Santé, toutes ces personnalités animent le débat, dans une sor-

te de panel. Leurs opinions, exprimées sur une base technique, et vérifiées par leurs expériences personnelles respectives, portent surtout sur certains problèmes: 1) Oui ou non à l'année d'entrée et au numerus clausus? Et ce dernier point, faut-il le lier surtout à des exigences didactico-structurelles ou à la question de l'emploi? 2) Comment «voient-ils» la phisionomie générale de la réforme? 3) Quels sont les rapports entre la structure universitaire et la structure sanitaire de base? Le consensus se fonde davantage sur des analogies que sur des identités: tout le monde est de toute façon de l'avis de

réorganiser la faculté au plus vite et de la mettre au pas avec l'évolution sociale et avec celle de la recherche, en laissant en même temps, plus de place aux cours liés à la pratique, pour une formation intégrale du médecin et pour une amélioration de sa qualification de base.

Même les porte-parole des partis partagent les avis des autres participants au débat à l'égard du caractère d'urgence du problème, mais aussi par rapport à certaines questions particulières, telles que le numerus clausus et manifestent leur engagement, sur le front politique, pour essayer de trouver des solutions.





Quando la didattica diventa formazione umana

di Vincenzo Lorenzelli
Pro-rettore dell'Università di Genova

Questo contributo* vuole rappresentare un momento di riflessione sul fatto che didattica universitaria non è, o piuttosto non dovrebbe essere, pura istruzione o addestramento di individui, ma educazione e formazione di personalità umane.

Una simile riflessione, nell'ambito di un Convegno di studio sulla sperimentazione didattica e organizzativa prevista dal D.P.R. 382/80, che viene spesso, forse troppo ottimisticamente, definito come «Riforma universitaria», deve necessariamente prendere lo spunto da un riesame del decreto stesso, per individuare gli apporti che esso prevede a una revisione degli obiettivi formativi nella nostra università.

Il quadro purtroppo è piuttosto scarno.

Compare la parola «tutor»

L'articolo 10 «Doveri didattici dei professori», prevede che le attività didattiche comprendano, oltre allo svolgimento dell'insegnamento, anche «lo svolgimento, nell'ambito di appositi servizi predisposti dalla facoltà, di compiti di orientamento per gli studenti, con particolare riferimento alla predisposizione dei piani di studio, ai fini anche delle opportune modifiche e integrazioni sulla base dei risultati conseguiti dagli studenti stessi e delle loro meglio individuate attitudini e sopravvenute esigenze». Il particolare riferimento ai piani di studio, pur senza escludere compiti di orientamento più ampi, sembra fortemente limitativo, per cui non si può certo considerare questo comma come una meditata

* Comunicazione tenuta durante il convegno sulla «Sperimentazione didattica ed organizzativa» (Roma, 24-25 novembre 1982), organizzato dal gruppo romano della Federazione Universitaria Cattolica Italiana in collaborazione con l'Università agli Studi di Roma e la Direzione Generale per l'Istruzione Universitaria del Ministero della pubblica istruzione.

Studente-persona: un binomio da ricostruire, in un clima universitario che ridia vigore a parole come sapere universale, crescita umana, servizio.

apertura del legislatore a un riesame approfondito dei rapporti docente-allievo nell'ambito universitario.

Un secondo riferimento si trova all'articolo 32, sui compiti dei ricercatori universitari, e individua tra tali compiti «le esercitazioni, la collaborazione con gli studenti nelle ricerche attinenti alle tesi di laurea e la partecipazione alla sperimentazione di nuove modalità di insegnamento e alle connesse attività tutoriali». Il termine «tutor» entra così per la prima volta nella legislazione educativa italiana, e non si può non compiacersene, anche se la previsione di attività tutoriali esclusivamente come attività connesse con la sperimentazione di nuove modalità di insegnamento ne caratterizza subito, a nostro avviso, una visione limitata al fatto didattico, più che un'accezione ampia ed estesa all'intero processo formativo della persona-studente.

Crescita umana: un'accezione da rilanciare

Nella stessa chiave sembra si possano leggere le previsioni dell'articolo 92 sulla sperimentazione di nuove attività didattiche, esplicitamente definite come destinate esclusivamente a «rendere più proficuo l'insegnamento» e ad «agevolare la preparazione degli studenti».

Un quadro quindi piuttosto povero, dal quale si trae conferma dell'inopportunità di sopravvalutare la portata del D.P.R. 382, il quale ha contribuito, forse, a riordinare la docenza universitaria, ma ben poco sembra aver tenuto conto del fatto che l'universitas dovrebbe essere una comunità di docenti e di discenti, e che entrambe queste componenti hanno in essa diritto di cittadinanza soprattutto per potervi trovare soddisfazione alle loro legittime aspirazioni di formazione e di crescita umana.

I giovani che entrano all'università sono una grande promessa, ma possono arrivare ad esse-

re interpreti responsabili delle esigenze della realtà moderna solo trovando stimoli educativi adatti a non deludere le loro aspirazioni di maturazione personale e professionale... Molti dei problemi che gli studenti universitari incontrano oggi nascono da un'inadeguata struttura educativa che non consente loro di soddisfare alcune esigenze essenziali. E questo non solo in Italia.

Esaminando i dati emergenti dai contributi portati da diversi gruppi di studio nel Congresso UNIV 80, tenutosi a Roma due anni fa, si rilevano sorprendenti analogie tra i risultati di 44.000 interviste rivolte a professori e studenti di 400 atenei in 43 diversi paesi, nonostante le forti differenze culturali, economiche e geografiche. I rapporti professore/studente sono ovunque «scarsi, puramente accademici e semplicemente formali»; la maggior parte degli studenti non è attratta dalle attività culturali promosse dalle università al di fuori delle lezioni; il metodo di studio rimane ancora per lo più strettamente individuale; l'università funziona quasi ovunque come un «centro di spaccio di nozioni», assimilate dallo studente al solo fine della ripetizione in sede di esame. Queste valutazioni vengono presentate dagli studenti in contrapposizione alla loro convinzione generale che lo studente universitario abbia bisogno di qualcosa di più e di diverso da una preparazione esclusivamente tecnica e da un'infarinatura culturale.

I motivi di una tensione

Bisogna riconoscere che l'università si trova oggi in Italia, come in molti altri paesi del mondo, al centro di tensioni che la sfidano nelle sue ragioni d'essere più profonde e la pongono ancora una volta, a molti secoli dal suo nascere, alla ricerca della propria identità. Tra i vari motivi di tensione ne ricorderemo soltanto due, per la loro importanza e per la connessione diretta con il tema che stiamo trattando.

- *Allargamento numerico, perdita del «comunitario»*

In primo luogo, l'accesso allargato alla cultura superiore.

Questo fenomeno, certamente positivo in se stesso anche nella società italiana, ha investito la struttura dell'istituzione universitaria mettendola a dura prova, e ponendo problemi gravissimi che riguardano non soltanto l'organizzazione (a questo ha tentato di dare una risposta, sia pur con notevole ritardo, il D.P.R. 382 sopra citato), ma anche, e soprattutto, il livello e la natura stessa dell'insegnamento universitario. Si è così in gran parte perduta la dimensione comunitaria dell'università per quanto riguarda i rapporti tra docenti e discenti. Il fatto che questi rapporti siano resi difficili per l'accresciuto numero degli studenti e per la difficoltà della frequenza alle attività didattiche non fa che evidenziare

maggiormente quanto l'incontro umano sia imprescindibile per la formazione della personalità, e quindi perché l'università continui ad essere in grado di svolgere una reale funzione educativa.

L'esperienza e la tradizione insegnano quanto le figure di veri Maestri e il contatto umano con questi fossero importanti per comunicare non solo il contenuto delle conoscenze e il metodo dello studio, ma anche l'intima passione per il vero e l'impegno morale che anima la ricerca, che sono le caratteristiche di ogni reale attività universitaria. Certo non si può codificare in nessuna norma legislativa che i docenti debbano essere tutti Maestri in questo senso, anche se sarebbe auspicabile, ma forse si potrebbe fare in modo di favorire e stimolare, con opportuni interventi, la formazione e la conservazione di un atteggiamento di servizio, oltre alla coscienza che la conoscenza non è data ai docenti per essere conservata come possesso esclusivo o come mezzo di prestigio personale, ma per essere condivisa e partecipata. Ed è esperienza di profonda soddisfazione quella di chi, comunicando un bene spirituale come il sapere, si rende conto che esso non diminuisce né si esaurisce, ma anzi si moltiplica e guadagna sempre più in quella semplicità e chiarezza che è segno di verità.

- *Perdita dell'universalità*

Ci riferivamo prima anche ad un secondo problema. Si tratta del recupero di un rapporto tra la specializzazione crescente delle varie discipline e l'idea dell'universalità del sapere. Dovrebbe essere caratteristica delle università, a differenza dei centri specializzati di ricerca e di studio, coltivare una conoscenza universale, non nel senso che in esse debba essere ospitato il ventaglio completo di tutte le discipline, ma nel senso che ogni scienza dovrebbe esservi coltivata in spirito di universalità, cioè con la consapevolezza che essa è così legata alle altre che non è possibile insegnarla al di fuori del contesto, almeno intenzionale, di tutte le altre. Chiudersi è infatti condannarsi, prima o poi, alla sterilità e rischiare di scambiare per norma della verità totale un metodo affinato per analizzare e cogliere una sezione particolare della realtà. Questo significa vedere l'università come una comunità di ricerca, un luogo di incontro e di confronto spirituale, dove gli uomini che amano la conoscenza imparano a rispettarci, a consultarsi, creando un clima culturale e umano lontano tanto dalla specializzazione chiusa ed esasperata, quanto dalla genericità e dal relativismo.

Identikit del docente e del discente

Gli studenti individuano normalmente nei docenti, e non tanto nelle strutture sociali in gene-

rare, e universitarie in particolare, le più gravi carenze. Il professore-tipo, il cui identikit, come nel caso dello studente, presenta caratteristiche comuni, è caratterizzato secondo gli studenti, da una sensibile mancanza di calore umano, tende in generale all'isolamento e non aspira al contatto formativo con l'allievo. Egli manifesta spesso apertamente la sua militanza politico/ideologica, ma rifiuta normalmente di affrontare i temi esistenziali, interpretati come fatti personali che ciascuno vive o non vive come vuole, e che nulla hanno a che fare con la scienza e la ragione.

Ma se anche questi problemi comportamentali dei docenti (peraltro non generalizzabili!) trovassero una soluzione, come si avvicinerebbe a un'università rinnovata la componente discendente della comunità universitaria?

La stessa indagine condotta da studenti che ha portato a un quadro così poco soddisfacente del docente-tipo, ha tracciato anche un interessante identikit dello studente universitario medio. In merito all'ideale di vita degli studenti, è stato verificato che ovunque l'idea predominante sembra essere oggi quella dell'ottenimento del titolo e del raggiungimento del benessere materiale. Spesso è vivo il desiderio di rendere servizio agli altri, ma nella realtà questo rimane per lo più un semplice desiderio, sempre meno avvertito con il passare degli anni. Corollario di tale atteggiamento è la diffusa insensibilità nei confronti dell'impegno politico: contrariamente a quanto in genere si crede, lo studente universitario medio non si occupa di politica, o, quando se ne occupa, lo fa all'interno e sotto la guida di ambienti extra-universitari. Di norma, una seria riflessione politica è rara.

Il deteriorarsi dell'umano

Di fronte a questi dati, bisogna prendere coscienza che si è determinata una situazione che ha prodotto o sta producendo il deterioramento dell'umano, ossia dei valori comuni a tutti gli uomini, indipendentemente dagli atteggiamenti politici o dalle credenze religiose. Le coordinate comuni di questo deterioramento sono:

— l'assenza di una concreta solidarietà, perché accanto alla retorica del comunitarismo e del sociale funziona in realtà una grammatica dell'isolamento e dell'egoismo;

— l'impiego dell'intelligenza al servizio del tornaconto personale, con tacito disprezzo per le sue funzioni più elevate;

— l'apprezzamento del lavoro inteso come strumento di arricchimento e di affermazione personale, e il suo rifiuto come valore sociale e come sforzo continuativo, paziente e rigoroso;

— l'accentuata dipendenza dai luoghi comuni diffusi dai mass media e una scarsa resistenza di fronte alle imposizioni mentali.

Fucina del tecnico, non del sapiente

Difficile sarebbe analizzare quanta responsabilità di questa situazione sia da riferire alla realtà sociale in generale, e quanta all'università in se stessa. Sta però di fatto che l'università oggi forma il tecnico, non il sapiente: offre una preparazione professionale, spesso senza riuscirvi, ma non una completa formazione culturale e morale. La professionalità però non è tutto: può essere utile per ottenere il benessere economico, ma non assicura, di per sé, l'armonioso ed equilibrato sviluppo della persona umana. Il docente si comporta e viene considerato come un consulente tecnico, non come un maestro di vita e di sapienza. E lo studente viene così preparato ad essere un esperto tecnologo, efficiente e destinato forse a ottenere il successo personale, ma al quale, se non intervengono altri fattori esterni, può risultare forse irrimediabilmente preclusa una serena e completa presa di coscienza della vera condizione umana.

Residenze: un'istituzione stimolante

Per ottenere un risultato diverso sarebbe necessario ai giovani anzitutto un ambiente stimolante e cordiale, che non si realizza oggi istituzionalmente nelle nostre università, dove l'attività fornita dalle Opere Universitarie in corso di regionalizzazione è tuttora fondamentalmente assistenziale, e tiene conto solo marginalmente del fatto che una vera realizzazione del diritto allo studio dovrebbe andare molto al di là della fornitura dei servizi, pur essenziali, di alloggio e sussistenza, ma richiede la realizzazione di ambienti finalizzati a favorire l'autoformazione degli studenti universitari.

Questa esigenza trova già in Italia risposte concrete a livello di varie iniziative parauniversitarie a carattere privatistico e associativo. Si tratta di residenze integrate nella realtà sociale e nel territorio, e non isolate nei ghetti dei campus, che dal nostro punto di vista possono essere assunte a modello. In realtà di questo tipo lo studente, residente o esterno, è considerato come persona e non come individuo; può ricevere orientamento e appoggio personalizzato; e trova la possibilità di essere aiutato a formarsi una visione articolata e coerente dell'uomo e della società in cui vive.

È ora che compaia la realtà «tutoriale»

L'efficacia dell'impegno formativo si dovrebbe impennare sul recupero dei valori comunitari e di amicizia, anche istituzionalizzandoli in un sistema tutoriale, ossia in un collegamento tra ogni studente e un tutor, di solito uno studente più anziano o un neo-laureato (ricordiamo l'accenno fatto in questo senso dal D.P.R. 382), che permettendo l'instaurarsi di un rapporto di collaborazione e di amicizia permetta di affrontare

in comune problemi di ambientamento e di studio, ma non solo questi. Il tutor può aiutare lo studente a organizzare il proprio lavoro, orientandolo, stimolandolo ad affrontare e superare le difficoltà, fornendo coerenti metodologie di studio per ottimizzare il rendimento dello studio in base a un'esperienza vissuta, collaborando a definire l'impiego del tempo, il lavoro di ricerca personale e la programmazione personale degli esami. Non dimentichiamo che in un'università caratterizzata oggi da una molteplicità di componenti studentesche, un lavoro tutoriale sarebbe moralmente doveroso almeno nei casi particolari degli studenti stranieri, per favorirne l'ambientamento e l'integrazione umana in un contesto sociale difficile e spesso ostile, e dei lavoratori studenti, che per l'impossibilità istituzionale di avere contatti regolari con la realtà universitaria risentono più degli altri delle carenze di questa. Attraverso la loro azione i tutor potrebbero così validamente collaborare con le attività didattiche più tradizionali per mantenere alto il livello degli studi con un prezioso apporto di formazione umana e professionale.

Le attività parauniversitarie

Altro elemento essenziale di formazione potrebbe realizzarsi nella partecipazione attiva degli studenti ad attività parauniversitarie organizzate dagli studenti stessi, a seconda delle loro attitudini e interessi, che dovrebbero essere molto più favorite e incoraggiate per educare alla responsabilità attiva e permettere l'ampliamento personale delle conoscenze accanto all'apprendimento delle tecniche operative e professionali. Vediamo per esperienza quale sia il potenziale associativo di molti giovani anche in assenza di incentivi e di infrastrutture. Da un incoraggiamento e da un sostegno istituzionale nascerebbero facilmente ad opera dei più attivi e interessati associazioni, club, circoli organizzati, che potrebbero attrarre molti altri per favorire la discussione di argomenti di studio e di interesse personale, e coordinare seminari, anche con la collaborazione dei tutor. Potrebbero nascere così, con opportuni incentivi, cineclub, curati nei programmi, nella presentazione e nel dibattito; centri teatrali; centri di documentazione e di orientamento autogestiti per l'approfondimento delle scelte professionali; concerti, recital, attività di biblioteca, gare sportive, e tutto ciò che viene a presentarsi via via come frutto di iniziativa personale o di gruppo.

All'orientamento nello studio, proprio dell'azione tutoriale, si potrebbe accompagnare, come sua logica conseguenza basata su un rapporto umano e non su una struttura burocratizzata, un efficace orientamento alla professione, che aiuti lo studente a cogliere personalmente le complesse e dinamiche relazioni che oggi si pongono tra scelte professionali e reale inserimento nel mondo del lavoro.

Esigenze che si fanno obiettivi

Ho citato soltanto alcuni spunti, che già si identificano con proposte operative, e altri se ne potrebbero proporre (si pensi soltanto al fondamentale problema dell'analisi e dell'approfondimento delle metodologie di studio personale). Più che analizzare e proporre soluzioni, vorremmo tuttavia aver contribuito a identificare alcune importanti esigenze, che sono altrettanti obiettivi:

— colmare il distacco tra la comunità, la struttura universitaria e gli studenti, riunendoli in un lavoro formativo comune;

— far fronte al disagio provocato dalla crescita di popolazione studentesca, che rende difficili i rapporti tra docenti e allievi, favorendo occasioni di incontro tra loro;

— aiutare gli studenti a superare le limitazioni di orizzonti dovute alla specializzazione degli studi, alla scarsa esperienza, all'estrazione sociale di provenienza e a molteplici altre cause, mediante il confronto pluralistico delle opinioni e con l'incentivo di una gamma articolata di attività a misura di ciascuno;

— offrire il clima formativo che stimoli gli studenti a resistere all'azione di un ambiente edonistico, materialista e scienziato, orientandoli verso ideali di vita pienamente umani e di autentico servizio alla società.



a cura di Maria Luisa Marino

L'insegnamento a distanza

Il problema dell'insegnamento a distanza, è stato al centro di un Simposio organizzato a Madrid dal Centro per l'Istruzione Superiore (CEPES) dell'UNESCO, in collaborazione con l'«Universidad Nacional de Educacion a Distancia».

L'accresciuta domanda di insegnamento superiore da parte di «nuove clientele», la rapida obsolescenza delle tecniche, l'introduzione di moderne tecnologie educative hanno contribuito allo sviluppo diffuso di tali innovative realizzazioni.

Nel corso dell'incontro è stata a più voci sottolineata l'utilità di incrementare l'interscambio di esperienze fra le organizzazioni similari, ed è stata auspicata, altresì, la creazione di una «banca dati» centralizzata per la migliore utilizzazione e diffusione del materiale didattico disponibile.

Numerose sono nel mondo istituzioni di insegnamento a distanza già esistenti o in avanzata fase di realizzazione; di alcune di esse si vuole qui fornire una sintetica panoramica.

Regno Unito

Da più di un decennio l'«Open University», utilizzando i metodi dell'insegnamento a distanza, organizza un programma di preparazione ai diplomi superiori di ricerca, che si affianca all'attività educativa svolta per gli altri livelli universitari.

Tale programma, parzialmente svolto in maniera convenzionale presso il «campus» dell'«Open University» o nell'ambito di una delle sedi regionali, si conclude con la discussione di una tesi di dottorato.

Programmi analoghi sono realizzati nel Regno Unito, oltre che dall'«Open University», anche dall'Università di Londra e dal «Council for National Academic Awards» (CNAA).

A prescindere dalle difficoltà di ordine pratico e per la direzione della tesi, il problema più importante da fronteggiare è quello di carattere finanziario.

L'importo delle tasse d'iscrizione ai corsi del genere organizzati dall'«Open University» non è molto elevato, ma notevole è l'ammontare delle spese e dei costi indiretti sostenuti dagli studenti.

Un aiuto finanziario agli allievi a tempo pieno può essere concesso dai «Consigli di ricerca»

o, mediante le borse di studio offerte in alcuni casi dalla stessa «Open University», attingendo dalla sovvenzione governativa.

Ovviamente il numero degli studenti di 3° ciclo è necessariamente correlato e limitato alla quantità di tempo che i docenti possono dedicare al loro controllo e alla direzione delle ricerche da loro avviate.

Molto spesso, a causa della distanza fra il Centro dell'«Open University» a Walton Hall ed il domicilio degli studenti, sono designati, quali direttori di tesi, gli insegnanti in servizio presso l'Università più vicina alla residenza dell'allievo, ed il controllo acquista allora una relazione docente/studente di carattere tridimensionale.

Sempre nel quadro delle attività educative espletate dalla «Open University», è prevista l'attuazione del corso «Educazione in Europa», concepito per insegnanti, amministratori scolastici e altri gruppi di professionisti di tutta Europa. Verranno esaminate numerose questioni sociali e scolastiche relative al contesto europeo e si analizzerà fino a che punto alcune problematiche siano comuni ai diversi paesi, oppure particolari per alcuni di essi.

Il corso si prefigge di fornire una conoscenza dei vari sistemi educativi attraverso la presentazione ed analisi di dati e, quindi, di presentare un modello di riferimento per l'esame e la discussione di una serie di problemi connessi, tra i quali il passaggio dalla scuola al mondo del lavoro, il pluralismo culturale, l'organizzazione ed il controllo del «curriculum», l'amministrazione scolastica e lo sviluppo di un'istruzione superiore di massa.

Altro obiettivo del corso sarà quello di discutere quali conseguenze a livello educativo si sono sviluppate in ogni Stato membro come risultato dell'appartenenza alla Comunità Europea e verranno altresì considerate le varie programmazioni per l'insegnamento delle lingue straniere e degli studi europei così come, a livello di programmazione più generale, l'articolazione dell'educazione per i figli dei lavoratori emigranti.

Il corso, che presenta notevole interesse specialmente per l'aggiornamento e la formazione del personale docente, sarà costituito da unità autonome, ciascuna delle quali comporterà circa quaranta ore di studio, avvalendosi del testo, delle cassette registrate e di film o vi-

deo-cassette predisposte dopo una consultazione con i colleghi di altri paesi europei.

Paesi Bassi

Nel 1963 il Governo olandese ha creato il sistema di insegnamento a distanza denominato TELEAC, che, utilizzando i «mass-media» (in specie radio e televisione), è destinato in parte all'aggiornamento culturale dei laureati ed in parte all'esercizio di attività educative a livello di insegnamento primario e secondario.

In aggiunta a tale organismo, nel 1980 è stato deciso l'avvio di una «Open University», che inizierà nel prossimo 1984 i corsi, che presenteranno differenti caratteristiche rispetto a quelli impartiti dal modulo TELEAC e si avvarranno notevolmente dell'ausilio di «computers». La nuova struttura si articolerà sul modello realizzato nel Regno Unito.

Spagna

La «Universidad Nacional de Educacion a Distancia» (UNED) ha iniziato il suo funzionamento nel 1973 con i due corsi di studio in giurisprudenza e filologia, ai quali si sono aggiunti nel 1974 quelli in geografia, storia, filosofia, educazione, economia, affari amministrativi, fisica, chimica e matematica. Di pari passo è stato l'incremento registrato nell'utenza: 11.400 studenti iscritti nel 1973, 20.000 nel 1975, 33.000 nel 1977, 50.000 nel 1979.

I programmi dell'UNED, che ricorre all'uso di materiale audio-visivo, programmi radio e cassette, sono di due tipi: quelli di educazione permanente, denominati «Open auditorium», che si basano su una serie di trasmissioni radiofoniche, ampliate e arricchite da materiale didattico-bibliografico, relativo a determinati settori culturali, quali ad esempio musica, film, arte, ecc.; quelli destinati all'aggiornamento dei professionisti già inseriti nel mondo del lavoro,

sono indirizzati soprattutto ai docenti.

Turchia

In Turchia, sarà prossimamente avviato un programma di «Open University» destinato principalmente a coloro che non hanno superato l'esame di ammissione alle istituzioni universitarie «tradizionali».

Coloro che non condividono l'iniziativa, sottolineano il timore che sia sacrificata la qualità dell'insegnamento alla quantità degli utenti, e si soffermano criticamente soprattutto sugli aspetti finanziari e di pianificazione dell'innovativo sistema di istruzione superiore.

Canada

Nel 1972, presso l'Università canadese del Québec, è stata istituita la Télé-université con il mandato, inizialmente piuttosto vago, di promuovere lo sviluppo della formazione a distanza, e con la finalità più prossima di attuare un programma di perfezionamento per i docenti di matematica (denominato con la sigla PERMAMA), uno analogo per i docenti di lingua francese (PERMAFRA) ed uno in materia socio-culturale relativamente ai problemi più propri dell'uomo e del suo ambiente (CHEM). Prendendo le mosse da tali premesse, il sistema canadese è riuscito a sviluppare un sistema pedagogico-didattico originale, privilegiando il materiale stampato rispetto al mezzo televisivo.

D'altra parte, essendo il Québec un territorio vasto e poco popolato, la distribuzione dei sussidi didattici ha posto problemi di notevole complessità.

Lo studente può iscriversi per posta in qualunque periodo dell'anno, e con lo stesso mezzo gli viene trasmesso il materiale pedagogico di supporto ai corsi.

I docenti coinvolti nell'esperienza educativa in qualità di animatori sono stati nel 1978/79 quasi 800; gli studenti iscritti

sono passati dai 143 del 1974/75, ai 2.816 del 1976/77 ed agli 11.465 del 1978/79.

Interessante la ripartizione dell'«utenza» per sesso (53% le donne, 47% gli uomini), per fasce d'età (26,2% coloro che sono compresi tra i 25 ed i 29 anni, 16,6% quelli compresi tra i 35 e i 39 anni) e per livello scolare di base (40,8% coloro che hanno precedentemente seguito corsi universitari tradizionali, 21,4% quelli con livello di istruzione superiore non universitaria, 28,9% quelli con livello di istruzione secondaria e 7,0% quelli con livello di istruzione primaria).

Usa

L'insegnamento a distanza negli Stati Uniti, avviato negli anni '70, annovera una pluralità di forme e di progetti.

L'esperienza più recente è quella denominata «To Educate the People», che il 22 ottobre 1980 ha iniziato presso l'Università di Detroit i corsi per adulti facendo ampio ricorso al mezzo televisivo.

L'attività del «National University Consortium», attuato dal settembre 1980 contemporaneamente in 10 Stati federali, è sponsorizzata dalla «Carnegie Corporation» e si avvale dei collegamenti «via satellite». Tale organismo ha distribuito finora in collaborazione con l'«University of Maryland» ed il «Maryland Center for Public Broadcasting», due corsi prodotti rispettivamente dalla britannica «Open University» e dalla stessa «University of Maryland», offrendo agli iscritti il conseguimento di «credits» in Scienze sociali, Materie letterarie, Tecnologia, Amministrazione.

Anche l'«American Educational television Network» con base a Los Angeles in California, ha iniziato i corsi (essenzialmente di aggiornamento professionale) alla fine del 1980.

All'ottobre del 1979 risale, invece, l'avvio sia dell'«Appalachian Community Service Network» in azione nell'area di Lexington e della «Public Broadcasting Ser-

vice Corporation» che beneficia della donazione Annenberg pari a 10 milioni di dollari annui per la durata di 15 anni.

Attualmente anche l'«University of Mid America», che già dal 1974 può vantare un'esperienza nel settore dei corsi di educazione a distanza per gli adulti, ha allo studio programmi di «Open University» che, entrando probabilmente in funzione nel prossimo anno, offriranno inizialmente titoli in materie letterarie ed amministrative.

Giappone

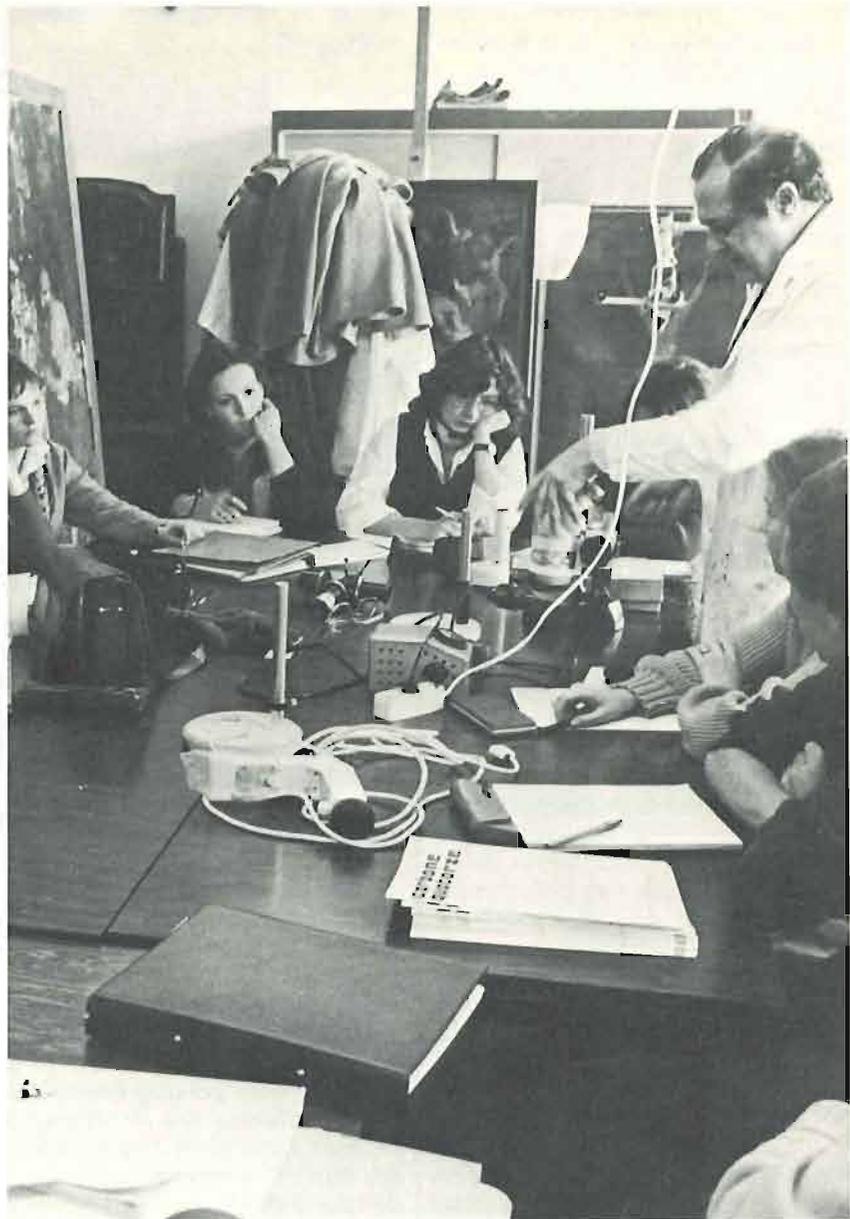
In Giappone l'esperienza dell'insegnamento a distanza denominata con il significativo appellativo di «University of the air» è stata definitivamente approvata dalla «Dieta» nazionale nel mese di giugno 1981 ed inizierà nell'aprile del 1985 i corsi radio-telesivi che si avvarranno delle più moderne tecniche.

In un periodo di rapidi mutamenti di ordine socio-economico e di incremento numerico della popolazione adulta è prevedibile un forte aumento dell'utenza scolastica non tradizionale.

La nuova teleuniversità differirà dalla britannica «Open University» in quanto potranno iscriversi soltanto coloro che siano già diplomati o che siano «ex» studenti di altre università giapponesi. Si avvarrà, inoltre, di un proprio canale televisivo che trasmetterà gli appositi programmi per 18 ore giornaliere dalle 6 alle 24, concentrando l'interesse didattico sulle discipline letterarie e sociali. Nel primo quinquennio sperimentale saranno iscritti ogni anno 17.000 studenti a fronte di 300 docenti e tecnici e comporterà una spesa annua, coperta parzialmente da contributi statali, pari a 5,4 miliardi di yen.

Repubblica Federale di Germania

Nella Repubblica Federale di Germania il «Deutsches Institut für Fernstudien» (DIFF) di Tü-



bingen, creato nel 1967, è stato finanziato sino al 1972 dalla Fondazione «Volkswagen» e successivamente a tale data direttamente dallo Stato. L'iniziativa, che si basa su una stretta interazione con le altre istituzioni del sistema educativo tedesco, dispone di due dipartimenti per la ricerca e lo sviluppo di nuove metodologie per l'insegnamento universitario o per l'apprendimento degli adulti. In un documento pubblicato nel marzo del 1979 un apposito gruppo di lavoro insediato dal Comitato Permanente del Parlamento federale ha incoraggiato

lo sviluppo di iniziative simili e in molti «Länder», in esecuzione della nuova legge sull'organizzazione universitaria, sono stati adottati idonei provvedimenti legislativi per la messa a punto di strutture utilizzabili soprattutto dagli studenti «part-time».

Così ad esempio, presso l'Università di Hagen sono iniziati nell'ottobre 1979 corsi a distanza su discipline industriali e, analogamente, presso il «Polytechnic» del Basso Reno si svolgono anche numerosi convegni e seminari.



UNESCO - CEPES

Una riunione organizzativa

Dal 22 al 24 giugno 1982 ha avuto luogo a Bucarest la 4^a riunione dei corrispondenti nazionali di collegamento del «Centre Européen pour l'Enseignement Supérieur» (CEPES), organismo specializzato dell'UNESCO, destinato a promuovere la cooperazione degli Stati membri della Regione Europa nel settore dell'insegnamento superiore. Le precedenti riunioni dei corrispondenti, ai quali compete l'invio al CEPES della documentazione e del materiale informativo inerente al Paese rappresentato, nonché di favorire i contatti fra tale Centro e le singole istituzioni universitarie, avevano avuto luogo rispettivamente nel 1976, nel 1978 e nel 1980.

All'ordine del giorno i seguenti temi di discussione:

a) attività di collegamento del CEPES con gli Stati membri nel settore dell'istruzione superiore, bilancio e valutazione del contributo apportato dai corrispondenti nazionali;

b) possibilità di miglioramento delle attività di collegamento tra il CEPES ed i corrispondenti nazionali per quanto concerne, in specie la pubblicazione e la diffusione del Bollettino «Enseignement Supérieur en Europe», lo scambio di informazioni e di documentazione, la partecipazione di esperti degli Stati membri alle attività del CEPES;

c) compiti da attribuire ai corrispondenti nazionali per il periodo 1982/83, nonché contributi da apportare per incrementare l'efficienza del Centro.

Il tono generale della discussione è stato sostanzialmente di carattere organizzativo in ordine agli strumenti di documentazione e comunicazione a disposizione e si è preferito porre l'accento sulle concrete possibilità di ampliamento della parte documentativa.

Sono stati fissati i temi principali dei quattro numeri 1983 del Bollettino trimestrale UNESCO/CEPES «Enseignement Supérieur en Europe», che saranno più precisamente per il:

— n. 1/1983 «*Studenti e docenti nell'insegnamento superiore*» (sottotemi proposti: — «Situazione degli studenti ed efficacia dell'insegnamento;

— nuove forme di valutazione delle conoscenze degli studenti: problemi ed obiettivi;

— valutazione delle relazioni tra studenti e docenti nel processo insegnamento-apprendimento;

— valutazione dell'attività didattica dei docenti).

— n. 2/1983 «*Insegnamento superiore a distanza — esperienze e valutazioni*» (sottotemi proposti: — principali forme organizzative dell'insegnamento a distanza nei differenti Paesi — esperienze, ricerche, valutazioni;

— sviluppo dei programmi di

studio nell'insegnamento a distanza;

— motivazioni degli studenti nell'insegnamento a distanza in rapporto all'insegnamento superiore tradizionale;

— caratteristiche qualitative e quantitative della clientela dell'insegnamento a distanza;

— scelta dei sussidi audio-visivi nell'insegnamento a distanza;

— analisi costi-benefici nell'insegnamento a distanza).

— n. 3/1983 «*Rapporto insegnamento superiore/industria*» (sottotemi proposti: — forme e programmi di interazione;

— gestione e supervisione nei programmi di cooperazione;

— studio di casi specifici sulla cooperazione tra l'insegnamento superiore e l'industria;

— programmi di cooperazione per la ricerca e lo sviluppo;

— vantaggi e limiti delle relazioni tra insegnamento superiore e industria).

— n. 4/1983 «*Prospettive nella pianificazione dell'insegnamento superiore*» (sottotemi proposti: — modifiche nella struttura e nelle condizioni di impiego —

gli effetti della pianificazione dell'insegnamento superiore;

— la nuova clientela studentesca ed i cambiamenti che ne derivano per la formazione nel contesto dell'educazione permanente;

— nuova domanda di conoscenze scientifiche e tecniche — metodologia della pianificazione;

— la pianificazione al livello nazionale e al livello istituzionale;

— problemi di coordinamento; — il concetto di democratizzazione dell'insegnamento superiore e le sue conseguenze sulla pianificazione).

Quasi del tutto inesistente è stato finora l'apporto degli studiosi italiani alla redazione di tale pubblicazione, è perciò auspicabile per il futuro una maggiore presenza — sotto forma di articoli o resoconti sugli argomenti suindicati — alla rivista di Rue Stirbei Voda, Bucarest.

Nel corso dell'incontro è stato, pure, fatto il punto sugli studi generali o specifici sulla situa-

zione dell'insegnamento superiore nelle varie nazioni, pubblicato sotto l'egida del CEPES.

Sono state già edite le monografie inerenti alla Romania e alla Svizzera (di cui si è riferito nel precedente numero 5 di *Universitas*), sono in avanzata fase di preparazione quelle relative agli Stati Uniti, Repubblica Democratica Tedesca, Norvegia e Bulgaria. L'Irlanda e il Portogallo hanno fornito i primi progetti e altri Paesi, quali l'Austria, il Belgio, la Finlandia, La Francia, l'Ungheria, la Spagna, le Repubbliche Socialiste di Bielorussia e dell'Ukraina e la Jugoslavia hanno annunciato il loro contributo.

Un ampio dibattito ha riguardato le specificità nazionali in merito al rapporto tra l'UNESCO/CEPES ed i corrispondenti nazionali, in particolare per quanto attiene: a) al collegamento tra gli uffici degli Stati aderenti e gli uffici dell'UNESCO nelle rispettive sedi, b) al rapporto tra gli uffici statali preposti all'educazione e le sedi universitarie, c) allo statuto dei corrispondenti stessi.

Per quanto riguarda più da vicino il Centro di documentazione, è stato, infine, proposto di convertire tutta la documentazione esistente in termini informativi, a partire dalla questione della terminologia di settore, secondo il sistema computerizzato mini-six.

CEE

Riconoscimenti accademici: la messa a punto prosegue

Il gruppo di lavoro per il «riconoscimento accademico dei diplomi e dei periodi di studio», istituito appositamente dalla Commissione delle Comunità Europee, e di cui è già stato riferito su *Universitas* n. 5, sta proseguendo i lavori per predisporre entro la primavera '83 una relazione per il Comitato dell'istruzione, concernente a) la situazione per quanto riguarda, appunto, il riconoscimento accademico dei diplomi e dei periodi di studio nei vari Stati membri; b) la situazione sociale e materiale dei cittadini di altri Stati

membri, le condizioni di ammissione ai corsi e l'accoglienza loro riservata.

Nella riunione del 17 settembre e del 23 novembre 1982, alcune delegazioni partecipanti hanno sottolineato che, poiché l'obiettivo principale dei lavori consiste nel facilitare la mobilità studentesca, sarebbe auspicabile esaminare innanzitutto l'incidenza dei rifiuti di riconoscimento e le loro motivazioni.

Il Gruppo di lavoro, dopo aver preso atto delle tabelle che elencano le convenzioni e gli accordi bilaterali in vigore tra gli Stati membri, ha esaminato in modo approfondito la portata e la suddivisione dei dati da raccogliere. Sono stati discussi in particolare i seguenti problemi: — occorre conoscere per un anno determinato il numero totale di studenti o solo quello di coloro che iniziano i loro studi all'estero in tale arco temporale?

— è necessario non solo il numero di studenti che ogni Stato membro accoglie dagli altri Stati membri, ma anche quello degli studenti che escono da ogni Paese?

— è necessario operare una distinzione tra gli studenti che seguono un ciclo completo di studi in un altro paese e quelli che seguono all'estero solo una parte di un corso?

— occorre distinguere tra le persone che seguono un primo corso di insegnamento superiore e quelle che fanno studi ad un livello più elevato o che si dedicano alla ricerca?

— è necessario disporre di una ripartizione quanto più particolareggiata possibile delle discipline seguite o solo di una suddivisione nei settori principali? Al termine della discussione il gruppo di lavoro si è dichiarato favorevole a trasmettere quanto prima al Segretario un esemplare del formulario utilizzato nel proprio Paese per registrare i dati sugli studenti stranieri.

CEE

Nel contesto di Lomè: politica dell'ammissione

Il problema dell'ammissione de-

gli studenti di Paesi terzi agli istituti di insegnamento superiore negli Stati membri è attentamente seguito dalla Commissione delle Comunità Europee, che, nell'ambito delle iniziative intraprese dai paesi ACP (Africa, Caraibi, Pacifico) nel contesto della Convenzione di Lomè, ha formulato una dichiarazione che prevede «un regime» senza discriminazioni basate sulla cittadinanza «... per quanto riguarda le condizioni di lavoro e di retribuzione», nonché per quanto riguarda «le prestazioni di sicurezza sociale connesse con l'occupazione».

D'altra parte è importante ricordare in proposito la Risoluzione sulla cooperazione culturale, adottata nel settembre 1981 dalla Assemblea consultiva ACP-CEE, istituzione che si compone di 126 membri del Parlamento europeo e di 126 rappresentanti degli Stati ACP, di cui si riportano gli artt. 19, 20 e 21:

«Il Comitato congiunto.....

art. 19:

rivolge appello agli Stati membri della Comunità a rivedere le loro politiche in merito alla concessione di sussidi alle Università ed istituzioni comparate e di aiuti finanziari agli studenti provenienti dai paesi ACP;

art. 20:

chiede agli Stati membri della CEE di adottare appropriate misure per sostenere gli sforzi degli Stati ACP rivolti ad incoraggiare gli studenti a ritornare nel loro paese di origine dopo aver terminato gli studi;

art. 21:

richiama l'attenzione della Comunità e degli Stati membri sulla situazione sociale e culturale dei lavoratori e degli studenti emigranti ACP per assicurare loro un appropriato aiuto personale e culturale; richiama in tale contesto lo studio effettuato dalla Commissione delle Comunità Europee sulla situazione degli studenti ACP nella Comunità ed auspica un immediato raggiungimento di risultati concreti, particolarmente per quanto concerne il riconoscimento dei diplomi».

Su tale problematica l'apposito

Gruppo di studio sulla Cooperazione culturale ha ampiamente riferito all'Assemblea nel corso della riunione novembre 1982.

CEE

Borse di formazione scientifica e tecnica

Nel quadro del programma «Formazione Scientifica e Tecnica» la Commissione delle Comunità Europee assegna delle borse di ricerca al fine di consentire a studenti e laureati in materie scientifiche e in ingegneria di collaborare alla realizzazione di programmi di ricerca comunitari. I centri di ricerca della CEE e le istituzioni con le quali la Commissione ha concluso contratti di ricerca offrono ai borsisti le seguenti possibilità:

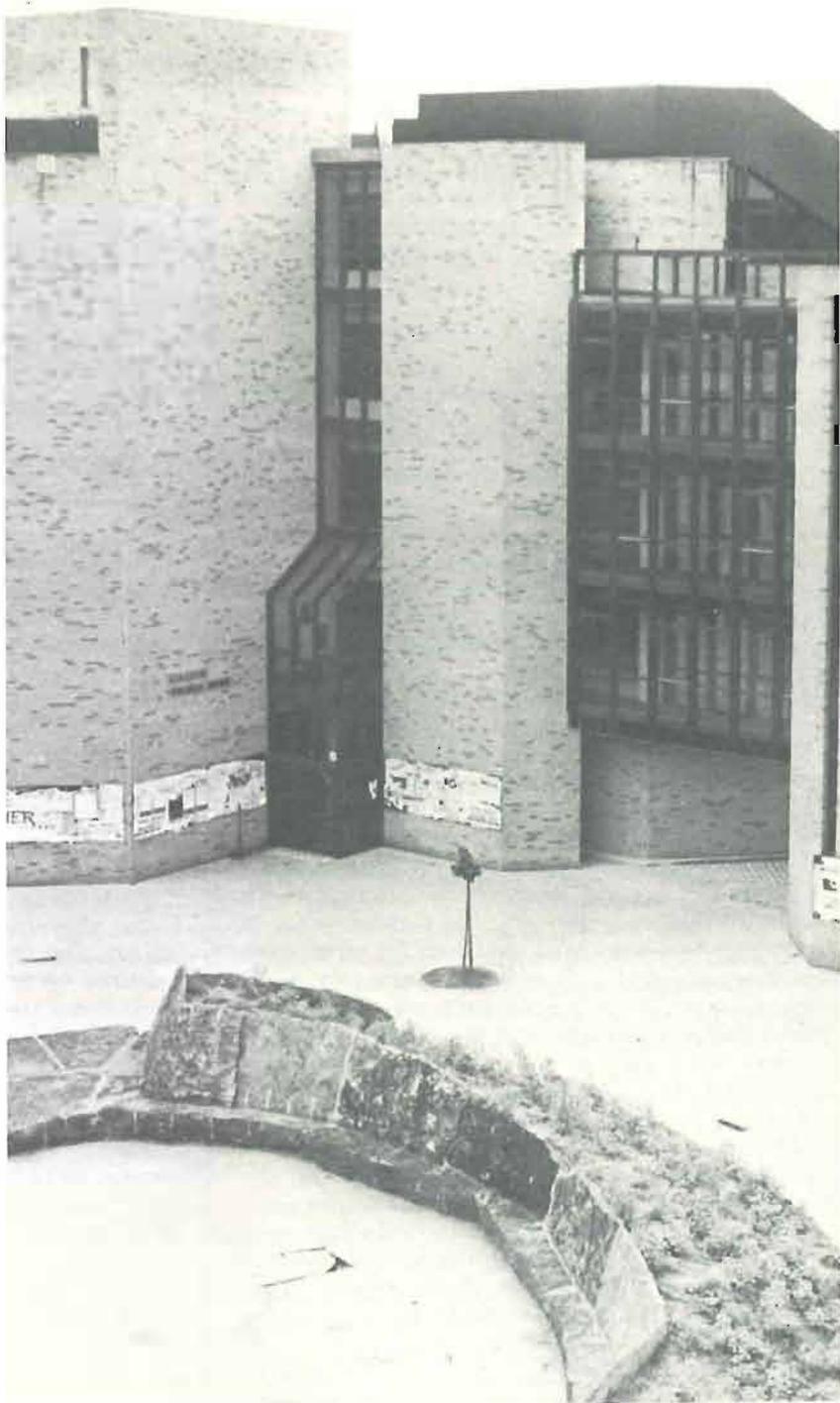
- a) Preparazione di una tesi di laurea
- b) Specializzazione dopo gli studi universitari
- c) Preparazione di una tesi di dottorato
- d) Specializzazione dopo il dottorato

La validità delle borse è variabile a seconda del tempo necessario all'esecuzione del lavoro di ricerca. Normalmente sono assegnate per un periodo di 12 mesi, prorogabile in certi casi di altri 12.

La borsa comprende le spese di viaggio ed una indennità mensile che varia a seconda del potere d'acquisto nei diversi paesi. Le borse vengono assegnate due volte l'anno, all'inizio di luglio per le domande presentate entro il 31 marzo e all'inizio di febbraio per quelle inviate entro il 15 ottobre.

Le candidature vanno presentate alla CEE - BG XII. Formazione Scientifica e Tecnica, 200 rue de la Loi, B-1049 Bruxelles.

M.L.M.





Collettività: una sfida per gli anni '80

di Roberto De Antoniis

Se poniamo appena un poco di attenzione nel considerare la travagliata storia dell'istituzione universitaria negli ultimi venti anni, rileviamo due fondamentali tematiche emergenti che hanno caratterizzato, rispettivamente, gli anni sessanta e gli anni settanta: il problema dell'accesso e la diversificazione. Preveniamo subito possibili obiezioni dicendo che la diversificazione è, anche nel momento attuale, più che mai all'ordine del giorno della politica universitaria e sull'accesso il discorso è tutt'altro che concluso; ma, indubbiamente, tali problematiche hanno improntato i due decenni trascorsi, provocando cambiamenti radicali sul piano sociale più generale. Ad esempio, non è stato proprio negli anni sessanta che si è verificato il passaggio dall'Università di «élite» all'Università con dimensioni di massa? Non è stato forse negli anni settanta che si è posto con forza il problema della formazione adeguata di quadri intermedi per rispondere in modo efficace alle necessità di una società in rapida trasformazione, alle prese con una crisi economica strutturale dopo anni di crescita ininterrotta, che aveva profondo bisogno di personale culturalmente e professionalmente qualificato ma la cui formazione non poteva essere affidata ai corsi universitari tradizionali, socialmente ed economicamente troppo costosi? Per rimediare in qualche modo allo schematismo con cui abbiamo impostato il discorso, diciamo che le problematiche inerenti alla necessità di rispondere adeguatamente alla grandissima crescita della domanda di istruzione superiore negli anni sessanta e quelle relative alla necessità di impostare in maniera più flessibile e diversificata i corsi di insegnamento superiore, per rispondere alle esigenze di una clientela non più culturalmente omogenea come in passato, sono stati i temi

Si aprono gli interrogativi sul tema-chiave del decennio: i sistemi sociali ed i sistemi accademici come interconnessi. Senza escludere l'argomento-identità.

emergenti nella storia dell'Università in questi ultimi venti anni. Un ventennio che ha visto una trasformazione molto profonda della società nel suo insieme e dell'istituzione universitaria in particolare. Poiché il sistema di insegnamento superiore, come tutti i sistemi educativi, è qualcosa di vivo e di vitale, non può non essere comunque in trasformazione; è facile, ad ogni modo, prevedere che gli anni ottanta — e il triennio trascorso lo ha già chiaramente anticipato — saranno un altro decennio di profonda trasformazione, perché è la società nel suo complesso che non ha trovato ancora le condizioni per un suo andamento stabile, e sarà proprio la società, o meglio le varie collettività che la compongono, a cercare ed a determinare più stretti rapporti con l'Università.

In clima di trasformazioni

E qui veniamo al punto; proprio il rapporto tra istituzione universitaria e collettività che la esprime sarà l'elemento caratterizzante della vita, e della trasformazione, del sistema di insegnamento superiore negli anni futuri. Per quale ragione ciò possa, o debba, verificarsi è presto detto. Di fatto in questi ultimi anni l'università, nonostante i problemi e la grave crisi, anche culturale, che ha attraversato, è stata un elemento importante per lo sviluppo scientifico della società; nonostante le enormi difficoltà attraversate anche sul piano economico, l'università non ha mai perso la «leadership» nel settore della ricerca scientifica e si è sempre più inserita nell'ambito dell'erogazione di servizi sociali indispensabili, quale ad esempio, l'assistenza sanitaria. In altre parole, il sistema universitario si è andato caratterizzando sempre

più per qualcosa di diverso da un tipico sistema di insegnamento professionale e di elaborazione della cultura. Intendiamoci, è, e non potrebbe non essere, anche questo ma è diventato anche qualcosa di diverso: sicuramente anche un centro di erogazione di servizi non solo educativi. Per studiare e dibattere questo aspetto emergente del sistema universitario, l'OCSE tenne a Parigi, nel febbraio del 1980, una Conferenza internazionale sull'«insegnamento superiore e la collettività: nuove forme di scambi e di cooperazione» (vedasi, in proposito, *Universitas*, n. 2, luglio-settembre 1980, pag. 113). Sulla base delle risultanze di questa Conferenza è stato recentemente pubblicato, a cura del CERI, il Centro per la Ricerca e l'Innovazione del campo dell'insegnamento (1), uno studio intitolato: «*The University and the Community: the problems of changing relationships*» (OCSE, 1982) - che puntualizza il ruolo dell'università nelle società, le possibili modalità delle relazioni tra l'università e la collettività nonché la trasformazione della missione dell'università ed i suoi conseguenti cambiamenti strutturali.

Non è nostra intenzione, in questa sede, analizzare le tematiche specifiche dello studio citato, la cui letteratura è peraltro utilissima per avere un'idea di base dell'impostazione dell'argomento; lo abbiamo menzionato per sottolineare come su questo tema già si sia ritenuto di fare una prima valutazione molto articolata: tanto evidente è ormai l'importanza di tale problematica.

Qualità di un servizio

È sempre molto difficile prevedere l'andamento delle trasformazioni socio-culturali, soprattutto quando si vive in epoche caratterizzate, come la presente, da una crisi economica e di valori culturali da un lato e, dall'altro, da un avanzato sviluppo tecnologico che consente la fruizione di molteplici canali formativi ed informativi da parte di una clientela molto diversificata. In tale situazione, quale può essere l'impatto del servizio, o meglio dei servizi, che l'università può rendere alla collettività che la esprime?

Nonostante le dimensioni che la clientela del sistema di insegnamento superiore ha assunto, nonostante la non omogeneità culturale di questa clientela, ci sembra che un punto debba rimanere fermo: il servizio reso deve comunque rimanere di buon livello e fruibile integralmente da ciascun utente.

Come diceva J.H. Newman più di un secolo fa «l'università è un'Alma Mater, che conosce i suoi figli uno per uno, non una fonderia o una

zecca o un mulino» (2); anche oggi l'università deve essere un'Alma Mater anche se molto più complessi sono ora, rispetto al passato, i compiti di cui le si fa carico; in altri termini, l'indispensabile adeguamento alle reali necessità della collettività e la diversificazione del servizio reso non possono avvenire a discapito della qualità del servizio stesso, del necessario rigore intellettuale che deve improntare tutta la vita dell'istituzione universitaria.

Un sistema proteiforme

Da questo punto di vista è assolutamente indispensabile ridare vigore al prestigio culturale e scientifico dell'università, prestigio che si era fortemente incrinato negli anni che hanno caratterizzato il passaggio dall'università di «élite» all'università con dimensioni di massa. Realizzare tutto ciò non è impossibile, e anzi segni di ripresa vanno notati grazie soprattutto ai mutamenti strutturali intervenuti, perché la diversificazione culturale dell'utenza del sistema di insegnamento superiore e la sua massificazione non portano necessariamente ad un abbassamento del livello qualitativo del servizio. Anzi, proprio l'avvicinamento dell'università alla società può portare ad un recupero della qualità. Corollario di tutto ciò non può non essere un mutamento radicale dell'idea stessa di università, che sfuggirà sempre più ad una definizione esaustiva. Ad ogni modo non è questo il problema. Importante è rendersi conto che l'università non potrà non assumere sempre più una dimensione proteiforme, che implicherà a volte degli aspetti anche contraddittori, posto che proprio un più stretto legame con la società circostante in qualche modo ne condizionerà l'autonomia, che pur dovrà essere garantita perché l'istituzione viva e si riconosca, se non nei suoi aspetti organizzativi e gestionali tradizionali, nelle sue radici culturali.

Come esattamente dice lo studio dell'OCSE (3), «è importante ammettere la molteplicità delle rappresentazioni dell'università e talvolta la loro contraddizione, il fatto che esista una domanda necessariamente contraddittoria, di indipendenza e di impegno concreto, un conflitto di obiettivi tra l'università da una parte ed il sistema sociale dall'altra, conflitto ravvivato dalla crisi. Non bisognerà ignorare quindi la complessità delle relazioni università-mondo circostante, né cercare una soluzione miracolosa che ristabilisca un consenso e una confidenza che non erano mai esistiti prima, se non nell'ambito di gruppi molto ristretti, essi stessi espressione del mondo universitario». In altri

1 Il CERI, creato nel 1968, si propone di promuovere lo sviluppo delle attività di ricerca nel settore dell'istruzione e di condurre esperienze pilota per quanto concerne l'innovazione educativa. Ne fanno parte tutti i 24 paesi membri dell'OCSE e la Jugoslavia.

2 J.H. Newman: «*L'idea di Università*», trad. it. a cura di L. Obertello, Vita e Pensiero, 1976, pag. 181;

3 *Op. cit.* pag. 33.

termini, sarebbe sommamente deleterio che il coinvolgimento del sistema universitario nei bisogni della collettività avvenisse a discapito dell'identità culturale e scientifica, e quindi dell'autonomia, del sistema stesso; uno snaturamento dell'istituzione non sarebbe certo a vantaggio della società.

Università, società: si stringono i legami

Il punto focale del nostro discorso è proprio questo. Per l'università sarebbe stato relativamente facile preservare la propria importanza culturale e scientifica in una situazione di completa separazione dalla società, anche se alla lunga ciò inevitabilmente avrebbe comportato una certa sclerosi nella elaborazione delle idee e avrebbe potuto determinare un inaridimento anche nell'espletamento della ricerca scientifica. In una prospettiva di stretta collaborazione tra istituzione universitaria e collettività è inevi-

tabile che quest'ultima metta in atto una certa azione di «disturbo». Quali potrebbero essere le soluzioni possibili per armonizzare convenientemente i rapporti tra l'istituzione universitaria e la collettività per realizzare idonee strategie volte alla soluzione di bisogni concreti della società? Sarebbe molto difficile pensare di poter trovare ora, o quanto meno prospettare, soluzioni di sorta. Lo stesso studio dell'OCSE non fa che segnalare alcune possibili soluzioni, riferite anche ad alcune esperienze concrete, che non sono (e non possono essere) esaustive. Per quanto ci riguarda, questa breve nota vuole avere solo la modesta pretesa di porre all'attenzione una problematica che ha sicuramente un'aspetto assolutamente prioritario nella vita dell'istituzione universitaria.

Trovare le soluzioni più idonee, ed elaborare una valida politica per renderle operative, costituisce una stimolante sfida per l'immediato futuro.





Il seme della cooperazione

di Pier Giovanni Palla

Nei 25 anni di vita della Comunità Europea la cooperazione in materia educativa ha fatto pochi e deludenti passi. Non solo perché i Trattati di Roma ignorarono questo aspetto, consentendo sporadiche iniziative sulla scia di una interpretazione allargata del capitolo — questo si contemplato — della «libera circolazione della mano d'opera» nei Paesi della Comunità, quanto per diffusi sospetti e pregiudizi circa le interferenze nelle gelose cittadelle della cultura che una qualsivoglia politica europea dell'istruzione avrebbe potuto provocare.

I consigli dei ministri della pubblica istruzione hanno conosciuto momenti difficili a Bruxelles e assai trascurabile si è rivelata la loro incidenza in termini di indirizzo comune nel tormentato mondo dei sistemi educativi europei. Al vuoto istituzionale — al quale in questi lunghi anni si sono appellati di tanto in tanto alcuni paesi, bloccando ulteriormente il già difficile percorso — si è aggiunta una scarsa propensione di molti responsabili delle politiche educative a uscire allo scoperto, ad abbandonare i comodi rifugi delle dichiarazioni di principio per realizzare nel concreto quello che solennemente veniva auspicato nelle riunioni internazionali.

Se il panorama della cooperazione educativa in Europa appare deludente in termini obiettivi, a maggior ragione suscita ammirazione lo sforzo che da alcuni anni la Commissione delle Comunità Europee va svolgendo per sensibilizzare il mondo accademico alle esigenze di una più convinta collaborazione nel campo dell'istruzione superiore. Ci riferiamo, in particolare, alla pubblicizzazione di una iniziativa, modesta dal punto di vista degli impegni finanziari ad essa connessi, ma degna di grande attenzione per le sue implicazioni, che va sotto il nome di «aiuti comunitari per l'istruzione superiore» e di cui UNIVERSITAS ha riferito sia nel n. 5 che nel n. 6.

Tali aiuti, indirizzati da un lato a sviluppare «programmi comuni di studio» fra istituti di istruzione superiore e, dall'altro, a promuovere «brevi soggiorni di studio» in altri Stati membri per il personale insegnante e amministrativo dei paesi della Comunità, sono usciti dall'ombra in cui una difettosa informazione li aveva sinora confinati e sono stati illustrati, discussi, anche criticati, nel corso di un convegno promosso dal nostro Ministero e dalla CEE ed organizzato dall'Università di Napoli e dalla Fondazione Rui a Sorrento, dal 10 al 12 febbraio scorso.

Rettori di università italiane, docenti nostrani e dei paesi europei in cui tali programmi comuni hanno avuto modo di esplicarsi negli anni passati, hanno dapprima ascoltato le relazioni del prof. Enzo Ferroni («Riforma dell'insegnamento superiore in Italia e possibilità di cooperazione europea») e del dott. Domenico Lenarduzzi, rappresentante della Commissione delle Comunità Europee, il quale ha subito avvertito che lo scopo delle iniziative di cooperazione risiede in una possibile convergenza di obiettivi, non certo nella armonizzazione di sistemi e strutture universitarie; è stata poi la volta di Franz Kupper e di Alan Smith, responsabili diretti dei «programmi comuni», di fornire ragguagli puntuali su un'operazione limitata nella sua portata, ma di estrema validità quale seme di un costume di reciproca comprensione e collaborazione, spesso assente negli istituti universitari dell'Europa. La partecipazione italiana è stata scarsa in questi primi anni, sia in termini di proposte, sia di programmi finanziati: la discussione generale si è pertanto mossa nella direzione di ravvisare i motivi della poca attenzione posta sinora a questa specifica area di cooperazione universitaria e a suggerire eventuali azioni di sostegno da intraprendere.

Era quindi intenzione dei promotori del conve-

gno dare ampia possibilità al mondo universitario italiano di scambiare impressioni, idee, proposte, critiche se si vuole, con i responsabili del settore educativo della CEE, non senza prima avere compreso la reale portata degli interventi della stessa Comunità in questo settore. Un'azione — è stato ribadito più volte, per evitare inutili fughe in avanti — che non può essere considerata sostituiva delle molte e valide iniziative di cooperazione universitaria promosse e direttamente gestite da singole università (l'Ateneo della Sapienza di Roma ha attivato 28 accordi, spendendo lo scorso anno ben 1,2 miliardi di lire), da istituti, o anche da singoli docenti. Un equivoco che è serpeggiato anche a Sorrento quando qualcuno, nella foga del dibattito, ha scambiato la Commissione di Bruxelles ed i magri bilanci che essa riesce quasi di soppiatto a destinare all'educazione, per la responsabile dei malanni finanziari che ostacolano una maggiore mobilità degli insegnanti e degli studenti fra i paesi dell'Europa.

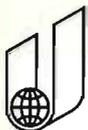
Un equivoco provocato anche dalla reazione un po' risentita alla puntuale constatazione della scarsa nostra affezione per i programmi della Comunità, considerati troppo poveri in paragone con le asserite necessità dei contatti e delle relazioni internazionali che vedono coinvolte anche le università italiane.

I lavori di Sorrento — riteniamo utilissimi — sono stati conclusi dal ministro della Pubblica

Istruzione, senatrice Franca Falcucci, che ha innanzitutto ricordato come la legislazione più recente abbia dotato l'università italiana di strumenti giuridici atti ad una migliore cooperazione nel campo scientifico e culturale, ma che ha anche ammonito a non ritenere di per sé sufficiente il supporto giuridico, quando non sia accompagnato da un radicato e diffuso convincimento dell'efficacia culturale della cooperazione fra università.

Infine, un incoraggiamento: «le numerose esperienze illustrate da docenti italiani e stranieri in questi giorni di lavoro — ha affermato la sen. Falcucci — inducono a ritenere che ci si possa avviare all'Europa, superando con l'impegno comune dei singoli partecipanti a tali programmi le obiettive difficoltà rappresentate dalla diversità dei sistemi universitari, dalle barriere linguistiche e dal prevalere, a volte, dei particolarismi culturali che finiscono per frenare il processo di cooperazione». È una risposta civile, anzi l'unica possibile, alle difficoltà del momento, la cooperazione internazionale, il confronto delle culture nel rispetto reciproco, aveva affermato all'inizio del convegno il sottosegretario della Pubblica Istruzione, on.le Maria Magnani Noya. E crediamo che solo questa convinzione possa far superare le obiettive difficoltà insite in ciascun programma e innescare un meccanismo di rilevanti ripercussioni sociali, culturali, politiche.





Al prossimo round

di Fabio Matarazzo

Le interpretazioni, modificazioni ed integrazioni al decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, sono divenute, nel testo licenziato dal Senato ed ora al vaglio della Camera dei deputati, un corposo documento di 39 articoli, nel quale sono comprese alcune interessanti novità scaturite dalla proposizione di emendamenti nel corso della discussione nell'aula del Senato.

Anche in questo caso, come già abbiamo sottolineato nel precedente numero riferendo dei lavori della commissione pubblica istruzione, la cautela nel considerare l'esito finale dell'intero provvedimento o di alcune sue disposizioni è d'obbligo; tanto più quand'esso, come è accaduto e come potrà ulteriormente avvenire nella discussione alla Camera dei deputati, si amplia a disciplinare situazioni o ad affrontare problemi non contemplati nell'originario disegno, che pure ha suscitato non poche perplessità. Se da un lato si arricchisce lo schema iniziale, con qualche novità di rilievo, dall'altro si potenzia lo spazio per le critiche sul metodo e sui contenuti. Già nel Senato, al momento del dibattito, i gruppi che si sono schierati contro il disegno di legge avevano insisto per lo stralcio delle due o

tre norme destinate ad affrontare i problemi ritenuti più urgenti, per riprendere invece in commissione una pacata rilettura di quanto era complessivamente maturato nel lavoro di questi mesi. È possibile che una posizione analoga si manifesti anche nell'ulteriore iter parlamentare, anche se sembra aver perso, ormai, la forza del fondamentale argomento addotto in suo favore. Dopo il voto del Senato, infatti, un eventuale doppio binario per far marciare separatamente alcune parti del provvedimento determinerebbe comunque la necessità di una seconda lettura da parte dell'assemblea di Palazzo Madama con la conseguenza di vanificare le ragioni dell'urgenza. Che cosa si profila allora? È difficile fare previsioni ed è presto, nel momento in cui scriviamo, per cogliere possibili anticipazioni. Una cosa tuttavia è certa: se in pochi mesi è scaturito dal lavoro del Senato un testo di ben 39 articoli, che offre risposta a non pochi problemi determinati dalla attuazione del D.P.R. 382/80, è segno evidente che l'iniziativa a suo tempo assunta dal Governo ha avvertito un'esigenza reale che ha trovato riscontro, al di là anche delle posizioni assunte, in tutti i gruppi politici; nessuno di questi si è sottratto al-

Accenni, riproduzioni integrali, spigolature dalla 382 bis approvata dal Senato

l'impegno di recare il proprio contributo, sia pure con diversa accentuazione critica, al testo in discussione. Di qui l'auspicio che dinanzi ad un testo che sempre più va assumendo una fisionomia di organica integrazione, e non solo per aspetti marginali, della legge sulla docenza universitaria, possa ricomporsi la stessa concorde unità di intenti che ha determinato a suo tempo l'approvazione della legge di delega e l'emanazione del decreto delegato. Ma vediamo gli aspetti salienti del testo anche se ripeteremo notizie forse già note ed in parte già rappresentate nella precedente rassegna.

I punti salienti

La supplenza di un insegnamento, quando ne sia necessaria la conservazione e non sia possibile provvedere diversamente, potrà essere affidata «in via prioritaria a professori della stessa facoltà ed in mancanza a professori di altre facoltà della stessa università». Viene meno l'incompatibilità del regime a tempo definito con la carica di presidente. È inoltre consentito anche ai professori a tempo definito concorrere alle elezioni per le cariche incompatibili con

il loro status, qualora si impegnino con espressa dichiarazione ad assumere il regime del tempo pieno contestualmente alla nomina. L'accettazione della carica equivale ad opzione per il tempo pieno, irrevocabile fino alla scadenza dei relativi mandati. Ancora, per quanto riguarda il regime delle incompatibilità, tra le attività scientifiche e pubblicistiche sono ricomprese le relazioni a convegni e conferenze.

Per i professori già fuori ruolo all'epoca dell'entrata in vigore della legge 21 febbraio 1980, n. 28, il trattamento economico, pensionistico e previdenziale resta quello disciplinato dalla normativa precedente senza che per essi abbiano efficacia gli atti compiuti in esecuzione dell'art. 19 del D.P.R. 382/80.

Vien meno per i trasferimenti dei professori di ruolo ad università istituite in data successiva al 1° gennaio 1977 ed all'Università di Ancona, il divieto di trasferimento prima del triennio di servizio nella stessa sede.

L'articolo 6 del disegno di legge precisa poi le possibilità garantite ai professori in aspettativa. È una norma molto discussa e sulla quale le opinioni sono assai diversificate. Nel testo attuale è prevista la conservazione del titolo a partecipare agli organi universitari cui appartengono e dell'elettorato attivo per le elezioni delle cariche accademiche. I professori in aspettativa possono inoltre far parte delle commissioni giudicatrici ed accedere ai finanziamenti per la ricerca scientifica.

Altra disposizione di rilievo è dettata dall'art. 8. In attesa della ridefinizione del loro stato giuridico, e comunque non oltre il 31 dicembre 1984, i ricercatori confermati possono chiedere di svolgere, in deroga al divieto dell'art. 34, attività professionale e di consulenza esterna. In questo caso il loro trattamento economico è ridotto del 25 per cento. È sanata anche ogni pregressa situazione di effettivo esercizio di attività professionale e di consulenza esterna, riducendosi corrispondentemente il trattamento economico percepito.

Anche l'art. 11 merita attenzione. Contrastata dal Governo, la norma consente ai tecnici laureati che abbiano i requisiti per essere ammessi ai giudizi di idoneità a professore associato di essere inquadrati, a domanda da presentarsi prima dell'espletamento della terza tornata dei giudizi di idoneità, nel ruolo ad esaurimento degli assistenti universitari.

Idoneità

Fondamentale è poi l'art. 12, che sostituisce integralmente l'art. 51 del DPR 382/80. La nuova disciplina dei giudizi di idoneità, fatte salve le procedure concorsuali già espletate, è ora così riformulata: «I giudizi sono espressi, per ciascun raggruppamento di discipline, da apposite commissioni nazionali composte da cinque professori ordinari o straordinari e formate con le modalità stabilite nel precedente art. 45, intendendosi riferito il limite di un terzo dei nominativi da designare al numero dei componenti effettivi. Ove il numero dei concorrenti alla prova di idoneità per un determinato raggruppamento disciplinare superi le 80 unità, il numero dei professori ordinari o straordinari componenti le commissioni giudicatrici è elevato a sette; è elevato a nove qualora il numero dei candidati superi le 160 unità. Nelle tornate dei giudizi di idoneità successive alla prima, non possono far parte delle commissioni i professori ordinari o straordinari che siano stati membri di commissioni in una delle tornate precedenti. Il giudizio è inteso ad accertare l'idoneità scientifica e didattica del candidato ad assumere le funzioni di professore associato. Esso è basato sulla valutazione dei titoli scientifici presentati dal candidato, con riferimento anche a quelli attinenti a discipline affini al raggruppamento per il quale si concorre, e dell'attività didattica da lui svolta. Le commissioni sono tenute a motivare l'eventuale giudizio di non affinità sui titoli presentati. Nella valutazione dell'atti-

vità didattica dovranno essere tenuti in considerazione i giudizi analitici formulati dalle facoltà sull'attività stessa e sulle funzioni svolte dal candidato. Sui singoli candidati vengono formulate motivate relazioni scritte attestanti il complesso delle attività scientifiche e didattiche svolte. Anche l'eventuale giudizio di idoneità deve essere motivato. La commissione deposita la relazione conclusiva entro quattro mesi dalla data della sua prima convocazione. L'approvazione degli atti avviene con decreto del Ministro della pubblica istruzione su parere vincolante del Consiglio universitario nazionale». Segue poi la previsione sull'esplicito impegno ad osservare, in caso di giudizio positivo, le norme in materia di tempo pieno, di tempo definito e di incompatibilità previste nel decreto ed una particolare normativa per i giudizi di idoneità di coloro che intendono essere associati presso la Scuola superiore per interpreti e traduttori di Trieste. Per questi giudizi la commissione è integrata con due esperti scelti in una rosa di quattro persone altamente qualificate per i servizi di interpretazione e di traduzione di organizzazioni internazionali. Il giudizio sarà basato prevalentemente sulla capacità professionale nel campo specifico, dimostrata nell'espletamento dell'attività didattica presso la Scuola ed è integrato da una prova didattica.

Cambia anche la procedura per il conseguimento del giudizio di idoneità. Le tornate diventano tre e la terza sarà indetta entro il 31 dicembre 1984. Gli aspiranti potranno presentare domanda per il raggruppamento per il quale ritengano di avere maggiori titoli scientifici e potranno ripetere la prova di idoneità sostenuta con esito negativo nella seconda o nella terza tornata per lo stesso o per altro raggruppamento. I professori incaricati stabilizzati che non presentino domanda di partecipazione neppure alla terza tornata e i professori incaricati, compresi gli stabilizzati, che avendo partecipato alle due tornate cui

hanno diritto non abbiano conseguito il giudizio positivo, decadono dall'incarico, fatta salva per gli incaricati stabilizzati la possibilità, già prevista dall'art. 24, di rimanere in servizio sino al termine dell'anno accademico in cui compiono il settantesimo anno di età. Chi maturi il diritto di partecipare al giudizio di idoneità successivamente alla prima tornata deve partecipare al giudizio indetto con la seconda o con la terza sessione delle idoneità. Ove in una delle due tornate non consegua l'idoneità decade dall'incarico. Segue poi una norma transitoria di notevole portata per gli associati nelle facoltà di medicina già incaricati. Essi infatti conservano le funzioni svolte ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129 ed il relativo trattamento economico maturato, anche se siano stati nominati professori associati, fino al termine dell'anno accademico nel quale verrà espletata l'ultima tornata dei giudizi di idoneità.

Le norme successive riguardano la riduzione da tre a due anni del termine entro il quale gli assistenti di ruolo senza incarico e le categorie equiparate possono essere chiamati da altre facoltà nell'ipotesi di mancato accoglimento delle loro richieste, l'ammissione alla seconda tornata dei giudizi di idoneità a ricercatore di alcuni appartenenti alle categorie già previste dal D.P.R. 382/80 che tuttavia non avevano ancora maturato la richiesta anzianità. Anche per le commissioni per la seconda tornata dei giudizi di idoneità a ricercatore è affermata la preclusione per i professori che già abbiano fatto parte di commissione nella prima tornata.

Tra un articolo e l'altro

Maggiore interesse offre l'art. 17 che chiarisce l'ultimo comma dell'art. 71 del DPR 382 disciplinando l'ammissione ai corsi di dottorato dei dipendenti da enti pubblici, purché vi svolgano attività di ricerca, e

degli «insegnanti di ruolo delle scuole di ogni ordine e grado». Gli uni e gli altri possono essere ammessi a condizione che non superino il numero dei vincitori dei concorsi per l'attribuzione di borse di studio. Ma qual'è la loro condizione durante gli anni di frequenza del dottorato?

Nulla prevedeva l'art. 71; è esplicitato ora che «i dipendenti di enti pubblici possono ottenere l'esonero totale del servizio qualora ciò sia consentito dalle disposizioni di stato giuridico. Gli insegnanti di ruolo delle scuole di ogni ordine e grado possono ottenere esoneri parziali con le modalità di cui all'art. 14, nono comma, della legge 20 maggio 1982, n. 270». Per i periodi di permanenza all'estero l'importo della borsa di studio del dottorato di ricerca è aumentato del 50 per cento.

Vediamo ora le modifiche all'art. 84 che riguarda le strutture dipartimentali. Al dipartimento, è precisato, afferiscono anche gli assistenti del ruolo ad esaurimento, ai quali è garantita la possibilità di opzione fra più dipartimenti o istituti. Conseguentemente, gli assistenti votano per il direttore del dipartimento e possono avere un loro rappresentante nella giunta. Il personale non docente, invece, potrà esprimere una rappresentanza per il consiglio di istituto, mentre è ribadita la partecipazione di queste categorie al consiglio di dipartimento soltanto con un rappresentante. Procediamo speditamente nella lettura dell'articolato.

È ulteriormente snellita, con l'art. 21, la procedura per le convenzioni fra università italiane e università di paesi stranieri per attività didattico scientifiche e per programmi integrati di studio degli studenti. La preclusione per i componenti elettivi del consiglio universitario nazionale di far parte più di due volte consecutive del consesso è estesa a tutti i componenti quale che sia il titolo della loro partecipazione.

L'art. 23 prevede poi la possibilità di presentare domanda di inquadramento con professori associati o come ricercatori per

gli idonei nei relativi giudizi, anche «alle università per le facoltà istituite nell'ultimo decennio» o, per «le facoltà che nello stesso periodo hanno istituito nuovi corsi di laurea, per le discipline previste dai piani di studio di tali corsi, nonché alla Università di Ancona. Le facoltà possono formulare la corrispondente richiesta, limitatamente alle discipline previste per esse nello statuto, ai sensi del precedente art. 53, sesto comma». Inoltre, i professori ed i ricercatori già inquadrati possono chiedere il trasferimento alle università ricordate sopra secondo la disciplina dei trasferimenti degli assistenti di ruolo. Trascurando alcune particolari posizioni per gli ex incaricati nei corsi della Tuscia e di Cassino. Sono ancora da richiamare le disposizioni che prorogano, ma sempre in via transitoria e fino all'espletamento della terza tornata dei giudizi di idoneità, la possibilità di conferire supplenze e contratti per gli insegnamenti vacanti. Per procedere alle supplenze però deve essere comprovata l'impossibilità di chiamata di professori associati e deve essere richiesto, qualora già non esista, un posto di ruolo. È previsto, inoltre, il nulla osta del Ministro della pubblica istruzione.

Va anche posto in evidenza l'art. 34 che introduce la possibilità di chiamata diretta per posti di professore associato di cittadini italiani che occupino una corrispondente posizione in università o in qualificati centri di ricerca stranieri. Una disposizione analoga attraverso la riserva dei posti è prevista anche per i ricercatori universitari. Sul numero complessivo dei posti messi a concorso una percentuale non superiore al 5 per cento sarà riservata a coloro che, cittadini italiani, provino di aver svolto attività di ricerca presso università o qualificati centri di ricerca stranieri. I vincitori saranno nominati ricercatori con il loro consenso su chiamata delle facoltà che intendono avvalersi dei risultati del concorso. In mancanza le nomine dei vincitori saranno disposte dal

Ministro presso le università di nuova istituzione. L'ultimo comma dell'articolo 34 è infine da sottolineare. Estende l'applicabilità dell'art. 4 del DPR 382/80 e quindi della chiamata diretta su posti di professore ordinario anche a studiosi eminenti di nazionalità italiana che occupino analogo posizione in università straniere.

Ancora una norma particolare, l'art. 35, che immette nel ruolo dei professori ordinari i direttori delle scuole autonome di ostetricia di ruolo. Di carattere più generale, invece, l'art. 36 che oltre ad introdurre il criterio dell'adeguabilità dei limiti di spesa previsti nella gestione finanziaria ed amministrativa delle università, rinvia ad un decreto interministeriale la determinazione dell'indennità di carica dei rettori e pro-rettori il cui onere è previsto a carico del bilancio universitario.

Ultimi, ma notevoli

Gli ultimi due articoli vanno letti integralmente per la loro importanza e per la loro novità. «Le università, prevede l'art. 37, possono partecipare a consorzi o a società per la progettazione e l'esecuzione di programmi di ricerca finalizzati allo sviluppo scientifico e tecnologico in tutti i casi in cui disposizioni legislative consentano la partecipazione agli stessi da parte di enti di ricerca o di enti pubblici, a condizione che:

- a) la loro partecipazione sia rappresentata da esclusivo apporto di prestazione d'opera scientifica;
- b) l'atto costitutivo preveda l'esclusione per esse da eventuali obblighi dei soci di versare contributi in denaro e che gli utili non vengano ripartiti ma reinvestiti per finalità di carattere scientifico;
- c) le relative iniziative fruiscono di finanziamenti non inferiori alla metà da parte di organismi pubblici nazionali, internazionali od esteri;
- e) ogni eventuale emolumento corrisposto ai professori universitari o ai ricercatori che faccia-

no parte degli organi sociali sia versato alle università di appartenenza.

La partecipazione dell'università è deliberata dal consiglio di amministrazione, udito il collegio dei revisori, ed approvata dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro del tesoro, previo parere del Consiglio universitario nazionale».

Ultima disposizione l'art. 38. «Il quindici per cento dei proventi delle prestazioni dei contratti e delle convenzioni di ricerca di cui all'articolo 66 e il quindici per cento dei compensi comunque dovuti anche a titolo privato a professori universitari ed a ricercatori universitari per lo svolgimento di attività scientifiche espletate al di fuori dei compiti istituzionali affluiscono ad un fondo unico di ateneo destinato esclusivamente al potenziamento delle attrezzature scientifiche dei dipartimenti e delle università. L'impiego di tali fondi è deliberato dal consiglio di amministrazione su conforme parere del senato accademico sentite le commissioni scientifiche di cui all'articolo 65, terzo comma. Ai fini di cui ai precedenti commi i professori universitari ed i ricercatori universitari devono comunicare al rettore gli incarichi di ricerca ricevuti. Il limite del trenta per cento stabilito dall'articolo 66, terzo comma, è elevato al quarantacinque per cento».

Un impianto normativo organico

Ecco, dunque, il nuovo impianto del disegno di legge 1936 dopo l'accurato lavoro dei senatori. Qualche norma è discutibile, altre potranno essere migliorate. C'è da dire, però, che l'accentuazione corporativa non è certo prevalente nell'economia del discorso avviato. Direi anzi che suo merito principale è stato quello di aver contenuto entro limiti ragionevoli le inevitabili pressioni di gruppi e categorie, cercando di ricondurre il tutto in un disegno in qualche modo organico, e di aver fermato il profluvio di iniziative legislative

variamente motivate e di diversa provenienza.

Tutto ciò deve indurre a proseguire in questa direzione, per concludere celermente una fase normativa incentrata su piccoli, anche se positivi, aggiustamenti, che finisce però per distrarre l'attenzione da una seria riflessione su argomenti di maggiore rilievo e di più generale interesse. Potrebbe risultare pericoloso trascurarli ulteriormente in un momento in cui si fa evidente e pressante, per l'università, la rinnovata richiesta di formazione culturale e di adeguata preparazione professionale.



Decreto interministeriale 9 novembre 1982

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE 9 novembre 1982, n. 9.

Determinazione dei requisiti di idoneità per l'utilizzazione delle strutture delle unità sanitarie locali da parte delle facoltà di medicina ai fini della ricerca e dell'insegnamento.

IL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE E IL MINISTRO DELLA SANITÀ Visto l'art. 39, comma secondo, n. 2), e comma quarto, lettera a), della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Considerato che con le convenzioni di cui al citato art. 39 le regioni e le università devono disciplinare tra l'altro la utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, ai fini didattici e di ricerca, di idonee strutture delle unità sanitarie locali;

che tali strutture delle unità sanitarie locali per poter essere utilizzate ai fini didattici e di ricerca devono rispondere a requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministeri della pubblica istruzione e della sanità;

che con il presente decreto interministeriale si intende dare attuazione a quanto innanzi considerato per assicurare la individuazione con criteri uniformi sul territorio nazionale delle strutture delle unità sanitarie locali da utilizzare ai fini didattici e di ricerca;

DECRETANO:

Le strutture delle U.S.L. per poter essere utilizzate per le esigenze di ricerca e di insegnamento delle facoltà di medicina, devono possedere rispettivamente i seguenti requisiti di idoneità:

1) Presidi o servizi ospedalieri:

1.1. devono essere dotati o poter usufruire nell'ambito dei servizi generali, di biblioteca, di idonei locali per la ricerca e l'insegnamento e di strumenti audiovisivi adeguati;

1.2. devono effettuarsi riunioni periodiche per la valutazione della casistica e dell'andamento dei servizi;

1.3. abbiano una frequenza di riscontri diagnostici di norma non inferiore al 25% dei degenti che decedono in ospedale;

1.4. abbiano reparti che consentano un apprendimento pratico di tecniche utili all'intervento di emergenza del medico e dello specialista.

2) Servizi di salute mentale che comprendano almeno:

2.1. servizi ospedalieri di diagnosi e cura e ricovero;

2.2. centri ambulatoriali ivi compresi possibilmente centri medici di assistenza sociale per farmacodipendenti e per alcolisti;

2.3. case albergo, alloggi protetti, ospedali diurni.

3) Servizi extra ospedalieri:

3.1. servizi di medicina ed igiene al lavoro che abbiano un bacino di utenza occupazionale di almeno 20.000 unità, che possiedano o siano collegati con un laboratorio chimico-tossicologico per il rilevamento degli inquinamenti ambientali e che elaborino mappe di rischio e registrazioni di fattori di rischio;

3.2. servizi di igiene pubblica che abbiano un laboratorio microbiologico e che abbiano un bacino di utenza di almeno 50.000 abitanti con controlli su impianti di smaltimento dei liquami;

3.3. osservatorio epidemiologico regionale o sub-regionale che possieda sistemi computerizzati di elaborazione di dati;

3.4. pollambulatori su base distrettuale che abbiano un bacino di utenza di almeno 20.000 abitanti e siano dotati di adeguate strutture diagnostiche.

Roma, addì 9 novembre 1982

Il Ministro della pubblica istruzione
BODRATO

Il Ministro della sanità
ALTISSIMO

Decreto interministeriale 9 novembre 1982

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE 9 novembre 1982, n. 9.

Approvazione degli schemi tipo di convenzione tra regione e università e tra università e unità sanitaria locale.

IL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE E IL MINISTRO DELLA SANITÀ Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale;

Visto l'art. 39, secondo comma, della legge stessa, che prevede la stipula di convenzioni tra regioni e università al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali e disciplinare i relativi rapporti in ordine alle attività del Servizio sanitario nazionale e regionale;

Visto il comma ottavo dello stesso art. 39 che, per l'attuazione delle anzidette convenzioni tra regione e università in relazione alla utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie lo-

cali da parte della facoltà di medicina per esigenze di ricerca e di insegnamento, prevede la stipula di specifiche convenzioni tra università e unità sanitarie locali;

Ritenuta la necessità di approvare, ai sensi dell'ultimo comma del più volte citato art. 39, gli schemi-tipo di convenzione di cui al comma secondo e ottavo dello stesso articolo, affinché la disciplina dei rapporti nascenti dalle nuove convenzioni, che dovranno essere stipulate tra regione e università e tra università e unità sanitaria locale, risultino da norme uniformi sostitutive di quelle contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129; Sentite le regioni; Sentito il Consiglio sanitario nazionale; Sentito il Consiglio universitario nazionale;

DECRETANO:

Art. 1

Sono approvati gli schemi allegati concernenti rispettivamente:

a) lo schema tipo di convenzione da stipulare tra regione e università ai sensi del secondo, terzo, quarto e sesto comma del citato art. 39;

b) lo schema tipo di convenzione attuativa da stipulare tra università e unità sanitaria locale ai sensi dell'ottavo comma dello stesso art. 39.

Entro e non oltre sei mesi dalla data del presente decreto le regioni e le università provvederanno a stipulare nuove convenzioni conformi allo schema tipo allegato.

Art. 2

In caso di mancato accordo tra regione e università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi alla assistenza a carico della regione, si applica la procedura di cui all'art. 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentiti il Consiglio sanitario nazionale ed il Consiglio universitario nazionale.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, addì 9 novembre 1982

Il Ministro della pubblica istruzione
BODRATO

Il Ministro della sanità
ALTISSIMO

Schema-tipo di convenzione tra regione ed università

di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

PREMESSA

In conformità a quanto previsto dall'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali la Regione e l'Università di rappresentano e rispettivamente da giusta delibera del in data n. e da giusta delibera del in data n.;

Visto lo schema-tipo di convenzione approvato con decreto interministeriale.....;

Convergono e stipulano quanto segue:

Art. 1

Convenzione e programmazione sanitaria

La Regione e l'Università, fermo restando il concorso anche di altre facoltà ed istituti universitari nell'azione di consultazione prevista dall'art. 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in conformità alle rispettive funzioni istituzionali, riconoscono che:

l'attività didattica e di ricerca svolta dalle facoltà di medicina è inscindibilmente connessa con l'attività assistenziale delle stesse;

la facoltà di medicina concorre alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale di cui alla citata legge 23 dicembre 1978, n. 833, secondo quanto previsto dalla presente convenzione.

La Regione e l'Università convergono: che l'Università stessa, come sede primaria della ricerca scientifica, sia sentita in sede di programmazione dei progetti-obiettivi e della ricerca sanitaria finalizzata e partecipi alla realizzazione di quanto sopra utilizzando fondi a tal fine destinati secondo le indicazioni e le modalità del piano sanitario nazionale e del piano sanitario regionale; che nel quadro del procedimento di cui al quarto comma dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, l'Università per i corsi di laurea e per le scuole relative al settore sanitario, al fine di formulare le proprie proposte senta preventivamente la Regione;

che nella determinazione del numero dei posti aggiuntivi di cui al quinto comma dell'art. 2 del citato decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, l'Università deve tener conto delle indicazioni della Regione con la quale ha stipulato la presente convenzione.

Art. 2

Concorso nel settore assistenziale della facoltà di medicina

La facoltà di medicina concorre alla realizzazione dei fini del Servizio sanitario nazionale con le strutture proprie indicate nell'allegato A e con le unità operative a direzione universitaria nelle strutture dell'U.S.L. di cui all'allegato B.

Art. 3

Strutture o unità operative delle U.S.L. da utilizzare a fini didattici integrativi

Le strutture e le unità operative ospedaliere ed extraospedaliere delle U.S.L. a direzione non universitaria utilizzate ai fini della didattica integrativa di quella universitaria sono elencate nell'allegato C, nel rispetto del limite di cui all'art. 39, comma quarto, lettera b), della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In tale allegato è indicato altresì il numero del personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato nelle anzidette strutture conenzionate da utilizzare ai fini della didattica integrativa. La individuazione delle strutture e unità operative ospedaliere ed extraospedaliere delle U.S.L. da utilizzare ai fini didattici da includere nell'allegato B e nell'allegato C, viene effettuata sulla base delle indicazioni della commissione di esperti di cui all'art. 39, comma quinto, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, tenuto conto delle richieste del consiglio di facoltà di medicina e sentite le U.S.L. interessate, nel rispetto dei requisiti di idoneità fissati dal decreto ministeriale di cui all'art. 39, comma terzo, della citata legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Fermo restando che le strutture proprie delle facoltà di medicina e quelle delle U.S.L. convenzionate a direzione universitaria e con prevalente personale medico universitario sono multizonali, come specificato nel relativo allegato B, la Regione, sentita la commissione di esperti di cui al precedente comma, riconosce, ai fini assistenziali come precedenti multizonali, le seguenti strutture ed unità operative delle U.S.L. convenzionate a direzione non universitaria:

..... nonché le seguenti strutture ed unità operative delle U.S.L. a direzione universitaria con prevalente personale medico non universitario:

Art. 4

Psichiatria

La Regione e l'Università convergono che nell'ambito della programmazione regionale deve essere assicurata l'utilizzazione dei servizi territoriali extraospedaliere e dei servizi con degenza relativi alla salute mentale di cui all'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, necessari per i fini didattici e di ricerca dell'Università, come indicati negli allegati B e C.

Le unità operative di salute mentale a direzione universitaria, ivi comprese quelle con degenza di cui all'allegato A previste in convenzioni rientrano tra le strutture indicate all'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e regolamentate dalle relative leggi regionali.

Art. 5

Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale per l'assistenza e quella per la ricerca scientifica e didattica sono rispettivamente disciplinate dall'art. 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dalla leg-

ge regionale di attuazione dello stesso e dall'83 all'art. 86 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, fatta salva la possibilità di istituire, d'intesa tra Regione, Università e U.S.L., forme di collaborazione per finalità complessive assistenziali, di ricerca e di didattica.

Art. 6

Apporto all'insegnamento del personale laureato dell'U.S.L.

La Regione e l'Università convergono che l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato delle strutture convenzionate e nel limite del numero indicato nell'allegato C, si realizza a domanda degli interessati, tenuto conto della specifica qualificazione del predetto personale sul piano didattico, in relazione anche alle particolari caratteristiche delle strutture in cui tale personale presta assistenza, mediante il conferimento di contratti di insegnamento per lo svolgimento di attività didattica integrativa di quella universitaria, ai sensi dell'art. 25, penultimo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

L'apporto all'insegnamento di cui al precedente comma si realizza secondo l'esigenza di affidamento di funzioni didattiche integrative di quelle universitarie tenendo anche conto, per quanto concerne le scuole di specializzazione e le scuole dirette a fini speciali inerenti al settore sanitario, di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162. In particolare, tali funzioni didattiche integrative potranno svolgersi:

nell'ambito dei corsi di laurea:

- mediante lo svolgimento di corsi integrativi di quelli ufficiali;
 - mediante lo svolgimento di altre forme di attività didattica, quali esercitazioni, seminari, partecipazioni a lezioni integrate ed altre forme di collaborazione didattica;
- nell'ambito di corsi delle scuole di specializzazione e delle scuole dirette a fini speciali:

- mediante lo svolgimento di un corso di insegnamento organico;
- mediante lo svolgimento di altre forme di attività didattica quali esercitazioni, seminari, partecipazioni a lezioni integrate ed altre forme di collaborazione didattica.

I contratti di insegnamento hanno di regola durata triennale salvo la possibilità di contratti biennali o annuali quando si determinino necessità di sostituzione nel corso del triennio. La loro scadenza è, in ogni caso, contestuale a quella della convenzione. Essi sono stipulati dal rettore sulla base di specifiche delibere del consiglio di facoltà, nel quadro del programma delle attività didattiche dei singoli corsi di laurea, di specializzazione e delle scuole dirette a fini speciali, e disciplinano tempi e modalità dello svolgimento della didattica affidata al professore a contratto.

I consigli dei corsi di laurea, di specializzazione e delle scuole dirette a fini speciali, all'inizio dell'anno accademico, in apposita seduta, cui partecipano

tutti coloro ai quali sono affidati compiti didattici, coordinano i programmi ed indicano le sedi ed il calendario di svolgimento delle attività dei rispettivi corsi.

Art. 7

Personale universitario che presta servizio presso le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati

I diritti ed i doveri che, per la parte assistenziale, il personale medico universitario assume, sono quelli previsti dall'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, per il personale di pari o corrispondente qualifica del ruolo regionale, fatte salve le norme del proprio stato giuridico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

L'Università garantisce alla Regione, previa opportuna intesa con la stessa sulle concrete modalità di attuazione e di verifica anche in relazione alle esigenze funzionali della struttura, che il personale medico universitario nell'unità operativa a direzione universitaria, globalmente considerato, presti attività assistenziale per un numero di ore pari a quello assicurato da una corrispondente unità operativa dipendente dalle U.S.L. calcolata sul presupposto di un organico di personale medico a tempo definito. A tal fine l'Università comunica all'U.S.L. preventivamente il piano trimestrale dell'apporto dei singoli medici universitari, all'attività assistenziale.

L'orario settimanale di ciascun medico universitario per lo svolgimento delle proprie mansioni didattiche, di ricerca ed assistenziali, è globalmente considerato come un impegno orario corrispondente a quello previsto rispettivamente per il tipo di rapporto di lavoro a tempo pieno ed a tempo definito, la cui opzione va esercitata con le modalità previste nell'art. 11 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Le U.S.L., in conformità alle intese raggiunte tra Regione e Università con la presente convenzione, dovranno predisporre adeguate strutture per consentire l'esercizio, nell'ambito delle strutture convenzionate, delle attività libero professionali anche ai medici universitari in attuazione all'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Per ottemperare alle esigenze assistenziali delle strutture e unità operative delle U.S.L., utilizzate a fini didattici e scientifici dalla facoltà di medicina, a direzione universitaria, nelle quali la dotazione organica universitaria è insufficiente, può essere utilizzato, in attesa del relativo completamento, personale medico non universitario prevale opportune intese tra Università e U.S.L. anche in ordine alle relative modalità di utilizzo. Qualora ciò non sia possibile, il personale medico universitario può essere autorizzato, sempre d'intesa tra l'Università e l'U.S.L., a svolgere attività assistenziale oltre l'orario dovuto.

Ai fini previsti dalla presente convenzio-

ne la corrispondenza del personale universitario a quello delle U.S.L. viene stabilita nella allegata tabella D.

Art. 8

Sostituzione temporanea

Nell'ambito di unità operative a direzione universitaria con organico medico esclusivamente universitario, la sostituzione temporanea, in caso di assenza o impedimento del titolare nell'esercizio delle funzioni nella posizione apicale, avviene sulla base delle relative disposizioni dell'ordinamento universitario.

Nelle stesse strutture ad organico misto, la sostituzione temporanea, ai fini assistenziali, avviene in conformità a quanto disposto dall'art. 7, comma quinto, del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. La graduatoria prevista nel successivo comma ottavo del citato art. 7 è disposta tra Università e U.S.L.

Art. 9

Personale non medico

La Regione e l'Università convengono che le U.S.L. assicurano il personale non medico necessario allo svolgimento delle attività assistenziali delle strutture convenzionate.

Il personale non medico necessario all'espletamento di attività didattiche e scientifiche oltre che assistenziali, sarà fornito dalla Università e dalla U.S.L. proporzionalmente alla entità ed alla natura di compiti da determinarsi nelle convenzioni attuative.

Art. 10

Attività assistenziali disciplinate da particolari istituti normativi aventi carattere economico

La Regione e l'Università convengono che nelle strutture ed unità operative a direzione universitaria convenzionate, rientrano anche le attività ambulatoriali nonché quelle di pre-dimensione protetta.

All'attività ambulatoriale e a quella comune assistenziale prestata dal personale sanitario universitario si applicano gli stessi particolari istituti normativi aventi carattere economico relativi alla medesima attività svolta nelle strutture ospedaliere, negli ambulatori, poliambulatori e laboratori dipendenti dalle U.S.L.

I relativi proventi sono riscossi dalla U.S.L. sulla base dell'apposito tariffario e utilizzati secondo quanto previsto per le strutture ospedaliere e per gli ambulatori e laboratori delle U.S.L.

Gli eventuali compensi dovuti al personale medico e non medico universitario per lo svolgimento delle attività di cui al precedente comma in conformità a quanto previsto per il corrispondente personale del ruolo regionale, sono dalla U.S.L. trasferiti all'Università che ne curerà la corresponsione agli aventi diritto.

Art. 11

Attività per conto terzi

L'Università assicura che le prestazioni per conto terzi previste dalla legislazione universitaria e non rientranti tra quel-

le previste nel precedente articolo, svolte nell'ambito delle strutture universitarie convenzionate, debbono essere effettuate senza pregiudizio del livello qualitativo e quantitativo dell'attività assistenziale prevista e garantita dalla presente convenzione.

I relativi proventi vengono riscossi e gestiti direttamente dall'amministrazione universitaria sulla base del regolamento previsto dall'art. 66, comma secondo, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Art. 12

Personale, attrezzature e materiale

Il personale della facoltà di medicina con il quale l'Università concorre, in attuazione della presente convenzione, alla realizzazione dei fini del Servizio sanitario nazionale, è indicato in appositi elenchi nominativi predisposti dall'Università ed allegati alla convenzione attuativa.

Fatta salva l'autonomia dell'Università per quanto attiene l'organizzazione didattica e scientifica anche in ordine alla ripartizione dei compiti didattici del personale docente, gli elenchi di cui al precedente comma, sono suscettibili di automatico aggiornamento, in corso di convenzione, solo nel caso di nuove nomine di personale universitario in sostituzione di altro personale universitario già incluso negli elenchi nel rispetto e nei limiti delle vigenti norme di equiparazione e nel caso di assegnazione di nuovi posti avvenuta in base a criteri di programmazione stabiliti nei piani sanitari nazionali e regionali o nei piani di sviluppo della Università di cui all'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, e successive modificazioni.

Sono altresì suscettibili di automatica integrazione ove, in base all'art. 39, comma sesto, punto secondo, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si procederà, d'intesa tra Regione e Università sentita l'U.S.L. convenzionata, per esigenze didattiche e di ricerca alla istituzione di nuove divisioni, sezioni o servizi che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza.

Il personale messo a disposizione dall'U.S.L. è indicato in appositi allegati delle convenzioni attuative.

Tali allegati sono suscettibili di automatico aggiornamento, in corso di convenzione, in corrispondenza di modificazioni di stato giuridico del personale stesso o di nuove nomine di personale sanitario medico e non medico del ruolo regionale, in sostituzione di altro personale compreso negli elenchi, fatta salva, in ogni caso, l'attribuzione di funzioni didattiche integrative ai sensi del penultimo comma dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

L'Università mette a disposizione per fini didattici, di ricerca ed assistenziali le attrezzature ed i materiali di cui all'apposito allegato della convenzione attuativa.

L'U.S.L. mette a disposizione per fini didattici, di ricerca ed assistenziali le attrezzature ed i materiali di cui all'apposito allegato della convenzione attuativa.

Art. 13

Trattamento economico del personale universitario che presta servizio presso le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati

Il trattamento economico del personale universitario medico e non medico, addetto all'assistenza, indicato negli elenchi di cui al primo comma del precedente art. 12, è regolato dall'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, dall'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382 e dal decreto-legge 28 maggio 1981, n. 255, convertito, con modificazioni, nella legge 24 luglio 1981, n. 391.

La Regione s'impegna, in sede di riparto tra le U.S.L. della quota di fondo sanitario nazionale ad essa assegnata, di attribuire alle U.S.L. convenzionate con l'Università le somme che devono essere impiegate per il finanziamento delle strutture convenzionate secondo quanto stabilito dalla presente convenzione. La Regione s'impegna, inoltre a corrispondere, mensilmente, le somme che, tramite l'Università, debbono essere assegnate:

al personale universitario medico e non medico operante nelle strutture convenzionate, ai sensi delle disposizioni richiamate nel precedente primo comma; al personale universitario medico e non medico per il lavoro straordinario derivante da esigenze del servizio assistenziale, nonché per le altre spettanze previste per il personale corrispondente delle U.S.L.;

Tali somme sono suscettibili di aggiornamento automatico in corrispondenza delle variazioni riguardanti le singole voci che costituiscono il trattamento economico del personale del ruolo regionale di pari mansioni, funzioni ed anzianità quali risultano dall'accordo nazionale unico ex art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché in corrispondenza delle modifiche delle tabelle allegate ai sensi del precedente art. 11.

Art. 14

Direzione sanitaria

La responsabilità sanitaria delle strutture e delle unità operative convenzionate, per quanto attiene ai profili igienico-organizzativi, compete al direttore o dirigente sanitario della U.S.L. competente per territorio, ai sensi del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 e della legislazione regionale che disciplina l'ordinamento delle U.S.L.

Verranno stabiliti accordi tra le parti per la partecipazione del personale universitario agli organismi di consulenza tecnica previsti dalla legge regionale sull'organizzazione delle U.S.L. in armonia con l'art. 15, comma nono, punto 1), della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Nell'ambito di tali organismi potranno svilupparsi intese per la adozione di protocolli finalizzati al miglioramento della assistenza ed alla utilizzazione razionale delle risorse.

Il responsabile sanitario di cui al precedente primo comma per l'espletamento dei propri compiti, potrà avvalersi di tutte le competenze presenti nell'Università secondo modalità da definirsi nelle

convenzioni attuative.

Art. 15

Gestione

La gestione dell'assistenza nelle strutture proprie della Facoltà di medicina è affidata all'U.S.L. competente per territorio.

Le leggi regionali di cui all'art. 18, comma secondo, lettera d), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, valutano le peculiari esigenze gestionali delle strutture multizonali convenzionate a prevalente direzione universitaria.

La gestione dell'assistenza nelle strutture cui agli allegati B e C della presente convenzione resta affidata alle U.S.L. cui le strutture stesse appartengono.

I rapporti tra Università e le U.S.L. interessate secondo le utilizzazioni delle strutture previsti negli allegati A, B e C, sono regolati nelle convenzioni attuative da stipularsi entro e non oltre due mesi dalla stipula della presente convenzione in conformità a quanto in questa previsto ed in relazione alle materie indicate dall'art. 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Art. 16

Ripartizione spese arredamento, funzionamento, indennità varie

La Regione e l'Università convengono che l'amministrazione della U.S.L. assume in proprio tutti gli oneri assistenziali comprese le spese di funzionamento e di manutenzione relative alle strutture proprie dell'Università gestite dalla U.S.L. in regime di convenzione, a coprire le spese:

a) di arredamento, di manutenzione e di quanto altro occorre per l'assistenza; mobili e suppellettili nelle sale di infermeria, nelle corsie, nelle camere di degenza, nonché gli ambulatori ed i laboratori;

b) di fornitura e manutenzione dello strumentario, del materiale d'uso e delle apparecchiature per i compiti assistenziali;

c) di arredamento e manutenzione di quanto occorre nei locali destinati al personale sanitario universitario ed ai sanitari stessi per l'esercizio dell'attività assistenziale;

d) di ammodernamento e rinnovo delle apparecchiature tecnico-scientifiche messe a disposizione dall'Università per esclusivi scopi assistenziali.

Le apparecchiature che si rendono utili per la didattica e la ricerca, oltre che per l'attività assistenziale, sono fornite a spese di entrambe le amministrazioni.

La spesa necessaria sia per l'acquisto che per la manutenzione e l'impiego di queste apparecchiature sarà ripartita proporzionalmente alla qualità e quantità dell'impiego.

Le apparecchiature utilizzate dall'Università a fini assistenziali e acquistate dalla U.S.L. restano di proprietà dell'U.S.L. medesima.

Per i locali universitari adibiti a compiti assistenziali l'amministrazione dell'U.S.L. corrisponderà a quella universitaria una indennità periodica pari ad una quota percentuale in relazione ai locali stessi per interessi relativi all'ammortamento di mutui eventualmente

contratti per la costruzione dell'immobile.

Per i locali delle strutture e del presidi delle U.S.L., assegnati in regime di convenzione all'Università per esclusivi scopi di didattica e di ricerca, l'amministrazione universitaria corrisponderà a quella della U.S.L. interessata una indennità periodica pari ad una quota percentuale in relazione ai locali stessi per interessi relativi all'ammortamento del mutui eventualmente contratti per finanziare la costruzione dell'immobile. La corresponsione della quota per interessi relativi all'ammortamento di cui ai precedenti comma sesto e settimo del presente articolo non comprende gli interessi di mora e non pregiudica in alcun modo i diritti di proprietà di ciascuno dei due enti sui rispettivi immobili.

Art. 17

Ripartizione spese di manutenzione

La Regione e l'Università convengono che:

la spesa per la manutenzione ordinaria delle strutture proprie dell'Università data in gestione alla U.S.L. in quanto adibite a compiti assistenziali è a carico della U.S.L. medesima. Tra gli interventi di manutenzione ordinaria è da includersi anche il servizio di pulizia; la spesa per la manutenzione straordinaria delle stesse strutture è a carico dell'Università;

la spesa per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture proprie dell'U.S.L. usate dal personale universitario e da quello dipendente dall'U.S.L. è a carico dell'U.S.L.;

la spesa per la manutenzione dei locali utilizzati per funzioni comuni è ripartita tra le amministrazioni contraenti in quote proporzionali tenuto conto dello specifico impiego di ciascun locale e le relative quote indicate nell'apposito allegato della convenzione attuativa e sono ripartite secondo il sistema millesimale;

gli allacciamenti relativi ad opere edilizie universitarie in quanto necessari per lo svolgimento dell'assistenza (gas medicali, energia elettrica, impianti termici, acqua, gas, telefono) sono a carico dell'U.S.L. sulla base delle esigenze che verranno comunicate di volta in volta dall'amministrazione universitaria e le relative spese di somministrazione saranno ripartite fra U.S.L. e Università proporzionalmente alla qualità e quantità dell'impiego;

i lavori di piccola edilizia (ristrutturazioni interne parziali che non comportino incrementi volumetrici) saranno a carico dell'U.S.L. qualora trattisi di miglioramenti per finalità assistenziali e dell'amministrazione universitaria se interessino settori di esclusivo indirizzo didattico e di ricerca.

Le amministrazioni universitarie e delle U.S.L., al fine di ottenere lo snellimento delle procedure e la uniformità degli interventi per la utilizzazione e per la manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché per gli interventi previsti nel precedente art. 16, si avvarranno di apposite commissioni tecniche consultive paritetiche da nominarsi di comune accordo dalle due amministrazioni.

Art. 18
Norma finale

La durata della presente convenzione è di tre anni ed è prorogata per uguale durata se non intervienga disdetta da una delle parti sei mesi prima della scadenza.

Ogni successiva modificazione della presente convenzione in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle regioni, va attuata d'intesa tra Regione e Università sentite le U.S.L. interessate.

In caso di mancato accordo tra le parti in ordine alla stipula della convenzione, nonché della mancata intesa di cui al precedente comma, ogni decisione è demandata ai Ministri della pubblica istruzione e della sanità, o, a richiesta di essi, al Comitato interministeriale per la programmazione economica, sentiti, in ogni caso, il Consiglio sanitario nazionale ed il Consiglio universitario nazionale.

La presente convenzione fa parte integrante del piano sanitario regionale, ai sensi del terzo comma dell'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Visto, il Ministro della pubblica istruzione
BODRATO

Visto, il Ministro della sanità
ALTISSIMO

ALLEGATI

Allegato A

Prevede l'Elenco delle strutture proprie della facoltà di Medicina, recante le due seguenti indicazioni: **Denominazione e Ubicazione**

Allegato B

Prevede l'Elenco Unità operative a direzione universitaria in struttura delle U.S.L. contraddistinte dalla loro: **Denominazione, USL di appartenenza, Ubicazione, nonché all'indicazione Se a carattere multinazionale**

Allegato C

Prevede l'Elenco delle strutture e delle unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere delle USL a direzione non universitaria utilizzate a fini didattici integrativi della facoltà di medicina.

L'elenco deve essere redatto in base a tali indicazioni: **Denominazione, USL di appartenenza, Ubicazione, Numero del personale laureato da utilizzare per la didattica integrativa**

Allegato D

Tale allegato prevede la: **Corrispondenza del personale universitario che presta servizio presso le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura convenzionati al personale delle U.S.L. di pari funzioni e mansioni (*)**.

(*) La corrispondenza ha riguardo al trattamento economico previsto dall'Accordo nazionale unico di lavoro per il personale ospedaliero 24 giugno 1980 in attesa del rinnovo del predetto contratto.

Ai fini della prima applicazione della presente tabella i professori incaricati conservano i diritti e le facoltà loro riservate dalle norme in vigore, nonché le funzioni eventualmente svolte ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129 ed il relativo trattamento economico nei limiti previsti dall'art. 52, comma dodicesimo, del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

Schema-tipo di convenzione attuativa tra l'università degli studi di e l'unità sanitaria locale

L'Università degli studi di e l'Unità sanitaria locale rappresentate rispettivamente da giusta delibera del in data n.

Vista la convenzione stipulata in data fra la Regione e la stessa Università;

Considerato che in detta convenzione: all'allegato A sono indicate le strutture proprie della facoltà di medicina con le quali l'Università concorre alla realizzazione dei fini del servizio sanitario nazionale;

all'allegato B sono indicate le unità operative a direzione universitaria in strutture proprie delle U.S.L.;

all'allegato C sono indicate le strutture ed unità operative ospedaliere delle U.S.L. a direzione non universitaria che sono utilizzate dalla facoltà di medicina, in quanto riconosciute idonee a fini didattici e di ricerca;

Visto lo schema tipo di convenzione attualmente approvato con decreto interministeriale

Nel reciproco interesse, per la gestione dell'assistenza sanitaria connessa ai fini Istituzionali della ricerca e della didattica medica universitaria, stabiliscono quanto appresso:

Art. 1

Le strutture proprie dell'Università ed il personale universitario che concorrono alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono quelli specificamente e nominativamente predisposti dall'Università ed indicati negli allegati A e B della presente convenzione.

L'allegato B è suscettibile di automatico aggiornamento in corso di convenzione, ai sensi del secondo comma dell'art. 12 della convenzione Regione-Università, stipulata in data nonché ai sensi del terzo comma dello stesso art. 12.

Art. 2

Le strutture della U.S.L. a direzione universitaria ed il personale sanitario della U.S.L. in servizio presso le stesse, nonché il personale sanitario non medico che la U.S.L., in attuazione dell'impegno stabilito nell'art. 9 della convenzione Regione-Università stipulata in data..... mette a disposizione per le esigenze assistenziali nelle strutture proprie della facoltà di medicina, sono quelli specifici

camente e nominativamente indicati negli allegati C, D, E, della presente convenzione.

Gli allegati D, E sono suscettibili di automatico aggiornamento, in corso di convenzione, ai sensi del quinto comma dell'art. 12 della convenzione Regione-Università stipulata in data.....

Art. 3

Le strutture e le unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere della U.S.L. a direzione non universitaria utilizzate a fini della didattica integrativa di quella universitaria, tenuto conto in modo particolare delle esigenze delle scuole di specializzazione, sono quelle specificamente indicate nell'allegato F della presente convenzione.

Al personale laureato della U.S.L. che presta servizio nelle strutture convenzionate sono affidate funzioni didattiche integrative di quelle universitarie entro il limite numerico alle condizioni e con la modalità indicate nell'art. 6 della convenzione Regione-Università in data.....

Art. 4

In attuazione delle intese raggiunte con la convenzione Regione-Università stipulata in data la U.S.L. mette a disposizione le seguenti strutture per consentire l'esercizio della attività libero-professionale ai medici universitari che hanno optato per il tempo pieno.

Per l'esercizio di detta attività libero-professionale, la U.S.L. s'impegna ad applicare ai medici universitari la stessa regolamentazione prevista per il personale medico del ruolo regionale.

Art. 5

L'Università mette a disposizione per l'attività assistenziale connessa a fini didattici e di ricerca le attrezzature ed i materiali di cui all'allegato G della presente convenzione.

La U.S.L. mette a disposizione per i fini didattici, di ricerca ed assistenziali le attrezzature ed il materiale di cui all'allegato H della presente convenzione.

Art. 6

La U.S.L. si impegna a versare mensilmente all'Università la somma necessaria per la corresponsione al personale universitario, avente titolo in base agli elenchi allegati, gli emolumenti previsti dall'art. 13 della convenzione Regione-Università stipulata in data.....

I relativi importi sono aggiornati in relazione a quanto previsto dalla sopraindicata convenzione Regione-Università.

Art. 7

La direzione sanitaria delle strutture previste nella presente convenzione compete al direttore o dirigente sanitario della U.S.L. competente per territorio.

La gestione dell'attività assistenziale svolta nelle stesse strutture è assunta dalla U.S.L. che si assume in proprio tutti gli oneri assistenziali comprese le spese di funzionamento e di manutenzione relative alle strutture medesime,

in conformità a quanto previsto dall'art. 16 della convenzione Regione-Università stipulata in data

La direzione sanitaria nell'espletamento delle proprie funzioni ed ai fini del loro potenziamento, si avvale dei seguenti organismi universitari:

Elencazione esemplificativa

- 1) Servizi di igiene
- 2) Fisica sanitaria
- 3) Medicina legale

Art. 8

L'Università e la U.S.L. s'impegnano ad osservare quanto previsto dall'art. 17 della convenzione Regione-Università stipulata in data..... per quanto concerne la manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali, i lavori di media e grande edilizia, i lavori di piccola edilizia.

Art. 9

L'Università e la U.S.L., in attuazione di quanto previsto dall'art. 17, ultimo comma, della convenzione Regione-Università, stipulata in data....., costituiscono una commissione tecnica così composta:

..... ;
..... ;
..... ;
..... ;

Tale commissione, in relazione agli argomenti da trattare, può essere integrata da un numero pari di esperti per ciascuna delle parti contraenti.

Art. 10

La presente convenzione entra in vigore il ed ha la durata di anni tre. Essa sarà rinnovata tacitamente, salvo che l'Università o l'U.S.L. non diano disdetta, in tutto o in parte, almeno tre mesi prima della scadenza, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno.

Visto, il Ministro della pubblica istruzione
BODRATO

Visto, il Ministro della sanità
ALTISSIMO

ALLEGATI

Allegato A

Prevede l'elenco delle strutture proprie della facoltà di medicina dell'Università, contraddistinte secondo la loro Denominazione (Istituto universitario di ricovero e cura, clinica, ambulatorio, servizio etc.)

Allegato B

Prevede l'Elenco nominativo del personale universitario, suddiviso secondo le due principali categorie:

- 1) **Personale che presta servizio nelle strutture assistenziali proprie dell'università;**
- 2) **Personale che presta servizio nelle strutture della USL convenzionate.**

Per ognuna di esse si prevede la ripartizione in:

a) **Professori ordinari, straordinari ed associati;**

b) **Ricercatori ed assistenti;**

c) **Personale non docente**

Per ogni nominativo, poi, sono previste le seguenti indicazioni:

a) **Cognome e nome;**

b) **Istituto o clinica o laboratorio di appartenenza;**

c) **Qualifica;**

d) **Equiparazione ruolo regionale.**

Allegato C

Prevede l'Elenco delle strutture della USL a direzione universitaria, contraddistinte secondo la loro Denominazione (Istituto, Clinica, ambulatorio, laboratorio, servizio, etc.) ed Ubicazione.

Allegato D

Prevede l'Elenco nominativo del personale sanitario della USL in servizio presso la struttura della USL a direzione universitaria, secondo la bipartizione:

1) **Personale sanitario medico**

2) **Personale sanitario non medico**

Per ogni nominativo sono previste le seguenti indicazioni:

a) **Cognome e nome;** b) **Istituto clinica o ambulatorio o laboratorio di appartenenza;** c) **Qualifica.**

Allegato E

Prevede l'Elenco del personale sanitario non medico messo dalla USL a disposizione delle strutture di cui all'allegato A) ai sensi dell'art. 9 della convenzione Regione-Università.

Per ogni nominativo si prevede l'indicazione del 1) **Cognome e nome;** 2) **Istituto o clinica o ambulatorio o laboratorio di assegnazione;** c) **Qualifica.**

Allegato F

Prevede l'Elenco delle strutture della USL a direzione non universitaria con compiti didattici integrativi di quelli universitari, contraddistinte in base alla loro Denominazione ed Ubicazione, corredate dall'indicazione del Numero del personale laureato da utilizzare ai fini della didattica integrativa.

Allegato G

Prevede l'Elenco delle attrezzature e materiali messi dall'università a disposizione dell'assistenza.

Allegato H

Prevede l'Elenco delle Attrezzature e materiali messi dalla U.S.L. a disposizione per fini didattici, di ricerca ed assistenziali.

Allegato I

Prevede l'Elenco dei locali comuni e di raccordo fra cui sono ripartite, secondo il sistema millesimale, le spese di manutenzione di cui all'art. 17 della Convenzione Regione-Università. Accanto all'indicazione di ogni locale va indicato il numero dei millesimi.

Documento sulla riforma degli studi medici approvato dalla Conferenza Permanente dei Presidi della facoltà di Medicina e Chirurgia

riunitasi a S. Miniato al Tedesco nei giorni 7-8 ottobre 1982.

La Conferenza permanente dei Presidi delle facoltà di Medicina e Chirurgia riunitasi in San Miniato nei giorni 7 ed 8 ottobre 1982, ha preso in esame i disegni di legge n. 704, 835, 1086, 1322 e 1951 depositati nel corso della presente VIII legislatura al Senato della Repubblica e concernenti nuovi ordinamenti degli studi e delle facoltà di Medicina. La Conferenza era stata invitata dal Presidente della Commissione Istruzione del Senato, Sen. Carlo Buzzi, a fornire valutazioni utili al lavoro della Sottocommissione investita dall'esame dei citati disegni di legge.

La Conferenza tiene anzitutto a ribadire che compito precipuo dell'istituzione universitaria, e pertanto anche della facoltà di Medicina e Chirurgia, è la formazione e la trasmissione critica della cultura, che nelle facoltà tecnico-scientifiche ha anche, ma non esclusivamente, finalità di formazione professionale. La Conferenza ribadisce pertanto la più ferma opposizione a qualsiasi ipotesi legislativa che in maniera diretta o indiretta, possa condurre ad una dissociazione delle facoltà di medicina italiana dalla istituzione universitaria. Tale dissociazione, solo apparentemente motivata da una più stretta integrazione con gli aspetti professionali ed assistenziali del sistema sanitario, condurrebbe ad un inevitabile scadimento della cultura e della ricerca scientifica in Medicina, con ovvie ripercussioni sulla qualità dell'insegnamento e quindi anche sulla preparazione culturale e professionale del medico. Le facoltà di Medicina Italiane sarebbero relegate a «Scuole» con prevalente finalità di formazione professionale, e il nostro paese uscirebbe rapidamente dalla geografia del sapere medico internazionale. La Conferenza dei Presidi riafferma anche per le facoltà mediche l'inscindibilità dell'insegnamento universitario (trasmissione critica di conoscenze), della cultura superiore e della ricerca scientifica (acquisizione di nuove conoscenze).

Il collegamento con le altre facoltà universitarie è premessa e garanzia dello sviluppo interdisciplinare delle conoscenze soprattutto nell'attuale momento storico e culturale nel quale l'integrazione uomo-ambiente e la stessa epidemiologia della malattia richiedono i più stretti mutui rapporti della Medicina

con le altre facoltà e con l'insieme (universitas) del sapere scientifico.

La Conferenza, d'altronde, riconosce la necessità di una più stretta e proficua interazione tra Facoltà mediche e Servizio Sanitario Nazionale, senza sovrapposizione e confusione dei reciproci ruoli e finalità istituzionali. Tale interazione è soprattutto necessaria per una corretta e funzionale organizzazione delle attività professionali e professionalizzanti che rappresentano un aspetto significativo dei compiti propri della facoltà di Medicina. Questa interazione, a giudizio della Conferenza Permanente dei Presidi, può avvenire soprattutto in tre differenti momenti:

- scuole di specializzazione e scuole dirette a fini speciali;
- scuole per la formazione di dirigenti di scuole e servizi infermieristici ed insegnanti di materie infermieristiche;
- formazione ed educazione permanente del medico.

La Conferenza dei Presidi è d'avviso che la legge sul riordinamento della docenza universitaria ed il conseguente DPR 382/1980, nonché il recente DPR 162/1982, forniscano idonei strumenti legislativi per la sperimentazione didattica, per il riordino delle scuole professionali sanitarie e quindi per la più ampia interazione con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La Conferenza dei Presidi ritiene anche che uno dei momenti più importanti della collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Facoltà Mediche sia quello della programmazione sanitaria a livello nazionale che regionale. Tale programmazione dovrà interessare i molteplici aspetti della sanità pubblica, dal numero degli studenti e dei laureati a quello degli specialisti e degli operatori sanitari e parasanitari, dalla razionalizzazione dei presidi sanitari e dei servizi sul territorio alle strutture organizzative assistenziali ed a quelle di alta specializzazione.

Poiché compiti istituzionali della facoltà di Medicina sono insegnamento e ricerca, per le strutture assistenziali indispensabili all'espletamento di tali compiti deve essere previsto un adeguato livello di autonomia funzionale e di flessibilità operativa, anche quando tali strutture siano integrate nel Servizio Sanitario Nazionale. A tale riguardo, la Conferenza dei Presidi fa notare che nei Paesi europei a più elevato livello di organizzazione socio-sanitaria è manifesta un'evidente tendenza alla istituzione di policlinici universitari specializzati alle funzioni didattiche e di ricerca. Pertanto ipotesi di coartazione o riduzione funzionale dei Policlinici a gestione diretta in Italia, risulterebbero anacronistiche ed anticulturali.

Sarebbe anzi auspicabile che fossero istituite nuove strutture universitarie assistenziali sia pure di dimensioni limitate, ma altamente specializzate per l'insegnamento e la ricerca, utilizzando soprattutto strutture non necessariamente legate al posto-letto ma servizi e presidi a carattere ambulatoriale ed a ciclo diurno.

Sulla linea di queste premesse la Conferenza dei Presidi delle facoltà di Medicina, entrando nel merito dei problemi più

urgenti e qualificanti affrontati nei vari disegni di legge per la riforma delle facoltà Mediche, ritiene di dover esprimere le seguenti osservazioni e proposte.

1) Programmazione dell'accesso ai corsi di laurea

a) I posti disponibili per i corsi di laurea («numero programmato») dovranno essere opportunamente calcolati su base nazionale e suddivisi per singole facoltà. Tali posti dovranno essere fissati ogni triennio dal Ministero della Pubblica Istruzione, sentito il Ministero della Sanità ed i rappresentanti delle facoltà Mediche, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, delle esigenze della ricerca biomedica e delle concrete possibilità di efficiente funzionamento delle strutture universitarie.

b) La suddivisione per singole facoltà dei posti disponibili dovrà essere a sua volta attuata in base alla consistenza delle strutture didattico-scientifiche a disposizione di ciascuna facoltà.

Al fine di realizzare, per quanto possibile, un riequilibrio della disomogeneità attualmente esistente tra molte facoltà in quanto a dimensioni e collocazione territoriale, si ritiene necessario inoltre: i) che il Ministero della Pubblica Istruzione, di concerto con i rappresentanti delle facoltà mediche, stabilisca dei criteri di massima idonei ad individuare il rapporto ottimale strutture/studenti; ii) che conseguentemente sia elaborato un piano organico per colmare gli attuali squilibri esistenti nel rapporto docenti/studenti.

c) Le norme per l'ammissione ai corsi di laurea si ritiene possano essere fondate sui seguenti principi e sulle seguenti procedure: i) i candidati dovranno provenire dal canale formativo biologico-sanitario previsto dalla riforma della Scuola secondaria superiore, il cui iter parlamentare è in fase avanzata; ii) l'ammissione degli studenti dovrà avvenire al primo anno di corso ed a tal fine i candidati dovranno essere sottoposti ad un esame scritto, su base nazionale, consistente nella risposta a numerosi quesiti a scelta multipla — selezionati casualmente da un elaboratore fra un elevato numero di quesiti — concernenti problemi di chimica, fisica, biologia, matematica e cultura generale.

Il punteggio complessivo sarà determinato assegnato il 70% dei punti ai risultati dell'esame ed il 30% al curriculum degli studi precedenti.

Nella base transitoria corrispondente ai tempi di attuazione del canale formativo biologico-sanitario si ritiene ugualmente possibile, tenuto conto dell'assoluta urgenza del problema, realizzare il suddetto esame sulla base delle nozioni attualmente impartite nella scuola secondaria superiore, ed in analogia con quanto già avviene per l'ammissione al corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria. Il programma d'esame dovrà essere tempestivamente reso noto. Sulla base della graduatoria, gli studenti approvati potranno chiedere l'iscrizione ai corsi di laurea sino ad esaurimento dei posti previsti secondo le modalità previste per la distribuzione dei posti

disponibili nelle singole facoltà.

Qualora uno studente, ultimamente collocato nella graduatoria di merito, non possa essere ammesso nella sede universitaria presso la quale ha sostenuto l'esame, potrà chiedere l'iscrizione presso il medesimo corso di laurea di diversa sede in cui vi siano posti residui.

d) L'ipotesi formulata in taluni disegni di legge, relativa alla istituzione di un anno di insegnamento propedeutico all'accesso ai corsi di laurea non è ritenuta valida ed attuabile per i seguenti motivi: i) gli attuali sei anni di corso di laurea in Medicina e cinque in Odontoiatria (da ritenersi non riducibili) già creano enormi difficoltà didattiche, data l'attuale ampiezza della materia medica preclinica e clinica e la contemporanea necessità di realizzare adeguate esperienze pratiche sul malato; ii) d'altro canto i contenuti ed il livello culturale del proposto anno propedeutico saranno inadeguati ed insufficienti rispetto alla completezza delle conoscenze di base che oggi sono indispensabili al medico ed all'odontoiatra e che debbono per tale motivo essere impartite a pieno titolo, e con connotati specifici, nel primo anno dei corsi di laurea; iii) essendo ormai avanzato l'iter parlamentare della riforma della Scuola secondaria superiore — che comprende un indirizzo biologico sanitario — non appare prudente e conveniente introdurre in via meramente provvisoria lo scorporo di un anno propedeutico dal corso di laurea, riducendo così a cinque anni il corso di laurea in Medicina ed a quattro quello di Odontoiatria e protesi dentaria. Con l'introduzione dell'indirizzo biologico-sanitario e della congruenza con i corsi universitari, alla facoltà medica sarà assicurata la standardizzazione del livello culturale di accesso, mentre l'effettiva ammissione, in proporzione ai posti disponibili, avverrà sulla base di prove di ingresso correlate ai contenuti dell'indirizzo biologico-sanitario. A sua volta il curriculum dei due corsi di laurea, una volta standardizzate le conoscenze e le capacità specifiche di accesso, potrà essere ulteriormente ristrutturato finalizzando gli insegnamenti alla formazione del medico e dell'odontoiatra sin dal primo anno.

2) Riforma del curriculum degli studi

La Conferenza dei Presidi delle facoltà di Medicina e Chirurgia ritiene che la legge di riforma debba prevedere soltanto le linee generali sui contenuti didattici necessari alla formazione del medico in conformità alle direttive della Comunità Europea. La legge dovrà delegare il Ministero della P.I., che si avvarrà del parere del CUN, alla revisione del curriculum degli studi, lasciando alle singole facoltà ampia autonomia nell'ambito di un quadro generale rispetto delle norme CEE. La Conferenza dei Presidi ritiene, infatti, che la dinamica del progresso delle Scienze biomediche non permetta una rigida preordinazione stabilita per legge del curriculum degli studi. Per suo conto, peraltro, la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia ha elaborato un'organi-

ca proposta di modifica dell'attuale tabella XVIII annessa al R.D. 30.9.1983 n. 1652, rispettosa di tali principi ed i cui dettagli non possono per ovvi motivi trovar posto nel presente documento.

3) Scuole di specializzazione e dirette a fini speciali

Il recente DPR n. 162 del 10.3.1982 ha risolto in modo soddisfacente il problema della ristrutturazione delle Scuole di Specializzazione e delle Scuole dirette a fini speciali; i disegni di legge n. 835, n. 1086, n. 704 e n. 1322 dovrebbero pertanto essere rivisti alla luce del soprari-chiamato DPR 162. Al contrario il disegno di legge n. 1951 negli artt. 4, 7, 8, 9 sembra coerente con il DPR suddetto ed idoneo a risolvere le esigenze delle Scuole di Specializzazione e delle Scuole dirette a fini speciali.

4) Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale

Per la realizzazione dei compiti istituzionali quali sopra sono stati delineati, i rapporti fra Facoltà Mediche e Servizio Sanitario Nazionale sono regolati e dovranno continuare ad esserlo:

— nel quadro della programmazione nazionale dei rispettivi settori (piano universitario - art. 2 del DPR 382/80 e piano sanitario nazionale - art. 53 legge 733/1978);

— con lo strumento della Convenzione, come previsto dall'art. 39 della Legge 833/1978, anche per quanto attiene ai policlinici universitari ed ai policlinici a gestione diretta universitaria. L'approvazione dello schema tipo di tale convenzione appare ormai improcrastinabile.

Utilizzo del personale e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale per compiti didattici

La Conferenza ribadisce che il contratto deve essere attribuito sulla base degli artt. 25 del DPR 382/80 e 4 del DPR 162/82. Per quanto riguarda le strutture del Servizio Sanitario Nazionale da utilizzare per le esigenze proprie delle facoltà, esse saranno definite, per quanto concerne i requisiti di idoneità, dal decreto interministeriale previsto dall'art. 39 della L. 833/1978; per quanto riguarda la loro effettiva utilizzazione, dalle necessità individuate da ciascuna facoltà nel quadro della programmazione didattica (art. 7 del DPR 382/80).

Per quanto concerne programmazione e coordinamento, esistono presso i Ministeri competenti (Pubblica Istruzione e Sanità) organi per la programmazione dei rispettivi settori (C.U.N. e C.S.N.). Per aspetti e problemi particolari inerenti i rapporti è opportuno che questi due organi esprimano coordinatamente pareri al riguardo.

Per quanto riguarda programmazione e coordinamento nei settori della didattica e degli aspetti assistenziali con quest'ultima connessi è operante, come espressione delle facoltà di Medicina, la Conferenza Permanente dei Presidi.

Per quanto riguarda l'organico globale (universitario ed ospedaliero) delle uni-

tà a direzione universitaria convenzionate o a gestione diretta, esso deve essere superiore a quello previsto per le corrispondenti unità a direzione ospedaliera che svolgono solo attività assistenziale, sia per il personale medico che per il personale non medico.

La Conferenza dei Presidi ritiene che non sia possibile di regola sopperire ad eventuali carenze dell'organico universitario con personale medico non universitario, poiché in tal caso verrebbe alterata l'unità funzionale per didattica, ricerca ed assistenza.

La formazione permanente, requisito indispensabile di una professionalità adeguata, deve rappresentare la continuazione della formazione ricevuta nel periodo universitario e post-laurea, caratterizzata da un apprendimento critico. Deve pertanto vedere coinvolte le facoltà mediche insieme con il Servizio Sanitario Nazionale e gli Ordini Professionali.

Dipartimenti

Per quanto riguarda l'organizzazione dipartimentale, la Conferenza ritiene che si debba fare esclusivo riferimento alle norme della legge 28/1980 art. 10 e del DPR 382/80 (art. 81 e seguenti), fatta salva la possibilità di istituire fra Regioni, Università ed U.S.S.L.L., forme di collaborazione per finalità complessive assistenziali, di ricerca e di didattica, da disciplinarsi a norma di convenzione.

Tirocinio post-laurea

La Conferenza dei Presidi ritiene indispensabile che, in accordo con la normativa CEE, l'abilitazione all'esercizio professionale non possa essere rilasciata prima di un serio esame da sostenersi non prima di un anno dalla data dell'esame di laurea. Tale anno dovrà essere utilizzato dal neolaureato per l'acquisizione delle indispensabili conoscenze tecniche e pratiche per l'esercizio della professione medica, dovrà avvenire in tutte le strutture universitarie e in strutture del Servizio Sanitario Nazionale scelte «ad hoc» e dovrà essere retribuito.



a cura di Guldo Romano e Ida Mercuri

Professori universitari

Nomina ad ordinario

Consiglio di Stato Sez. VI - n. 613 del 30.11.1982.

Meritevole di attenzione è la decisione richiamata, in quanto chiarisce che ai fini del computo del triennio utile al conseguimento dell'ordinariato non debbesi far riferimento alla decorrenza giuridica della nomina a straordinario, bensì alla data di assunzione dell'effettivo servizio, come dispone l'art. 78 del T.U. n. 1592/1933.

A tale assunto è pervenuto il Consiglio di Stato in sede di annullamento della sentenza del TAR Liguria n. 31/1974.

Riconoscimento servizi pregressi

Consiglio di Stato, Sez. VI, n. 518 del 26.11.1982

Il Consiglio è ancora una volta intervenuto, in sede d'appello, nella annosa questione del riconoscimento dei servizi pregressi, così come computati dall'art. 17 della legge 18 marzo 1980, n. 311, per affermare che il servizio prestato in qualità di assistente al coeff. 580 deve essere considerato come corrispondente dell'ex grado 6 e non all'ex grado 5, essendo a quest'ultimo rapportato il coeff. 670.

Tale decisione viene richiamata poiché costituisce ulteriore

conferma di un orientamento che va assumendo caratteri di giurisprudenza pacifica, comune anche ad altre magistrature come la Corte dei Conti.

Nomina in ruolo

Corte dei Conti - Sez. controllo Stato, n. 1195 del 29.10.1981

La pronuncia in questione è meritevole di attenta considerazione in quanto fornisce, per gli aspetti che immediatamente interessano, una interpretazione ulteriormente estensiva dell'art. 109 del DPR n. 382 del 1980.

La Corte invero, fatta salva la tesi secondo cui le nomine ex art. 109 possono essere disposte su tutti quei posti comunque resisi vacanti fino al momento dell'approvazione delle singole procedure concorsuali, ha ritenuto di poter ulteriormente affermare la sussistenza di un legittimo potere di chiamata da parte della facoltà e, per conseguenza, di nomina del docente, anche su posto resosi disponibile contestualmente all'anzidetta chiamata.

TAR Lazio, Sez. I, n. 952 del 10.11.1982

Questa pronuncia del giudice di 1° grado va segnalata in quanto, pur essendo stata resa in tema di inquadramento di professori straordinari, ha comunque una portata generale e cioè può ritenersi riferita anche agli inquadramenti dei professori associati.

Il giudice, in particolare, ha af-

fermato che il superamento del limite massimo di età, rendendo impossibile lo svolgimento dell'attività didattica, elide la giuridica possibilità di procedere alla nomina del vincitore ancorché questi fosse nei limiti d'età all'atto dell'indizione della relativa procedura concorsuale. In tale segno va dunque letta, secondo il TAR Lazio, la disposizione dell'art. 10 del DPR n. 382/1980.

Concorsi a cattedre

TAR Lazio, Sez. I, n. 1013 dell'1.12.1982

Condizione essenziale per far parte di una commissione giudicatrice di un concorso a cattedra universitaria è che, al momento delle elezioni, l'eligendo sia docente di una delle materie comprese nel raggruppamento per il quale il concorso è bandito, dovendosi considerare influente, ai fini della regolare composizione dell'organo collegiale, la circostanza del successivo trasferimento del docente eletto a disciplina facente parte di altro raggruppamento.

Trattamento economico

TAR Campania, n. 143 del 7.4.1982

Il Tribunale, nel richiamare l'orientamento giurisprudenziale prevalente, che è nel senso della prescrittibilità dell'azione diretta a far valere le pretese patrimoniali fondate su una norma ritenuta incostituzionale, ha preliminarmente ribadito che l'illegittimità costituzionale di una norma non determina un impedimento legale all'esercizio del diritto, ma pone in essere soltanto una mera difficoltà di fatto non incidente sulla decorrenza della prescrizione. Ha affermato poi, in particolare, che il diritto del ricorrente alla corresponsione degli interessi compensativi decorre dalla data della sentenza costituzionale, dalla quale soltanto assume rilevanza l'inadempimento dell'amministrazione. *Contra*, sul punto specifico *TAR Lombar-*

dia, n. 519/1982 - TAR Lazio 30.9.1981, n. 742.

Sempre in tema di prescrizione *crf. Consiglio di Stato, Sez. VI n. 221 del 16.4.1982*, che ha annullato la decisione del TAR Liguria n. 82-84, statuyente, in materia, l'applicazione della prescrizione decennale in considerazione della natura di credito contestato. Il giudice d'appello, con la sentenza richiamata, ha affermato che il credito vantato dai professori universitari esula dai casi in cui si ritiene applicabile la prescrizione ordinaria, sorgendo il diritto, per tale personale, in via immediata da disposizioni di legge rispetto alle quali l'intervento della P.A. ha solo valore esecutivo.

Tempo pieno e tempo definito

TAR Marche, ordinanza n. 570 del 4.1.1983

Le polemiche sul tempo pieno e tempo definito ed il loro regime d'incompatibilità, regolato dall'art. 11 DPR 382/80, hanno trovato un primo riscontro nell'ordinanza che si annota.

Il giudice ha sollevato la questione di costituzionalità per disparità di trattamento, a causa della possibilità prevista per i soli docenti a tempo pieno di essere titolari di cariche accademiche.

Tale discriminazione, a parere del tribunale, verrebbe ad incidere anche su altri valori costituzionali garantiti, quali l'autonomia universitaria, il diritto di tutti i cittadini ad accedere agli uffici pubblici in condizione di uguaglianza. Per altro verso, la previsione normativa non sarebbe neppure in linea con il principio di buon andamento dell'amministrazione, a causa della paralisi che ne conseguirebbe in caso di massiccia opzione per il tempo definito.

Su tale argomento v'è da attendere, per la rilevanza che ha negli assetti universitari, non solo la pronuncia della Consulta ma anche quella del legislatore in quanto è all'esame di quest'ultimo un disegno di legge che, tra l'altro, si occupa anche di taluni aspetti dell'argomento trattato.

Attività clinica

Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana, n. 73 del 3.12.1982.

La sentenza conferma la pronuncia di 1° grado del TAR Sicilia n. 83 del 5.2.1982 che aveva dichiarato l'obbligo per l'amministrazione universitaria di mettere a disposizione di un titolare della cattedra di clinica ostetrica tutte le strutture ed i servizi necessari all'esercizio dell'attività assistenziale. La libertà d'insegnamento e di ricerca, afferma il giudice, non si può esplicitare se non attraverso la direzione di una apposita clinica nella quale siamo ricoverati un certo numero di pazienti.

Nel richiamare gli artt. 5 e 6 del DPR n. 129/1969 e l'art. 36 della legge n. 132/1968, il giudice afferma il principio della stretta equiparazione, per quanto riguarda il numero dei posti di degenza, tra cliniche universitarie ed ospedali.

Tutte le cliniche universitarie sono soggette al cennato principio di equiparazione (art. 1 DPR 129/1969) in quanto sono assimilate ai corrispondenti servizi ospedalieri, anche sotto il profilo dell'organizzazione, in misura indistinta.

Consegue che le convenzioni relative all'assistenza ospedaliera sono esclusivamente preordinate a regolare i rapporti finanziari tra Università e Regioni. *Cfr. in materia, anche TAR Emilia Romagna, sent. n. 177 del 23.10.1982*, secondo il quale il professore ordinario di una facoltà medica, che non sia strutturata in una clinica convenzionata, non ha alcun diritto soggettivo alla preposizione ad una struttura assistenziale adeguata al proprio status di docente universitario. Non esiste a giudizio del Tribunale, alcuna norma che imponga una corrispondenza di livelli tra qualifica di docente universitario e struttura ospedaliera in cui debba esplicarsi la funzione assistenziale.

A sostegno di tale tesi, lo stesso giudice invoca, tra l'altro, l'art. 2 DPR 129/1969 che, nel

l'individuare la composizione del Consiglio sanitario, afferma che ne fanno parte i professori responsabili di una divisione o di un servizio speciale, escludendo, con ciò, coloro i quali pur possedendo tale qualifica non sono responsabili di una di dette unità.

Il Tribunale ha, in breve, stabilito il principio che l'attività assistenziale si esplica su di un piano strumentale rispetto a quello istituzionale del docente universitario e che la valutazione della connessione tra attività didattica ed attività assistenziale è riservata all'autorità scientifica dell'università la quale, in subiecta materia, gode di latissima discrezionalità.

Ricercatori

TAR Sicilia - n. 263 del 26.3.1982.

I problemi di interpretazione insorti circa l'applicazione delle norme che regolano l'ammissione ai giudizi d'idoneità per l'inquadramento nel nuovo ruolo dei ricercatori universitari, sono stati affrontati dal Tribunale siciliano che in proposito ha affermato che la norma dell'art. 58 D.P.R. n. 382/1980 ha inteso beneficiare anche coloro che comunque abbiano svolto nel biennio dodici mesi di effettivo servizio. Ed in vero tale servizio deve considerarsi utile indipendentemente dal fatto se tale attività sia stata svolta o meno per un periodo di sei mesi in ciascuno dei due anni accademici.

TAR Sicilia - Sez. Catania - n. 195 del 5.4.1982

L'applicazione dell'art. 58 lett. i) DPR 382/1980, che ha previsto l'inquadramento nel ruolo dei ricercatori dei medici interni previo superamento del giudizio di idoneità, ha suscitato un vasto contenzioso in relazione alla limitazione del beneficio soltanto a favore di coloro che siano stati assunti con particolare garanzie soggettive ed oggettive.

Il tribunale, con la sentenza che si richiama, ha respinto la dedotta questione di costituzionalità affermando la piena razionalità dei criteri assunti dal legislatore sulla base delle pregresse norme (D.L. 817/1979) che imponevano, ai fini della assunzione di tale tipo di personale, il preventivo e motivato accertamento delle esigenze cliniche degli istituti. Tale accertamento, a giudizio del giudice, non poteva non avvenire se non da organi a ciò abilitati dal loro livello funzionale. *Contra TAR PIEMONTE, ord. 3.11.1982, n. 922*, che ha invece ritenuto non manifestamente infondata la questione di costituzionalità con riguardo all'art. 3 Cost., rilevando la ingiustificata disparità di trattamento a favore di quei medici che solo casualmente sono stati assunti con delibera del Consiglio d'amministrazione o pubblico concorso, in assenza di una pregressa normativa organica in materia.

TAR Marche, sent. n. 123 del 10.3.1982

Anche per i concorsi a posti di ricercatore universitario è applicabile il principio generale in base al quale la competenza a deliberare sui requisiti per l'ammissione dei candidati spetta all'organo di amministrazione attiva che ha indetto il concorso (nella specie il Rettore) e non alla commissione giudicatrice, il cui compito è essenzialmente quello di valutare il merito dei candidati.

Sospensione cautelare

Consiglio di Stato, Commissione speciale, parere del 7.6.1982 n. 170

La trasformazione della sospensione cautelare obbligatoria in quella facoltativa, in caso di revoca del mandato di cattura o concessione della libertà provvisoria, non può essere disposta tempestivamente per l'impossibilità, da parte dell'ammi-

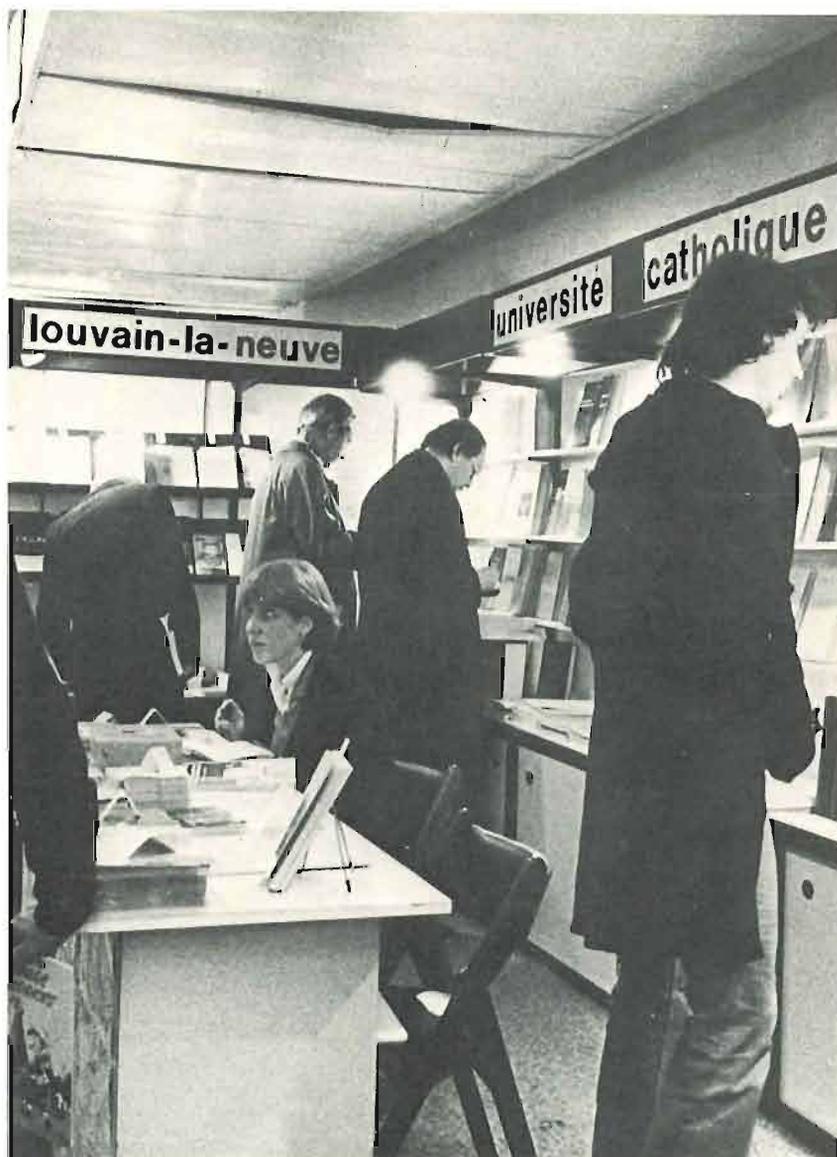
nistrazione, di venire a conoscenza, in tempi brevi, della sospensione della misura coercitiva.

È onere, quindi, dell'interessato chiedere la riammissione in servizio, per cui il provvedimento cautelare obbligatorio continua a produrre legittimamente i suoi effetti, pur essendone venuti meno i presupposti, in attesa degli ulteriori provvedimenti da parte della P.A..

Sempre in tema di sospensione cautelare ex art. 9, DPR n. 3/1957 ed, in particolare, sull'individuazione dei presupposti che ne legittimano l'adozione, *cfr. Consiglio di Stato, Sez. IV n. 640 del 13.7.1979*. La decisione, che è di grande interesse, esamina le diverse ipotesi che in

concreto possono presentarsi al fine di esattamente identificare i casi in cui possa legittimamente adottarsi la misura cautelare: contestazione di un fatto specifico costituito di reato attraverso mandato di cattura; comparizione, accompagnamento, contenenti gli elementi di cui all'art. 264 c.p.p.; ordine di presentazione al giudice di cui all'art. 502 c.p.p.; decreto di citazione in giudizio di cui agli artt. 396 - 397 c.p.p. - ordine di rinvio a giudizio.

In ragione della peculiare rilevanza, non può non rinviarsi alla lettura integrale della decisione richiamata a fini di eventuale, corretta applicazione dei principi in essa enucleati.



Spazio privilegiato, su questo numero, alla riforma degli studi medici. Ne affrontano ogni risvolto, tra suggerimenti e interrogativi, personalità del mondo accademico e sanitario italiano.

Ad esprimere la propria opinione sono di turno anche i portavoce dei partiti. Grazie a «Medicina in cifre», e alla pubblicazione sinottica dei cinque progetti di legge, il panorama è completo: lo sguardo d'insieme, con le sue diverse angolature, non potrà che provocare il lettore ad una motivata presa di visione personale.

Il seme della cooperazione, insegnamento a distanza: agli interventi di tono più specificamente internazionale si alternano notizie e commenti dall'interno. Ed ecco le pagine relative al punto sulla 382 bis. Né manca un'ulteriore documentazione attinente alla riforma della facoltà di medicina ed agli schemi-tipo di convenzione tra regione e università.

L'attenzione al concreto, a questo o quel contorno legislativo, a questo o quell'assetto accademico, non si sgancia tuttavia da una linea concettuale più profonda, di meditato ripensamento sul valore stesso dell'università. È sotto questo profilo che si rivelano originali i contributi su una sfida cruciale del decennio, la dimensione-collettività, e sul significato ultimo della didattica. Il suo trasformarsi, cioè, da trasmissione nozionistica a formazione umana.