

# CAMERA DEI DEPUTATI <sup>N. 1549</sup>

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BRUSCA, TRIVA, CHIARANTE, RAICICH, ABBIATI DOLORES, ARNONE, BERLINGUER GIOVANNI, BISIGNANI, CARLONI ANDREUCCI MARIA TERESA, CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN, CHIOVINI CECILIA, GIOVANNOLI ANGELA, MARRAFFINI, MILANI ARMELINO, MILANO DE PAOLI VANDA, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI GIANGIACOMO**

*Presentata il 16 giugno 1977*

### Nuovo ordinamento delle scuole di specializzazione medico-chirurgiche

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le scuole di specialità medico-chirurgiche in Italia sono state istituite in base all'articolo 20 del testo unico 31 luglio 1933 che afferma laconicamente: « presso le università e gli istituti superiori di insegnamento possono essere costituite:

- a) scuole dirette a fini speciali;
- b) scuole di perfezionamento;
- c) corsi di perfezionamento e di cultura annessi alle singole specialità ».

È evidente che il legislatore, ispirandosi al rispetto dell'autonomia delle singole università, ha lasciato a queste ultime il compito di disciplinarsi, ciascuna con regolamenti propri. Le scuole sono così sorte nel disordine più completo sulla base di iniziative non coordinate dei vari direttori degli istituti universitari di cui le scuole stesse venivano a far parte. Solo in epoca recente il Ministero della pubblica istruzione ha cercato di mettere un po' di ordine puramente formale stabilendo per

scuole dello stesso tipo denominazioni, durata e statuti *standards*, in accordo con le direttive emanate in materia dalla CEE.

Le anomalie di cui soffrono le nostre scuole sono molte e conosciute.

Tuttavia vale la pena ugualmente di sottolinearne qualcuna:

non è mai stato fatto un tentativo, non diciamo di programmazione, ma neppure di semplice razionalizzazione del numero delle singole scuole, del loro tipo, dei posti disponibili e dei contenuti in rapporto alle esigenze assistenziali e del territorio;

le scuole non usufruiscono di strutture proprie, esse si servono degli stessi reparti, degli stessi laboratori, degli stessi insegnanti utilizzati per il corso di laurea, già insufficienti per questo solo scopo;

le scuole non ricevono alcuna dotazione né dal bilancio universitario, né da alcuna altra fonte che non sia il modestissimo autofinanziamento;

l'allievo specializzando durante tutta la durata del corso non usufruisce di alcuna retribuzione (anzi paga), né di alcun riconoscimento giuridico. Gli anni di corso sono completamente perduti agli effetti della ricostruzione di carriera; frequentare con la necessaria assiduità costituisce oggi il privilegio di pochi. Di regola lo specializzando è costretto a cercare altrove i suoi mezzi di sostentamento, restando completamente disinserito dalla attività del reparto.

Come risultato finale, la formazione professionale dello specializzando, quale attualmente l'università è in grado di fornire, è praticamente inesistente. È evidente inoltre che l'attuale ordinamento delle scuole è gravemente in contrasto con la direttiva CEE 75/363 *Gazzetta Ufficiale* CEE 30 giugno 1975.

Questa direttiva, che dovrebbe già essere operante in Italia dal 1° gennaio 1977, recita testualmente all'articolo 2:

« Gli stati membri vigilano affinché la formazione che permette il conseguimento di un diploma, certificato o altro titolo di medico specialista risponda almeno alle seguenti condizioni:

- a) ...*omissis*...
- b) essa comprende un insegnamento teorico e pratico;
- c) essa si svolge a tempo pieno sotto controllo delle autorità o degli enti competenti;
- d) essa si svolge in un centro ospedaliero o universitario, eventualmente in un istituto di cura abilitato a tal fine;
- e) essa richiede una partecipazione personale del medico candidato alla specializzazione all'attività e alle responsabilità dei servizi di cui trattasi.

Solo per giustificati motivi (articolo 3) è ammessa, per un tempo da stabilirsi, in deroga al punto e), una attività dello specializzando a « tempo parziale ».

La direttiva CEE sancisce una situazione di fatto esistente in tutti i paesi del mondo, Italia esclusa. Essa nasce da una scelta ormai universalmente recepita: il passaggio cioè da una cultura idealistica per cui la parte applicativa non è considerata scienza, bensì quasi un aspetto deteriore del pensiero, ad una cultura pragmatica, con una problematica direttamente derivata dalla realtà, in cui si integrano il momento formativo ed il momento professionalizzante.

Come risultato di questa concezione, da cui è originato del resto l'insegnamento della medicina, la formazione del personale sanitario è considerata, in tutti i paesi, come un processo tipicamente professionalizzante. Questo processo quindi è gestito non in maniera accademica, bensì da organismi professionali ed è spesso controllato esclusivamente dalle autorità sanitarie responsabili della salute pubblica. In particolare, in quei paesi l'attuale legislazione è intesa a operare in modo che la formazione dello specialista sia innanzitutto pratica e basata sul concetto essenziale di imparare una cosa facendola.

Ovunque e da sempre le strutture assistenziali sono quindi la sede naturale del processo di formazione: lo specializzando è inserito nell'attività di tali strutture con mansioni e responsabilità del tutto sovrapponibili a quelle di un assistente a tempo pieno.

Se si vuole realmente che, nei loro contenuti qualificanti, le nostre scuole di specialità siano conformi a quelle degli altri paesi europei, è indispensabile imprimere ad esse un carattere professionalizzante. Questo obiettivo può essere realizzato solo portando l'addestramento post-laurea e le relative specializzazioni nella loro sede naturale, vale a dire nelle strutture assistenziali, ospedaliere ed extra ospedaliere. Questa proposta si riporta ad una prassi altrove universalmente consolidata, la sola capace di creare specialisti che siano tali non solo perché in possesso del diploma.

L'articolo 1 prevede la sostituzione delle attuali scuole di specialità con corsi di addestramento approvati per le singole specialità da svolgersi presso tutte le strutture sanitarie regionali, proprie o convenzionate, che rispondono a determinati requisiti, sino alla istituzione del servizio sanitario nazionale ai cui presidi si farà poi riferimento. Già ora di fatto, nella grande maggioranza dei casi la formazione specialistica post-laurea avviene nelle strutture ospedaliere. L'articolo 1 affidando al Servizio sanitario nazionale (o alle Regioni con le attuali strutture intra ed extraospedaliere proprie o convenzionate sino all'attuazione della riforma sanitaria) la formazione specialistica, sancisce legalmente questa situazione eliminando quel fenomeno singolare per cui è l'ospedale a creare lo specialista, ma è solo l'università che conferisce alla professionalizzazione così acquisita un valore legale.

L'articolo 2 affida agli organi centrali il compito di stabilire gli *standards* che de-

vono essere soddisfatti perché un corso di specializzazione possa essere approvato. Questa soluzione è la sola che possa garantire la indispensabile uniformità, tanto più necessaria considerando il problema delle scuole di specialità nel contesto della CEE. Tuttavia le istanze del territorio potranno avere ampia soddisfazione considerando il ruolo essenziale del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale universitario nella determinazione degli *standards*.

L'imposizione di determinati *standards* garantisce circa la qualità dell'addestramento, costituendo altresì un formidabile stimolo per il miglioramento tecnico e culturale della struttura sede di un corso.

È inoltre evidente che l'inserimento in una struttura sanitaria di un corso approvato di specialità, vale a dire di un corso teorico-pratico poliarticolato in varie discipline anche di base (come anatomia, anatomia patologica, microbiologia, ecc.) elimina l'isolamento culturale in cui vivono spesso molti reparti ospedalieri, assicura un costante processo di formazione e di aggiornamento del personale, fornisce nuovi stimoli alla ricerca scientifica.

Qualora una regione (articolo 3), sulla base di una programmazione regionale, non difficile a questo livello, ravvisi la necessità di creare un certo numero di specialisti d'un certo tipo, essa può procedere alla istituzione del corso specialistico nell'ambito delle strutture che rispondono ai requisiti *standard* previsti dall'articolo 2. Il parere del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale universitario (sempur non vincolante) risponde alle esigenze di una programmazione nazionale e alla verifica che i requisiti previsti dall'articolo 2 e del successivo articolo 6 siano soddisfatti. Il numero complessivo degli specializzandi è stabilito con un limite massimo pari al 25 per cento dell'organico degli assistenti di ruolo operanti nelle strutture sedi del corso e comunque non potrà essere superiore a quanto stabilito dalle norme CEE (articolo 4). L'ammissione avviene con un concorso da svolgersi secondo le modalità che regolano l'assunzione in servizio degli attuali assistenti ospedalieri (articolo 5).

Effettuata su base regionale quindi, la programmazione del numero degli specialisti necessari in un determinato settore, sarà più facilmente eseguibile e potrà es-

sere agevolmente ed elasticamente adattata ad eventuali oscillazioni della richiesta, alla disponibilità finanziaria e di strutture. Alla disponibilità viene pertanto tolto il privilegio di creare scuole di specialità al di fuori di ogni controllo e programmazione, indipendentemente dalle esigenze del territorio e dalle strutture realmente disponibili. Tuttavia le cliniche universitarie convenzionate, in primo luogo quelle che già sono sede di una scuola di specializzazione e che rispondono a necessità di programmazione e ai requisiti tecnici-strutturali indicati in questa proposta di legge, potranno continuare ad essere o divenire sede di corsi approvati; è prevedibile ed auspicabile che per l'alto livello della prestazione universitaria questi corsi vengano ad assumere un carattere trainante e di guida.

Il pratico inserimento dello specializzando nell'organico delle strutture sede di un corso approvato, comporta una piena responsabilizzazione assistenziale dell'allievo, nonché il riconoscimento giuridico ed amministrativo del servizio che lo specializzando stesso viene a prestare. In questo modo è garantito il carattere professionalizzante del corso di specialità e al tempo stesso viene eliminato l'aspetto discriminatorio e socialmente iniquo proprio dell'attuale ordinamento delle scuole di specialità mediche.

D'altra parte l'espansione della spesa che l'ampliamento di organico comporta, potrà essere sempre contenuta dal controllo esercitato dall'organo regionale.

Inoltre, l'esperienza di altri paesi ha ampiamente dimostrato che l'istituzione di un corso di addestramento in una determinata struttura comporta un marcato miglioramento del livello assistenziale e una diminuzione dei tempi di degenza.

La spesa inoltre potrà essere contenuta mediante una oculata selezione dei corsi approvati e con una gradualità degli interventi.

L'organizzazione dipartimentale delle strutture sede di corsi approvati (articolo 6) risponde ad ovvie esigenze tecniche, assicura una gestione democratica dei corsi stessi e prevede la utilizzazione, ai fini dell'addestramento, sia dei reparti ospedalieri sia di ogni altro servizio sanitario extra-ospedaliero.

Il conseguimento del diploma di specialità è subordinato al superamento di un esame nazionale (articolo 7). A questo esa-

me potranno accedere quegli specializzandi la cui preparazione professionale sarà stata considerata adeguata da parte del Consiglio della scuola. In questo modo si eviterà ad esempio che, come succede attualmente, ci si possa specializzare in chirurgia senza mai avere eseguito un intervento chirurgico. Un esame nazionale ci pare indispensabile per una verifica del grado di preparazione dello specialista. Un esame di questo tipo potrebbe senza difficoltà avere una scadenza annuale se eseguito con tecniche moderne, già ampiamente sperimentate altrove, e non con i sistemi macchinosi ed obsoleti attualmente impiegati in Italia. Come proposta alternativa una commissione nazionale potrebbe esaminare annualmente *curriculum* e titoli del candidato al diploma di specialista.

Infine, semplici norme transitorie possono permettere la immediata applicazione pratica della nostra proposta.

Per concludere, la nostra proposta tende a:

assicurare una reale preparazione professionale del medico specialista;

adeguare le nostre scuole di specializzazione a quelle degli altri paesi della CEE;

affidare al Servizio sanitario nazionale (e quindi alle regioni) uno dei compiti che istituzionalmente gli competono, vale a dire la formazione professionale dei propri tecnici;

fornire una soluzione più equa al problema del numero programmato degli specialisti e rendere immediatamente più aderente tale programmazione da un lato alle necessità del territorio, dall'altro alle disponibilità finanziarie;

assicurare agli specializzandi un riconoscimento giuridico ed amministrativo del servizio prestato durante il corso.

La nostra proposta inoltre può essere realizzata con semplicità, gradualità e contenimento della spesa. Essa infine, per quanto intesa a risolvere uno solo dei problemi del ben più vasto campo della formazione superiore e del servizio sanitario, si muove nella direzione di più generali processi di riforma, integrandosi con essi e preparandone l'attuazione.

## PROPOSTA DI LEGGE

### ART. 1.

Le specializzazioni medico-chirurgiche vengono conseguite mediante corsi di addestramento approvati per le singole specialità. I corsi si svolgono presso tutte le strutture sanitarie regionali riconosciute idonee ai sensi dei successivi articoli 2 e 6, fino alla istituzione del Servizio sanitario nazionale ai cui presidi si farà poi riferimento.

### ART. 2.

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministero della pubblica istruzione, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio nazionale universitario, stabilisce, secondo uno schema tipo nazionale, gli *standards* riguardanti denominazione e durata dei corsi, nonché programmi di addestramento, attrezzature, strutture, personale insegnante, necessari per l'approvazione di un corso di specialità.

ART. 3.

L'istituzione dei corsi per le singole specialità è affidata alle regioni, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio nazionale universitario. Perché un corso specialistico possa essere istituito devono essere soddisfatti gli *standards* di cui all'articolo 2.

Il ministro della sanità, di concerto con il ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio nazionale universitario, può dare indirizzi alle Regioni per la istituzione di nuovi corsi sulla base del fabbisogno nazionale.

ART. 4.

Il numero complessivo di specializzandi per ciascun corso può essere pari sino al 25 per cento del numero di assistenti di ruolo operanti nelle strutture sedi del corso stesso e comunque non superiore a quanto stabilito dalle norme emanate in proposito dalla Comunità economica europea.

Agli specializzandi competono le mansioni di un assistente ospedaliero di ruolo a tempo pieno di prima nomina e i 2/3 del relativo trattamento economico.

Il tempo trascorso durante il periodo previsto per ciascun corso è computato per intero ai fini dell'anzianità di servizio, della attribuzione degli aumenti periodici di stipendio (o delle classi stipendiali) e del trattamento di quiescenza e previdenza.

ART. 5.

L'ammissione al corso è regolata dalle stesse norme attualmente vigenti per l'assunzione in ruolo degli assistenti ospedalieri.

ART. 6.

Le strutture del Servizio sanitario nazionale, sede di un corso di specialità devono avere una organizzazione dipartimentale. Nell'ambito del dipartimento viene nominato il consiglio del corso. Sulla base dello schema tipo nazionale il consiglio organizza il corso di specialità, ne elegge il direttore, nomina gli inse-

gnanti, stabilisce il numero massimo di specializzandi che possono accedere al corso, valuta l'attività e la capacità professionale dello specializzando e ne stabilisce l'idoneità a partecipare all'esame nazionale di cui all'articolo 7.

ART. 7.

Il diploma di specialista è conseguito dopo il completamento del programma previsto da ciascun corso, sulla base di una documentata attività professionale e previo superamento di un esame nazionale da svolgersi annualmente. Il servizio prestato in qualità di assistente effettivo in una struttura che sia sede di un corso approvato, per un numero di anni quale previsto da ciascun corso, dà diritto a sostenere l'esame nazionale di specialità.

ART. 8.

Le attuali scuole di specialità medico-chirurgiche sono soppresse.

NORME TRANSITORIE

ART. 9.

Sino all'approvazione della legge di Riforma sanitaria, il Consiglio sanitario nazionale è sostituito dal Consiglio superiore di sanità.

Sino all'approvazione della legge di Riforma universitaria, il Consiglio nazionale universitario è sostituito dal Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Le attuali scuole di specializzazione sono soppresse. Esse tuttavia possono continuare a svolgere la loro attività a partire dall'anno di entrata in vigore di questa legge per un numero di anni pari alla durata di ciascun corso di specializzazione.