

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 969

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BRUSCA, BERLINGUER GIOVANNI, PALOPOLI, ARNONE,  
BERNARDI ANTONIO, CALONACI, CARLONI ANDREUCCI  
MARIA TERESA, COLOMBA, DI GIOVANNI, FERRI,  
FABBRI, GIOVAGNOLI SPOSETTI ANGELA, PASTORE,  
SANDOMENICO, TAGLIABUE, TESSARI GIANGIACOMO**

*Presentata il 15 novembre 1979*

Nuovo ordinamento  
delle scuole di specializzazione medico-chirurgiche

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le scuole di specializzazione annesse alla Facoltà di medicina e chirurgia sono state istituite in Italia sulla base dell'articolo 20 del testo unico 31 luglio 1933 che molto genericamente e senza ulteriori indicazioni recita: « Presso le Università e gli Istituti superiori di insegnamento possono essere costituite:

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

È evidente che il legislatore, ispirandosi al rispetto dell'autonomia delle singole Università, ha demandato a queste il compito di promuovere l'istituzione delle scuole, ciascuna con regolamenti propri.

È altrettanto evidente che questo processo avrebbe dovuto essere (se non programmato) quanto meno coordinato dagli organi centrali. Inoltre, in armonia con la tendenza sempre più esasperata alla specializzazione e con la estensione della assicurazione sanitaria sociale a fasce via via più larghe della popolazione, compito di quegli organismi avrebbe dovuto esse-

re quello di programmare lo sviluppo delle scuole e di adattarne l'istituzione e i modelli alle nuove esigenze sanitarie. Al contrario, da sempre, il Ministero della pubblica istruzione si è in pratica solo limitato a prendere atto della istituzione delle scuole che hanno continuato a nascere senza alcuna programmazione, sulla base di iniziative non coordinate, spesso di carattere esclusivamente personale, di questo o quel titolare di cattedra della facoltà di medicina.

In conseguenza di questa politica, o meglio, non politica, si è così arrivati alla attuale situazione unanimemente riconosciuta oramai insostenibile.

Esistono in Italia oltre 700 scuole di specializzazione nelle Facoltà mediche. Nessuno però conosce quante di queste siano necessarie, quale sia il numero e il tipo di specialisti che esse debbono formare in rapporto alle esigenze assistenziali alle quali devono primariamente rispondere.

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

Le scuole, inoltre, 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 quindi 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), questione sollevata dalle donne-medico inglesi per la loro tutela in caso di gravidanza, è ammessa, per un tempo da stabilirsi, in deroga alla lettera e), una attività dello specializzando a "tempo definito" ».

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 secondario 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 considerato, in tutti i paesi, come un processo tipicamente professionalizzante. Questo processo quindi è

## VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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 la 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 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 ospedaliere ed extra ospedaliere che abbiano l'assistenza come precipuo compito istituzionale. Inoltre, fatto questo altrettanto importante, una programmazione del tipo e del numero degli specialisti necessari al territorio, processo tanto più difficile in una fase di profonda e rapida evoluzione della nostra assistenza sanitaria, non sarà in alcun modo realizzabile qualora rimanga ancorata a una struttura rigida e accademica, tipicamente autonoma quale è l'Università attuale.

Da queste esigenze, è nata, nella passata legislatura, la proposta comunista per una radicale trasformazione delle scuole di specializzazione.

Questa proposta, che aveva ricevuto quasi unanimi consensi nel Paese, incontrò la resistenza nascosta e pretestuosa, ma ostinata ed efficace, delle forze più conservatrici e delle loro rappresentanze in Parlamento e nel Governo. Non ne fu così nemmeno possibile la discussione in Commissione pubblica istruzione della Camera alla quale era stata assegnata per

il suo esame. Tuttavia, le ragioni che la avevano motivata sono ancora più gravi ed urgenti. Sono trascorsi oramai quasi due anni dai termini imposti dalle norme comunitarie, è imminente la libera circolazione dei medici nella CEE, mentre la istituzione del Servizio sanitario costituisce ormai un preciso punto di riferimento per una programmazione del fabbisogno nazionale del numero e del tipo di specialisti necessari al Paese.

L'articolo 1 prevede la sostituzione delle attuali scuole con corsi di addestramento approvati per le singole specialità, da svolgersi presso tutte le strutture sanitarie del SSN, proprie o convenzionate, che rispondano a determinati requisiti. Già ora di fatto, nella grande maggioranza dei casi la vera formazione specialistica post-laurea avviene nelle strutture assistenziali. L'articolo 1 affidando al Servizio sanitario nazionale la formazione specialistica, sancisce legalmente questa situazione eliminando quel fenomeno singolare per cui è il Servizio sanitario che crea 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 le modalità operative e gli *standards* qualitativi che devono 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.

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, infatti, 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 ospe-

## VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

dalieri, assicura un costante processo di formazione e di aggiornamento del personale, fornisce nuovi impulsi alla ricerca scientifica.

Qualora una regione (articolo 3), sulla base della programmazione regionale e nelle previsioni del Piano sanitario nazionale, ravvisi la necessità di creare specialisti d'un certo tipo, essa può procedere alla istituzione del corso specialistico nell'ambito delle strutture che rispondono ai requisiti *standards* previsti dall'articolo 2. Il parere del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio nazionale universitario (seppure non vincolante) risponde alle esigenze di una programmazione nazionale e alla verifica che i requisiti previsti dall'articolo 2 e dal successivo articolo 6 siano soddisfatti. Il numero complessivo degli specializzandi è stabilito ogni tre anni dalle Regioni con un limite massimo pari al 30 per cento dell'organico degli assistenti di ruolo operanti nelle strutture sedi del corso e comunque per le specializzazioni cliniche 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 assistenti del Servizio sanitario nazionale (articolo 5).

Effettuata su base regionale quindi, la programmazione del numero degli specialisti necessari in un determinato settore, sarà più facilmente eseguibile e potrà essere agevolmente ed elasticamente adattata ad eventuali oscillazioni della richiesta, alla disponibilità finanziaria e di strutture.

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 pro-

prio dell'attuale ordinamento delle scuole di specialità sanitarie.

D'altra parte l'espansione della spesa che questo elastico 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.

Infine, mentre sembra auspicabile ed ipotizzabile il potenziamento di alcuni settori specialistici o perché ora palesemente carenti o perché, soprattutto, derivanti da nuove esigenze sanitarie (quale ad esempio una specializzazione in « Medicina generale o di base ») è altrettanto facilmente prevedibile, anche alla luce dei dati di cui già disponiamo, che per molte altre specialità, nell'ambito di una razionale programmazione, si dovrà necessariamente giungere ad una generosa potatura di rami secchi o comunque eccedenti.

Il livello di spesa potrà subire una riduzione con la non obbligatorietà del diploma di specialista ai fini di determinati compiti, con l'assunzione di compiti specificamente tecnici, anche se altamente qualificati, oggi svolti da medici specialisti, ma che già da tempo, in paesi più progrediti, rientrano nelle competenze professionali di un moderno personale paramedicale.

Anche se noi continuiamo a ritenere che la formazione di un nuovo medico di base sia compito urgente di una scuola medica altrettanto urgentemente riformata, tuttavia la storia passata e recente, specie nel quadro politico attuale, ci lascia molti dubbi sulla possibilità che questa strada maestra venga finalmente percorsa.

Quindi la preparazione, sia pure a livello « specialistico », di un buon medico

generale, rispondente alle necessità reali del servizio sanitario, costituisce il meccanismo più rapido e forse, per il momento, il solo perché a questo nuovo tipo di operatore sanitario si arrivi; è chiaro come questo possa avere incalcolabili benefici risultati non solo sul contenimento o riduzione del fabbisogno di altri specialisti, ma su tutto il settore della spesa sanitaria.

L'organizzazione dipartimentale delle strutture sede di corsi approvati (articolo 6) risponde ad ovvie esigenze tecniche e di controllo dell'attività della scuola, assicura una gestione democratica dei corsi stessi e prevede l'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 esame 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, che ci pare indispensabile per assicurare valore legale al diploma, potrebbe senza difficoltà avere una scadenza annuale se eseguito con tecniche moderne, già ampiamente sperimentate altrove. Come proposta alternativa una commissione nazionale potrebbe esaminare annualmente *curriculum* e titoli del candidato al diploma di specialista.

Infine, semplici norme transitorie possono permettere di avviare sin da questo anno parte della nostra proposta.

È infatti previsto che con effetto immediato, in deroga a quanto stabilito dagli attuali statuti universitari, il numero dei posti di ciascuna scuola di specialità possa essere aumentato del 50 per cento. Questi posti sono riservati a personale sanitario che presti la sua opera con carattere continuativo retribuito a rapporto di impiego in strutture proprie o convenzionate del servizio sanitario designate dalla

Regione. Lo specializzando deve avere superato gli esami di ammissione alla scuola, dovrà seguire le lezioni ed eventuali esercitazioni presso la sede della scuola, dovrà sostenere gli esami attualmente previsti dal relativo corso di specializzazione, ma sarà esonerato dalla obbligatorietà dell'internato (di 4 o 5 anni!) nella sede universitaria della scuola. Egli potrà al contrario continuare a svolgere la propria attività nella struttura pubblica in cui già lavora, naturalmente in un servizio intra o extra-ospedaliero della corrispondente specialità.

Questa norma ha lo scopo di porre immediato rimedio ad uno degli aspetti più discriminatori della situazione attuale. Oggi per il personale del Servizio sanitario l'accesso alle scuole di specializzazione presenta gravissime difficoltà e salvo i casi in cui la struttura alla quale appartiene faccia parte di un complesso convenzionato con l'università, tale personale non può frequentare la scuola se non per le lezioni accademiche e per brevi periodi di internato; e anche questo avviene a prezzo di ingiustificati sacrifici.

L'assegnazione provvisoria di un numero riservato e limitato di posti in eccedenza a quelli previsti dagli statuti universitari non urta contro alcuna necessità programmatica, visto che si tratta di norma strettamente transitoria e che al momento attuale nessuna programmazione di questo tipo esiste. Anche la norma CEE che rapporta il numero di iscritti al numero dei letti disponibili è rispettata, dato che è da noi prevista la permanenza dello specializzando nella struttura del Servizio sanitario in cui già egli presta la sua opera. Questa norma può promuovere un processo di mobilità del personale all'interno dei vari servizi ospedalieri, extra-ospedalieri e non comporta alcun onere finanziario.

Per concludere, la nostra proposta tende a:

assicurare una reale preparazione professionale del medico specialista;

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

## VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

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 sanitarie che attualmente si svolgono presso la facoltà di medicina, vengono conseguite mediante corsi di addestramento approvati per le singole specialità. I corsi si svolgono presso tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale, proprie o convenzionate, riconosciute idonee ai sensi dei successivi articoli 2 e 6.

## 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, la tipologia del dipartimento, il suo regolamento, gli *standards* riguardanti denominazione e durata dei corsi, nonché programmi di addestramento, attrezzature, strutture, ruoli del 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 sulla base del piano sanitario regionale, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio nazionale universitario. Perché un corso specialistico possa essere istituito presso una determinata struttura del Servizio sanitario nazionale 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 30 per cento del numero degli assistenti di ruolo operanti nelle strutture sedi del corso stesso e comunque non superiore per le specialità cliniche, a quanto stabilito dalle norme emanate in proposito dalla Comunità economica europea. Tale numero è stabilito per ciascuna scuola ogni tre anni dalla Regione.

Agli specializzandi competono le mansioni di un assistente di ruolo a tempo pieno di prima nomina del Servizio sanitario nazionale 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.

I laureati ammessi alla specializzazione non hanno alcun rapporto d'impiego.

## ART. 5.

L'ammissione al corso è regolata dalle stesse norme per l'assunzione in ruolo degli assistenti del Servizio sanitario nazionale.

## 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 insegnanti, 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 in un giorno e secondo le modalità indicate con decreto del Ministro della sanità e della pubblica istruzione emanato in data non inferiore ad un anno dal giorno dell'esame stesso. Il servizio già 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 sanitarie annesse alla Facoltà di medicina e chirurgia sono soppresse.

## ART. 9.

Gli oneri finanziari derivanti dall'applicazione della presente legge ricadono sul Fondo sanitario nazionale che destinerà le risorse economiche necessarie secondo le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale.

## ART. 10.

*(Norme transitorie).*

Le attuali scuole di specializzazione di cui all'articolo 8 sono soppresse. Esse tuttavia possono continuare a svolgere la loro attività a partire dall'anno accademico precedente l'entrata in vigore della presente legge per un numero di anni pari alla durata di ciascun corso di specializzazione.

Con effetto immediato, in deroga agli statuti universitari, per l'anno accademico

## VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

1979-1980, il numero dei posti delle attuali scuole sanitarie annesse alla Facoltà di medicina e chirurgia è aumentato nella misura del 50 per cento. Tali posti sono riservati a personale che presta servizio continuativo retribuito a tempo pieno in strutture proprie o convezionate del Servizio sanitario nazionale, con esclusione dei tirocinanti di cui all'articolo 7, comma primo, del decreto ministeriale 28 ottobre 1975.

Tali strutture devono essere dotate di divisioni, sezioni o servizi della corrispondente specialità.

Il personale di cui al terzo comma deve essere in possesso dei requisiti per l'ammissione alla scuola. Tale personale è esonerato dalla frequenza obbligatoria presso la sede universitaria della scuola qualora presti servizio o sia trasferito presso la struttura specialistica corrispondente.

Il posto rimasto vacante in conseguenza di detto trasferimento è occupato a turno, per periodi di un anno, da personale di ruolo della struttura specialistica.