

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori DI ORIO, CARELLA, TOMASSINI,
BRUNI, BERNASCONI, DE ANNA, MIGNONE, VALLETTA,
CAMERINI, DANIELE GALDI, NAPOLI Bruno e STANISCIÀ**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 9 GIUGNO 1998

Istituzione dell’Ospedale di insegnamento

ONOREVOLI SENATORI. - Il mutato quadro di riferimento normativo della sanità italiana indotto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ha innescato un processo di mutazione del sistema sanitario che rischia di determinare profonde perturbazioni in assenza di integrazioni che ne consentano un pieno e produttivo dispiegamento.

Le logiche di controllo della spesa, peraltro non abnormi in termini assoluti rispetto alle medie OCSE, hanno indotto una accelerazione dei processi di modifica del modello disegnato dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, non sostenuta da idonee e meditate misure di accompagnamento che preparassero il cambiamento, consentendo una uscita dolce dai precedenti metodi gestionali ritenuti non più sostenibili. La carenza di un corpo normativo d'integrazione, rinviato ad atti successivi spesso non conseguenti o non ancora attuati, rischia di lasciare in un pericoloso vuoto, aggravato da una cronica restrizione di finanziamenti, il sistema sanitario pubblico, privando i cittadini di idonee coperture assistenziali.

Uno degli aspetti pericolosamente sotto-stimati è il processo formativo del personale chiamato a gestire i nuovi e complessi sistemi che regoleranno l'azienda sanitaria: si vorrebbe attuare un repentino passaggio da una cultura burocratica del controllo della procedura ad una cultura manageriale del risultato, in assenza di adeguata riconversione del personale che dovrà nei fatti gestire il cambiamento.

La facoltà di medicina e chirurgia in questi anni ha assunto, forse impropriamente, funzioni nel campo della formazione del personale paramedico, con l'istituzione delle scuole dirette a fini speciali prima e con l'avvento dei diplomi universitari poi.

Anche semplicemente rispetto alle risorse impiegate, la facoltà di medicina e chirurgia «tipo» si è trovata a dover fare fronte a 2 corsi di laurea, 21 diplomi universitari, circa 40 specializzazioni *post*-laurea e un numero imprecisato di dottorati di ricerca.

È evidente l'impossibilità per una sede universitaria a rispondere in modo compiuto a tali richieste di formazione con il solo utilizzo del personale universitario e senza il concorso delle strutture sanitarie territoriali.

In assenza di profonde modificazioni del meccanismo formativo del personale, il tentativo di innestare logiche aziendalistiche su un corpo legato a norme burocratiche è destinato a sicuro fallimento.

Diviene quindi centrale un investimento in formazione, che prepari ed accompagni il personale ad un maggior livello di partecipazione.

Il processo formativo sanitario in Italia si articola fondamentalmente su un unico livello, quello universitario, cui è demandata la formazione dei medici (corso di laurea in medicina) dello specialista (corsi di specializzazione) e del neolaureato con finalità esclusivamente di ricerca (dottorato), del tecnico (diplomi universitari).

Marginalmente altre istituzioni svolgono un ruolo formativo (Ordine dei medici, Ospedali per la formazione biennale in medicina generale), anche se il decreto legislativo n. 502 del 1992 (articolo 6) attribuisce uno specifico ambito al Servizio sanitario nazionale per la formazione specialistica.

Resta completamente assente la formazione permanente del personale già inserito nel sistema sanitario (medici di medicina generale, pediatri di base, guardia medica, specialisti convenzionati, ospedalieri, universitari), che si svolge esclusivamente in

maniera volontaristica ed individuale, pur in ambiti talora riconosciuti per legge ma scarsamente o mal applicati (4 ore settimanali di aggiornamento del personale medico ospedaliero, corsi di aggiornamento della guardia medica), o, peggio, è esclusivamente demandata all'industria farmaceutica, con tutti i limiti connessi ad una formazione (informazione) che può essere interessata esclusivamente alla promozione del prodotto.

Le iniziative di settore di società scientifiche (peraltro contrattesi in proporzione alla crisi del mercato farmaceutico) o gli aggiornamenti personali non hanno mai avuto alcun riconoscimento in termini di agevolazione fiscale mentre gli spazi connessi (rimborsi per congressi o corsi) si sono totalmente prosciugati a seguito delle restrizioni nel finanziamento concesso alle aziende unità sanitarie locali (ALS).

È evidente che l'assenza di qualificazione continua, in presenza di un aumento esponenziale delle conoscenze mediche, comporta una caduta della qualità della prestazione sanitaria, non certo surrogabile con pur benemerite iniziative individuali non sottoposte peraltro ad alcuna verifica.

La formazione permanente è stata negli anni considerata, per così dire, la «Cenerentola» della spesa sanitaria: gli investimenti in cultura scientifica (sia sotto la veste di corsi e di iniziative formative, che di materiale didattico e biblioteche) hanno marginalmente coinvolto le istituzioni ospedaliere, per cui il patrimonio di conoscenze del personale, mai sottoposto a verifica, si è progressivamente inaridito.

Il fenomeno diviene ancora più drammatico nelle aree periferiche (ospedali zonali, medici convenzionati), ove la scarsità o l'assenza del confronto culturale con altre figure professionali ha indotto ad una progressiva marginalizzazione del personale.

La sottovalutazione del problema pone il sistema sanitario italiano a livelli insufficienti e pericolosamente carenti, in specie rispetto a concorrenti europei, in un momento in cui la logica dell'integrazione

transnazionale espone la nostra fragile struttura al confronto ed alla concorrenza internazionale.

Diviene pertanto vitale avviare un processo di riqualificazione del personale sia a livello di conoscenze tecniche che gestionali; è infatti poco verosimile che possa determinarsi una profonda trasformazione di strutture complesse erogatrici di servizi, quali le aziende sanitarie, solo con l'innesto di vertici manageriali in assenza di una adeguata trasmissione di idonea cultura a cascata su tutto il personale.

Il processo di formazione all'interno di un sistema aziendale non può essere esclusivamente demandato ad agenti esterni.

Se è infatti indispensabile cogliere competenze specifiche, in specie nella fase di avvio del processo formativo nonchè nella verifica dei risultati, una formazione efficace, per automantenersi e garantire quindi una duratura e costante ricaduta sulla qualità della prestazione, deve essere alimentata da stimoli e competenze interne alla struttura.

Il circolo virtuoso della formazione permanente deve irrobustirsi nella pratica quotidiana, e non solo nei momenti stimolati da occasioni episodiche esterne.

Inoltre la necessità del governo di processi complessi, quali quelli di un sistema sanitario, impone duttilità ed adeguamento rapido a scenari in rapido cambiamento.

Pertanto il processo formativo deve essenzialmente porsi come sistema autonomo che si automantiene e che si avvale di stimoli esterni ma che non dipende esclusivamente da essi.

Il decreto-legge 29 aprile 1995, n. 135, recante «Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e sanità» nell'articolo 7 si proponeva di colmare una colpevole lacuna istituendo i corsi di formazione in materia di organizzazione e gestione dei servizi sanitari. La successiva legge 17 gennaio 1997, n. 4, ha fatto salvi gli effetti del citato decreto-legge, anche se è presumibile che i tempi della reale attivazione e la dif-

fusione dei corsi saranno pericolosamente insufficienti rispetto alle impellenti necessità del sistema sanitario.

Inoltre l'ipotizzata formazione riguarderà solo l'aspetto, essenziale ma non unico, della gestione manageriale trascurando la formazione tecnica del personale ancora una volta scarsamente considerata.

Per ovviare a tale carenza è disponibile esclusivamente il disposto dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992, che si riferisce peraltro solo alla formazione degli specialisti, non ponendosi l'obiettivo della formazione permanente di tutto il personale.

Ciò nonostante, l'interesse della disposizione è legato all'ipotesi di integrazione tra università ed ospedale che può essere il nucleo di un progetto più ampio che preveda l'istituzione di un sistema formativo permanente di tutto il personale del sistema sanitario.

Ma il rapporto tra le due strutture, fonte in passato di aspra conflittualità, è superabile solo in una nuova ottica, imposta peraltro dalla logica del controllo dei costi, di concorrenzialità reale nell'ambito delle specifiche competenze e potenziando al massimo le sinergie possibili in modo da offrire il massimo della qualificazione dell'offerta sanitaria.

Ciò, per realizzarsi, richiede la rottura di rigidi schemi che da ambo le parti hanno caratterizzato l'organizzazione del lavoro, la selezione e la carriera dei quadri, perpetuando demarcazioni che, ostacolando processi di reciproca osmosi del personale e delle conoscenze, hanno indotto e mantenuto il conflitto.

Una struttura dipartimentale mista, la riorganizzazione delle competenze in settori autonomi all'interno di aree omogenee, la possibilità di carriere non cristallizzate in ambiti predeterminati, l'attivazione di tutte le competenze e le autonomie nei settori assistenziali, didattici e di ricerca possono consentire che si realizzi il massimo della compenetrazione ed efficienza.

È necessario che a partire dalla formazione specialistica, articolata in un sistema misto, si costruisca il nuovo modello per la formazione permanente: solo in tal modo si può garantire un forte ancoraggio tra formazione teorica e pratica con effetti di riverbero sulla complessiva qualità della prestazione sanitaria.

Ciò comporta però un irrobustimento del modello attuale delle scuole di specializzazione ove la formazione è spesso lasciata alla residuale disponibilità dei docenti universitari, nonché all'apporto volontaristico del personale ospedaliero convenzionato supportato da motivazioni non pari all'impegno che dovrebbe essere richiesto.

La crescita del ruolo delle scuole deve pertanto prevedere un nuovo ordinamento che individui precise responsabilità didattico-formative affidate a personale adeguatamente motivato, dal punto di vista sia della carriera che economico, prevedendo ruoli separati e riconosciuti rispetto alla attuale organizzazione universitaria ed ospedaliera.

Una specifica funzione di insegnamento nell'ambito della formazione specialistica, rivalutata normativamente ed economicamente, permetterebbe di rinforzare l'apparato didattico nonché di estenderlo anche a compiti più ampi di formazione permanente rivolta al restante personale medico del servizio sanitario.

In linea generale dovrebbe concepirsi un modello articolato sulle attuali scuole di specializzazione, opportunamente implementate sia in termini strutturali che di personale, con l'individuazione di figure specialistiche a provenienza universitaria, ospedaliera o professionistica (ordini professionali, istituzioni private, eccetera), con compiti specifici di didattica legata all'attività pratica, opportunamente definiti in termini orari e normativi, e con la responsabilità del settore della formazione permanente del personale.

Va quindi previsto che, in analogia a quanto già in atto per il personale universitario convenzionato, sia individuata una quota oraria settimanale, all'interno del

monte orario contrattuale assistenziale o, ove debordi, opportunamente retribuita, per il personale ospedaliero cui siano affidate le funzioni didattiche.

Tale demarcazione oraria deve ovviamente essere computata in sede di valutazione dei carichi di lavoro prevedendo, per le strutture universitarie o ospedaliere afferenti alla Scuola di formazione specialistica e permanente, una quota organica superiore alle strutture esclusivamente deputate all'assistenza.

L'accesso alla funzione di docente va regolamentato con l'istituzione di modalità di selezione e durata dell'incarico, definendo un ruolo specifico di professore di Scuola di formazione specialistica e permanente.

Attualmente il livello qualitativo delle scuole di formazione specialistica non è soddisfacente.

L'applicazione della normativa comunitaria ha comportato una netta e doverosa contrazione del numero delle scuole e degli iscritti, determinando una condizione dove strutture complesse esistono per garantire la formazione di pochissimi specializzandi.

Ciò sta determinando uno scadimento del momento formativo-teorico, con una crescita squilibrata del momento pratico e con il rischio, già avvertito dalle stesse organizzazioni degli specializzandi, che l'*iter* specialistico si limiti al solo aspetto assistenziale per cui, di fatto, la figura dello specializzando serve solo a colmare, a basso costo e in una fase di restrizione della spesa sociale, le carenze organiche del sistema sanitario.

L'inserimento della formazione permanente nella istituenda Scuola di formazione specialistica e permanente consentirebbe una maggiore produttività del sistema educativo; le competenze prodotte potrebbero applicarsi su un numero maggiore di soggetti, garantendo un più soddisfacente rapporto tra energie spese e risultato ottenuto.

Il personale docente eserciterebbe quindi la sua azione formativa su una platea ampia di soggetti (specialisti e personale già inserito nei servizio sanitario), con reciproco ar-

ricchimento delle competenze e riduzione dello spreco di risorse.

La definizione di un personale docente stabile e motivato all'interno di un settore che verrebbe in tal modo riqualificato potrà consentire un miglioramento qualitativo del livello dell'assistenza, miglioramento che potrebbe ulteriormente essere stimolato dall'introduzione di strumenti di verifica interna sia del corpo docente che discente.

Si possono prevedere in tal senso strumenti valutativi sia interni (controlli periodici tecnico-pratici della formazione) sia esterni (esami annuali e finali attuati da organismi interscuola regionali come delineato ad esempio nell'articolo 13 del disegno di legge atto Senato n. 1765, della XI legislatura).

Ciò innescherebbe salutarci meccanismi di concorrenzialità tra le scuole, garantendo un innalzamento qualitativo del livello della formazione nonché una uniformità della stessa.

Analogamente una verifica della acquisizione va prevista per la formazione permanente secondo modelli già consolidati in realtà extranazionali (*Accreditation Council for Continuous Medical Education*, USA 1984).

Inoltre va ricercato un sistema di verifica interno anche per il personale docente che consenta una qualificazione costante dello stesso, sia con modelli dal basso (grado di soddisfazione dei discenti), che dall'alto (controllo di qualità da parte dello *staff* dirigenziale della Scuola).

Premesso che la formazione specialistica e permanente non può che essere frutto dell'integrazione delle competenze dell'università e del Servizio sanitario, in quanto il momento educativo deve essere la risultante di un sapere teorico validato da un sapere pratico, la sede del processo formativo va individuata in un ambito misto.

Il luogo pratico dovrebbe essere caratterizzato dalla presenza di un'area didattica esistente, già fornita dei supporti idonei (aule, biblioteche, competenze specifiche

nei settori preclinici, eccetera), quindi una sede di facoltà di medicina, integrata da un complesso assistenziale dotato di parametri predefiniti (dimensione, presenza adeguata di specialistiche e di tecnologia diagnostica, eccetera).

Al momento potrebbero essere considerate come sedi dei complessi ospedalieri-universitari d'insegnamento le sedi di facoltà mediche e di scuole di specializzazione, ove di norma sono attivati anche i corsi per i diplomi universitari, prevedendo modalità di collegamento con i presidi ospedalieri non convenzionati con le facoltà che presentino, nei settori di integrazione, adeguati *standard* di qualità.

Ciò consentirebbe una articolazione a rete regionale del sistema formativo, evitando «cattedrali nel deserto» e diffondendo in modo più ampio possibile la cultura dell'educazione permanente in un circuito di diffusione periferica e coinvolgimento generale.

È evidente che andranno calibrate le esigenze formative rispetto alla qualità delle strutture presenti nel territorio: una formazione specialistica di elevato livello non può che essere sviluppata ove esistono i supporti adeguati, mentre la formazione permanente in settori a più ampia diffusione e quella rivolta al personale del Servizio sanitario nazionale possono essere proficuamente decentrate.

L'istituzione del complesso misto di formazione va definita attraverso atti convenzionali da stipulare tra gli agenti (università, regione, ASL, istituti privati e pubblici) all'interno di un modello nazionale di riferimento che fissi le sedi, i requisiti e le soglie minime di attivazione.

Data la molteplicità degli enti coinvolti, va previsto un sistema di gestione e di finanziamento misto, con un consiglio di amministrazione ove, proporzionalmente all'impegno economico, siano previste tutte le figure agenti: all'interno del consiglio andrà individuata la figura dell'amministratore.

Quanto al finanziamento, si dovrà provvedere avvalendosi sia di stanziamenti provenienti dal versante assistenziale (quota del Fondo sanitario regionale) sia su quello didattico (finanziamento specifico dei Ministeri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della pubblica istruzione) nonchè dagli apporti di altri enti pubblici e privati interessati.

È evidente che per il settore della formazione permanente vanno previsti appositi capitoli di finanziamento. Il presente disegno di legge è dunque ispirato alla realizzazione degli obiettivi sopra descritti, e si articola organicamente in 8 punti, di seguito illustrati, configuranti un progetto generale d'investimento in un settore ampiamente sottovalutato ma centrale per il rilancio delle capacità competitive in campo sanitario.

L'articolo 1 stabilisce che la formazione nelle professioni sanitarie e la formazione obbligatoria permanente del personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale si svolgono in strutture accreditate; sono inoltre stabiliti i criteri generali e i requisiti per ottenere l'accreditamento.

L'articolo 2 sancisce l'obbligatorietà della formazione permanente del personale operante nel Servizio sanitario nazionale, stabilendo in specie le modalità, i sistemi di verifica, il legame con la progressione economica e di carriera.

L'articolo 3 istituisce un Osservatorio nazionale permanente per ciascuno dei settori in cui è articolata la formazione permanente, ne specifica la composizione e la durata e ne definisce le finalità, che sono quelle di analisi del sistema, di formulare proposte, di esprimere pareri ai Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della sanità tenendo conto degli *standard* formativi internazionali ed in particolare delle prescrizioni dell'Unione europea.

L'articolo 4 fissa criteri di individuazione delle strutture accreditate, con riferimento agli articoli 4 e 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificati dal decreto legislativo n. 517 del 1993, e sulle moda-

lità con cui queste vengono sottoposte a verifiche periodiche da parte dell'Osservatorio nazionale.

L'articolo 5 disciplina la nomina del consiglio di amministrazione che provvede alla designazione di un direttore generale cui spetta la gestione dell'ospedale di insegnamento. Il direttore generale si avvale di organi esecutivi sanitari ed amministrativi di sua scelta ed è assunto a contratto con possibilità di revoca da parte del consiglio di amministrazione secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

L'articolo 6 ripartisce i bacini di utenza per le attività formative e istituisce un comitato di coordinamento per le stesse, specificandone la composizione. Il comitato sovrintende al coordinamento delle neces-

sità logistiche ed in particolare assicura le necessarie possibilità di rotazione degli specializzandi tra le strutture.

Nell'articolo 7, alle aziende policlinico, trasformate in ospedali d'insegnamento, viene riconosciuta una propria personalità giuridica e vengono precisati i criteri di amministrazione. Si specifica inoltre che gli organi di governo e consulenza sono disciplinati dallo statuto dell'università.

L'articolo 8 stabilisce che le aziende ospedaliere regionali che concorrono alla didattica dei corsi di laurea dell'area medica, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992, siano trasformate anch'esse in ospedali di insegnamento e stabilisce inoltre i criteri d'intesa tra il personale universitario e quello dell'azienda ospedaliera.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

*(Strutture accreditate
per la formazione sanitaria)*

1. La formazione nelle professioni sanitarie, per le quali sono vigenti ordinamenti didattici nazionali di diploma, di laurea e di specializzazione, e nelle specializzazioni a prevalente contenuto sanitario per gli altri profili professionali, nonché le autorizzazioni al rilascio dei titoli da parte delle singole università e la formazione obbligatoria permanente del personale, dipendente e convenzionato, del Servizio sanitario nazionale, nonché del personale universitario operante presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, si svolgono nelle strutture accreditate, ai sensi della presente legge.

2. I criteri generali ed i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sono stabiliti con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di seguito denominato Ministro dell'università, di concerto con il Ministro della sanità, acquisito il parere rispettivamente del competente comitato consultivo del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità. I predetti criteri e requisiti minimi sono stabiliti con riferimento:

- a) alle strutture didattiche, comprese quelle per la didattica applicata;
- b) alle biblioteche, alle sale di lettura, alle sale di riunioni per studenti, e ad altre strutture di supporto;
- c) alle strutture di ricerca;
- d) ai volumi e ai livelli delle attività assistenziali delle strutture;
- e) al numero e alla tipologia delle strutture assistenziali, di prevenzione, territoriali, epidemiologiche, di programmazione e di scienze umane.

3. Le strutture per la formazione sanitaria sono accreditate, ai sensi del comma 2, in modo differenziato con riferimento ai seguenti settori:

- a) corsi di diploma universitario dell'area sanitaria;
- b) corsi di laurea dell'area sanitaria;
- c) scuole di specializzazione dell'area sanitaria;
- d) formazione obbligatoria permanente.

Art. 2.

(Formazione del personale)

1. Le disposizioni in materia di aggiornamento tecnico-professionale, di cui all'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, si estendono a tutto il personale del Servizio sanitario nazionale e al personale universitario operante in strutture del Servizio sanitario nazionale; la contrattazione collettiva di comparto stabilisce le modalità, i sistemi di verifica ed i criteri di ripartizione delle risorse disponibili per tali finalità.

Art. 3.

(Osservatorio nazionale permanente per la verifica dell' idoneità delle strutture e della loro attività)

1. Per ciascuno dei settori indicati all'articolo 1, comma 3, lettere a), b) e c), è istituito un Osservatorio nazionale permanente per la verifica dell' idoneità delle strutture per la formazione sanitaria e della loro attività. Ciascun Osservatorio è composto:

- a) da tre esperti designati, rispettivamente, dal Ministro dell' università e dal Ministro della sanità;
- b) da due rappresentanti, rispettivamente, dei presidenti di corso di diploma, dei presidenti di corso di laurea e dei direttori delle scuole di specializzazione;
- c) da due rappresentanti designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e

delle province autonome, scelti fra i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

2. I membri di ciascun Osservatorio durano in carica tre anni. L'incarico può essere rinnovato per una sola volta consecutiva.

3. Ciascun Osservatorio di cui al comma 1 ha per proprie finalità quelle di compiere analisi del sistema, di formulare proposte e di esprimere parere ai Ministri dell'università e della sanità, tenendo conto degli *standard* formativi internazionali dell'Unione europea.

Art. 4.

(Accreditamento e revoca dell'accREDITAMENTO)

1. Le regioni, d'intesa con le università presenti nel loro territorio, individuano le strutture da accreditare, ai sensi degli articoli 4 e 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e sulla base dei criteri stabiliti nel decreto di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, della presente legge. La dimensione delle strutture è correlata alle risorse umane disponibili ed è finalizzata ad assicurare agli studenti dei diversi livelli una preparazione professionale adeguata agli *standard* internazionali. Il numero degli studenti iscrivibili non può eccedere le possibilità formative.

2. Le strutture accreditate ai sensi del comma 1 sono costituite in azienda sanitaria universitaria e assumono la denominazione di «ospedale di insegnamento».

3. Le strutture accreditate per il settore dei corsi di laurea possono appartenere all'università, ovvero essere gestite da università e regioni congiuntamente.

4. Nelle strutture accreditate per il settore della formazione specialistica, la specializzazione è svolta per almeno il 60 per cento del percorso formativo in strutture ospedaliere o territoriali; il consiglio dei docenti della singola scuola concorda i criteri di ro-

tazione con i responsabili delle strutture stesse.

5. Ogni cinque anni le strutture accreditate sono sottoposte a verifica da parte del competente Osservatorio nazionale; la verifica riguarda le risorse effettivamente disponibili in relazione al prescritto *standard* nazionale, l'organizzazione generale, la disponibilità dei docenti, la durata media dei percorsi formativi rispetto a quelli tabellari. L'Osservatorio può procedere ad ispezioni *in loco*, insieme con un rappresentante dell'università ed uno della regione, acquisire informazioni dagli studenti, procedere a verifiche degli atti di tenuta delle schede di frequenza degli studenti.

6. In caso di verifica negativa, il Ministro dell'università, su parere del competente Osservatorio nazionale, accorda una proroga dell'accreditamento non superiore a tre anni. In caso di nuova verifica negativa l'accreditamento è revocato; sono fatti salvi i diritti degli studenti di terminare il corso degli studi.

Art. 5.

*(Consiglio di amministrazione
e direttore generale)*

1. Il Ministro della sanità, di concerto col Ministro dell'università, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con proprio atto di indirizzo le norme per la costituzione e il funzionamento del consiglio di amministrazione degli ospedali di insegnamento, nel quale dovrà essere comunque prevista la presenza di rappresentanti dell'università, della regione, dell'azienda sanitaria ospedaliera e degli altri soggetti pubblici o privati che concorrono al finanziamento dell'ospedale d'insegnamento, in proporzione al rispettivo contributo finanziario.

2. La gestione dell'ospedale di insegnamento è affidata a un direttore generale designato dal consiglio di amministrazione. Il direttore generale si avvale di organi esecu-

tivi sanitari ed amministrativi di sua scelta ed è assunto a contratto con possibilità di revoca da parte del consiglio di amministrazione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

Art. 6.

(Programmazione dei bacini di utenza per le attività formative)

1. Nel caso di regioni ove siano presenti più facoltà di medicina, i bacini di formazione sono ripartiti tra le università, d'intesa con le regioni, secondo il rispettivo potenziale didattico. Eccezion fatta per le intese che riguardano istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, non sono consentite intese fra le università ed altre istituzioni ubicate in regioni diverse da quella di proprio insediamento e nelle quali vi sia una facoltà di medicina.

2. Nell'ambito dell'intesa fra la regione e ciascuna università è istituito un comitato di coordinamento per le attività formative, composto per parte universitaria dal preside della facoltà di medicina e chirurgia o da un suo delegato, da un presidente di corso di diploma universitario, da un responsabile di tirocinio pratico, da due direttori di scuola di specializzazione e da due professori di II fascia; per parte regionale da un dirigente della regione, da un direttore generale di azienda sanitaria locale o di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, da tre dirigenti di II livello, da due dirigenti di I livello e da un responsabile di tirocinio pratico del bacino di utenza.

3. Il comitato di cui al comma 2 sovrintende al coordinamento delle necessità logistiche ed in particolare assicura le necessarie possibilità di rotazione degli specializzandi tra le strutture.

Art. 7.

(Aziende sanitarie universitarie già aziende policlinico)

1. Le aziende policlinico sono trasformate in ospedali di insegnamento, hanno propria personalità giuridica e sono ammini-

strate con gli stessi criteri delle aziende ospedaliere. Gli organi di governo e consulenza sono disciplinati dallo statuto dell'università; lo statuto non può modificare le attribuzioni del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario, i quali debbono comunque uniformare la loro attività amministrativa alle direttive scientifico-culturali deliberate dagli organi accademici.

2. Nelle aziende di cui al comma 1, i professori di I fascia sono equiparati giuridicamente ai dirigenti sanitari di II livello, i professori di II fascia ed i ricercatori sono equiparati ai dirigenti sanitari di I livello. Gli stessi svolgono l'attività assistenziale secondo un disciplinare approvato dal consiglio di amministrazione, su proposta del direttore generale, in conformità dello statuto dell'università e previo parere del consiglio di facoltà, facendo salvi criteri di economicità.

3. Alla gestione delle aziende di cui al comma 1 si può provvedere anche mediante l'istituzione di società di gestione a partecipazione mista, cui possono partecipare enti pubblici, anche economici, società finanziarie, nonché soggetti privati.

Art. 8.

*(Aziende sanitarie universitarie
già aziende a gestione mista)*

1. Le aziende ospedaliere regionali che concorrono alla didattica dei corsi di laurea dell'area medica, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, sono trasformate in ospedali d'insegnamento.

2. La regione, d'intesa con l'università, determina la quota del finanziamento annuale delle aziende di cui al comma 1 da destinare all'attività del personale universitario. L'università e l'azienda ospedaliera possono concordare modalità differenziate per regolare la prestazione d'opera da parte del personale universitario, in analogia con

la normativa giuridica ed economica prevista per il corrispondente personale ospedaliero, individuando i reparti e servizi a direzione universitaria; ovvero, d'intesa fra loro, possono concordare l'adozione di un disciplinare in analogia con quanto disposto dall'articolo 7, comma 2.

3. Il personale laureato non universitario che presta servizio nelle aziende di cui al comma 1 può concorrere per l'assegnazione annuale di affidamenti e supplenze da parte dei consigli delle strutture didattiche, che deliberano tenendo conto unicamente dei titoli scientifici e didattici dei concorrenti, indipendentemente dal ruolo di appartenenza. L'attività didattica svolta all'interno dell'azienda rientra nel normale orario di servizio.

4. Il direttore generale delle aziende di cui al comma 1 deve tener conto, nella conduzione della propria attività, delle direttive scientifico-culturali deliberate dagli organi accademici.

