SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

(N. 1608)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, CERVONE, BORGHI, RAMPA, CRAVERO, DE GIUSEPPE, BUZZI, COSTA, CAROLLO, BEVILACQUA, DEL NERO, FAEDO, MEZZAPESA, D'AMICO, GRAZIOLI, MANENTE COMUNALE, RUFFINO, TRIFOGLI, SCHIANO, SMURRA, BOGGIO, LOMBARDI, INNOCENTI, BARBARO e ROMEI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 MARZO 1979

Nuovo ordinamento degli studi di medicina

ONOREVOLI SENATORI. — L'ampio dibattito che già da molti anni si è svolto nel Paese, riflettendo le tendenze dell'evoluzione culturale spontanea della società, e le proposte di legge avanzate dalle varie forze politiche e dal Governo inerenti la riforma dell'Università, proposte che tali tendenze incanalano e disciplinano verso concreti obiettivi, hanno assegnato all'Università compiti non solamente di promozione culturale, ma anche di programmazione e partecipazione ad una ricerca più aderente alla comprensione ed alla soluzione delle grandi necessità della società moderna, di una più adeguata formazione professionale ed, infine, di erogazione di servizi altamente qualificati alla comunità nazionale.

Questo « calarsi » nella società e nel territorio, tendenza concretatasi in tutti i Paesi, trova nelle facoltà scientifiche il momento più differenziato e nella facoltà di medicina aspetti peculiari, in rapporto alla diretta partecipazione dei docenti al sistema pubblico di protezione e recupero della salute del cittadino.

Il grande movimento di opinione pubblica, di progettazione da parte dei tecnici e di iniziativa politica che, dopo lungo travaglio, ha condotto ad approvare — in Parlamento — un « modello » di Servizio sanitario nazionale che realizzerà vari obiettivi di progresso sociale, vede anche l'Università, nel settore degli studi medici, mobilitata ad organizzare e prestare servizi, nell'ambito della propria sfera di competenza, sempre più adeguati alle esigenze del « modello »; ma la vede anche disponibile a modificare, se necessario, schemi didattici e formativi degli operatori sanitari.

Vi è da considerare, inoltre, che, avendo l'Italia aderito alle norme della Comunità europea inerenti al « diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte dei medici cittadini di Stati membri delle Comunità europee » (direttiva CEE n. 75/362, emanata il 16 giugno 1975) con legge 22 maggio 1978, n. 217, anche per questo motivo nasce l'esigenza di adeguare il « modello formativo » del medico e dello specialista attualmente in vigore nel nostro Paese

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1600) — 2-3-4

a quello prevalente nell'ambito dei Paesi europei, modificando opportunamente il *curriculum* degli studi ed anche le modalità di erogazione dell'insegnamento al fine di ottenere un personale sanitario diplomato, laureato e specialista che disponga in tutta la Comunità europea di livelli culturali analoghi.

Da questi tre grandi momenti innovativi brevemente ricordati: la « nuova » concezione dell'Università, il nuovo « modello » del dispositivo pubblico di tutela della salute e la concreta istituzione di una « Europa bianca » (così è stata pittorescamente definita l'organizzazione culturale della preparazione medica nell'ambito comunitario), deriva anche per il nostro Paese la necessità di una riforma degli studi medici, che deve trovare un momento normativo centrale, contestuale in senso logico e politico, se non strettamente cronologico, con i grandi movimenti di riforma all'esame attualmente del Parlamento: della Scuola media superiore, dell'Università, della ricerca scientifica.

A questo scopo si ispira il disegno di legge che abbiamo l'onore di presentare alla vostra attenzione.

I. — Se questi sono i tre momenti che, politicamente, hanno stimolato il nostro disegno di legge, è tuttavia opportuno — prima di presentare un'analisi succinta dell'articolato — richiamare alla vostra attenzione qual è lo stato attuale dell'insegnamento medico, stato che desta in noi viva preoccupazione.

Ricorderemo, anzitutto, che il problema della formazione del medico, cui è deputata prioritariamente l'organizzazione universitaria delle strutture didattiche di livello superiore, ha rappresentato in molti Paesi, in questi ultimi anni, motivo di approfondita riflessione e di proposta legislativa di riforma.

Due fattori di grande rilevanza sono costituiti:

il primo dall'aumento vertiginoso delle acquisizioni biologico-cliniche, frutto del progresso scientifico, che occorre trasmettere nell'insegnamento;

il secondo dall'aumento del numero dei diplomati delle scuole secondarie superiori che desiderano seguire gli studi medici.

In molti Paesi, al primo problema si è fatto fronte non solamente con un adeguato sviluppo delle specializzazioni, ma anche con l'accoglimento del criterio della didattica ricorrente secondo piani ben prestabiliti che, organizzati dalle autorità cui compete la programmazione e la gestione dei servizi sanitari nazionali e territoriali, di concerto con le Università e gli istituti assistenziali di più elevata qualificazione, consentono l'ammodernamento delle nozioni biologico-mediche degli operatori sanitari ad intervalli periodici.

Al secondo problema, invece, si è fatto fronte con una più o meno rigida programmazione degli accessi agli studi medici.

Ovunque si è ritenuto che le esigenze di una idonea qualificazione professionale del singolo operatore sanitario, stante l'impossibilità di aumentare a dismisura le strutture didattiche idonee, non potessero essere salvaguardate se non contenendo in un giusto rapporto il quoziente discenti-docenti e discenti-strutture.

Una onesta riflessione sul funzionamento dei servizi territoriali di protezione-ricupero della salute ha, inoltre, posto in evidenza che i risultati assistenziali globali non sono affatto avvantaggiati dalla « pletora medica », ma, semmai, si assiste ad uno scadimento qualitativo delle prestazioni, oltrechè alla lievitazione esponenziale dei costi di esercizio, là dove si determina, per fenomeni concorrenziali incontrollabili dovuti alla pletora, una dequalificazione deontologica della prestazione medica.

Nel nostro Paese, per la nota crisi che ha travagliato l'Università dal 1968 in poi, si è reagito in modo solo parziale alle linee di tendenza sopra enunciate, forse fra noi apparse in modo ancora più acuto che in altri Paesi.

All'aumento del bagaglio scientifico dello scibile medico da offrire allo studente si è fatto fronte non con una giudiziosa scelta di quei settori di discipline che sono veramente necessarie alla formazione di base,

ma con l'aumento dei corsi monografici di materie complementari, affidati a cattedre distinte, corsi da offrire come opzionali nell'ambito della formazione dei piani di studio. Nella specializzazione per il già laureato, in parallelo, è stato promosso un analogo « frazionismo » di titoli specialistici, che non trova alcun raffronto nell'ambito dei rimanenti Paesi europei ed extra europei.

Iniziative di aggiornamento post-laurea e dopo specializzazione sono state spontaneamente assunte da singoli istituti in forma del tutto incoordinata, e, sebbene il movimento sia apparso fiorente nel numero delle occasioni di aggiornamento, il complesso dei risultati conseguiti sembra modesto e troppo settoriale. In ogni caso, non si è trattato di veri e propri programmi organici di « formazione permanente » dei medici inseriti nelle strutture assistenziali pubbliche, equivalenti a quelli anglosassoni o scandinavi.

II. — Ma più grave, sotto l'aspetto del disservizio creato nella delicata fase della formazione del medico di base, è la mancata assunzione di una politica di « regolamentazione » degli accessi agli studi medici: e ciò, lo ripetiamo, in palese difformità con quanto da tempo ormai è operante nella stragrande maggioranza dei Paesi europei ed extraeuropei.

La conferenza dei presidi delle facoltà mediche, tenutasi in Roma il 25 maggio 1977, ha ancora di recente sottolineato come durante gli ultimi anni, si è verificato un enorme, indiscriminato aumento del numero degli studenti: dai 31.755 del 1965-66 si è passati ai 150.981 del 1974-75; la percentuale degli iscritti alla facoltà di medicina, rispetto agli iscritti di tutte le facoltà universitarie, è passata, nello stesso periodo, dal 7,84 per cento al 17,02 per cento.

Nell'anno accademico 1976-1977, gli iscritti risultavano 158.583, con 31.982 immatricolati al primo anno e 12.668 laureati.

Tale incremento annuo non è giustificato dalle esigenze del Servizio sanitario nazionale; è — all'opposto — fonte di grave squilibrio fra domanda ed offerta di impiego, che nemmeno la libera professione può equilibrare. Si calcola, infatti, che l'Italia avrà nel 1980 una densità di 330 medici per 100.000 abitanti, rispetto ai 159 della Gran Bretagna, ai 200 della Svezia, ai 210 dell'URSS.

L'aumento del numero degli iscritti ha drammaticamente modificato il rapporto discenti-docenti e soprattutto discenti-strutture, allontanando progressivamente lo studente dall'oggetto dell'insegnamento.

Infatti, se il numero dei professori di ruolo, aggregati o straordinari è passato da 483 (1963) a 1.181 (1975) — con un aumento dunque del 245 per cento — nello stesso periodo il numero degli studenti iscritti è passato da 25.722 a 168.444, con un aumento del 650 per cento.

Ma — fatto ancora più grave — non è proporzionalmente aumentata la dotazione di strutture didattiche.

Per effetto di tale fenomeno, si calcola che mediamente nel 1976 erano iscritti 5.607 studenti per ogni sede in Italia, contro 1.638 in Germania, 900 in Svezia, 838 in Inghilterra, 474 negli Stati Uniti.

In conseguenza della deficienza di strutture (aule, laboratori interdisciplinari per esercitazioni, posti letto clinicizzati, ecc.) è divenuta, di fatto, impossibile la frequenza di tutti gli studenti: condizione assurda in una facoltà finalizzata a scopi fondamentalmente applicativi come quella medica.

Dalla necessità di smaltire un affollamento continuo nelle sessioni d'esame è stato inoltre frustrato qualsiasi tentativo di riorganizzare modernamente l'insegnamento medico (teorico, pratico, integrato, guidato).

In definitiva, si è innescato un fenomeno di produzione in eccesso di laureati nel settore medico che verrà, se non opportunamente e tempestivamente corretto, a far saltare ogni possibile programmazione del Servizio sanitario nazionale a costi ancora compatibili con le risorse nazionali o creerà, inevitabilmente, una popolazione di laureati medici disoccupati, o sottoccupati, iscritti a liste di collocamento giovanile: fenomeno questo di cui sin da ora si avvertono sintomi certamente iniziali, ma preoccupanti.

All'opposto, fortemente carente nel nostro Paese è il settore dei diplomati universitari e dei paramedici: basta ricordare che, se è giusta la tendenza a considerare valido un

rapporto di 200 medici e 300 infermieri professionali per 100.000 abitanti, vi è oggi, in Italia, un rapporto di 280 medici e di 90 infermieri professionali!

III. — La medicina universitaria si presenta, oggi, nel nostro Paese, gravata non solamente del problema di dover formare professionalmente un numero di medici di base esorbitanti le possibilità delle sue strutture (personale e mezzi), ma anche dalla necessità di dover provvedere ad una profonda riforma dei metodi didattici ed al rilancio della ricerca biomedica.

Infatti, il diaframma esistente fra gli insegnamenti scientifici di base e gli insegnamenti clinici, con la rigida stratificazione di corsi monografici nei vari anni di corso, propria del nostro *curriculum*, non ha trovato tuttora correttivi se non nell'ambito di una sperimentazione spontanea, ammessa dalla legge « Provvedimenti urgenti per l'Università », ma raramente attuata nelle varie sedi.

La scarsità dei posti letto universitari (in rapporto al numero degli studenti ed alla mancata attuazione di un collegamento istituzionale, pur previsto dalle vigenti normative con il meccanismo della convenzione fra Università ed ospedali e fra Università e strutture sanitarie del territorio: ambulatori mutualistici, condotte ecc.), ha determinato, oltre all'affollamento delle corsie degli istituti clinicizzati, la mancata dimostrazione a fini didattici di una amplissima casistica pur afferente alla protezione ed al recupero della salute, che non richiede il ricovero ospedaliero: la preparazione dello studente, in questi settori, è risultata ovviamente del tutto deficitaria.

Sebbene già si verifichi, in pratica, il decentramento presso le sedi ospedaliere degli specializzandi ai fini dell'apprendimento pratico, tuttavia la mancata precisa regolamentazione del fenomeno ai fini del riconoscimento della frequenza crea indubbiamente, nell'ambito della scuola di specializzazione, inconvenienti notevoli alla gestione delle scuole stesse.

La ricerca biomedica è, in molte sedi, fortemente mortificata dalla mancanza di risorse umane e finanziarie spesso dirottate verso altri organismi istituzionalmente separati dall'insegnamento e, di fatto, inutilizzabili per la preparazione del medico, dello specialista e soprattutto del « ricercatore » destinato a rinnovare i quadri universitari.

IV. — Un ulteriore, ampio problema che sta oggi di fronte alla medicina universitaria è quello dell'aggiornamento delle modalità di collaborazione con la medicina ospedaliera e territoriale. Accettando il presupposto che il momento della « esperienza pratica » è altrettanto qualificante ed indispensabile, ai fini del buon apprendimento della medicina, di quanto non sia il momento « didattico-teorico », e verificando il concetto che la sede universitaria con i suoi docenti non può provvedere a tutta l'attività formativa del personale sanitario, ne deriva che l'apporto alla didattica ed alla ricerca medica delle componenti ospedaliere e territoriali è indispensabile. Ciò che occorre produrre è una nuova regolamentazione delle reciproche aree di competenza, e fornire un dispositivo più stretto di integrazione che, pur lasciando la responsabilità istituzionale primaria all'Università per l'organizzazione e la gestione del dispositivo stesso, consenta una collaborazione feconda e priva di quegli inconvenienti che sin qui si sono verificati.

Le esigenze che abbiamo richiamato richiedono di essere affrontate mantenendo fermi i punti di riferimento inerenti allo « stato giuridico » del personale stesso. Per quello di ruolo universitario, dovrà essere accolto il principio dell'associazione dipartimentale dei docenti. Pertanto, ogni movimento di riforma o di ristrutturazione della facoltà medica deve essere inquadrato nel più vasto quadro di riferimento della riforma universitaria, pur lasciando spazio — nella gestione della stessa — a quanto di « peculiare » esiste per una corretta programmazione ed attuazione dei tre aspetti inscindibili « ricerca-didattica-assistenza », propri del settore medico. Questa necessità è stata sempre riconosciuta nel dibattito sulla riforma universitaria, svoltosi negli scorsi anni nel nostro Paese.

V. — Al problema del riconoscimento di queste « esigenze » e dell'inserimento delle

soluzioni peculiari più idonee nella ristrutturazione in corso dell'Università, tenendo presenti gli obiettivi della riforma sanitaria e quelli più ampi, ma non contrastanti, posti dall'adeguamento del modulo formativo degli operatori sanitari nazionali agli *standards* fissati dalle direttive della Comunità europea, mira per l'appunto questo disegno di legge, che vuole indicare alcune linee di raccordo e punti di riferimento, sui quali le « autonomie » dei singoli dipartimenti universitari e le « programmazioni » dell'assistenza dovranno confrontarsi, per ritrovare con spirito di servizio ed ampio senso democratico il punto di equilibrio, necessario alla buona gestione ed al progresso dell'istituzione.

Il disegno di legge che presentiamo consta di 25 articoli suddivisi in tre capi.

Il capo I contiene norme generali relative all'ordinamento didattico.

L'articolo 1 stabilisce che l'ordinamento degli studi universitari di medicina comprende: i corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari; il corso di laurea in odontoiatria; il corso di laurea in medicina; i corsi di specializzazione successivi alla laurea; il dottorato di ricerca.

Viene, cioè, attuato quanto già in vigore nell'ambito della CEE: la laurea differenziata (medicina di base ed odotoiatria). Viene recepito l'istituto del « dottorato di ricerca » (previsto dalla Riforma dell'università) ed il « diploma » universitario (corso breve, differenziato, anch'esso previsto nella riforma globale dell'istruzione superiore).

La sezione I concerne i corsi di diploma. Si ritiene che alla formazione di personale parasanitario di elevato livello culturale e tecnico debba concorrere l'Università, già attualmente presente con iniziative singole in varie sedi. Gli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere sono tre:

1) una qualificazione culturale « generale », oltre che tecnica specifica, che generalmente si associa alla « formazione » universitaria;

2) un livello di professionalità corrispondente a quello stabilito dalle direttive della Comunità europea;

3) il vantaggioso inserimento professionale con figure di diplomati di alto livello per coloro che, per mancanza di posti nell'ambito dei corsi di laurea a numero programmato, o per altri motivi (eccessiva durata degli studi per il conseguimento delle lauree, ecc.) ritengano preferibile inserirsi nelle professioni parasanitarie di più elevata qualificazione, comunque con un diploma universitario.

L'articolo 2 stabilisce l'istituzione dei corsi di diploma e *l'articolo 3* le norme generali riguardanti l'ordinamento didattico, la programmazione e l'accesso. Al riguardo si precisa che i corsi di diploma sono a numero programmato e che per l'ammissione ad essi è richiesto il possesso del titolo di scuola secondaria superiore in aderenza agli indirizzi corrispondenti, in relazione alle caratteristiche specifiche richieste dal loro impiego in campo sanitario.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge saranno emanate norme delegate con le quali saranno determinati i profili professionali cui i diplomi danno accesso e le modalità per la determinazione del numero programmato.

Si ritiene di aver individuato almeno quattro categorie a ben definite caratteristiche professionali: i dirigenti e docenti di scuola infermieristica; le ostetriche; i tecnici della riabilitazione funzionale ad indirizzi differenziati; i tecnici di organizzazione e statistiche sanitarie.

L'istituzione dei nuovi corsi di diploma deve rispondere agli obiettivi indicati nel piano di programmazione universitaria ed in quello di programmazione sanitaria nazionale. La normativa proposta non interferisce, ovviamente, con la competenza regionale in materia di formazione professionale degli operatori e tecnici sanitari di base.

La sezione II è relativa ai corsi di laurea.

L'articolo 4 riguarda l'ordinamento didattico dei corsi di laurea stessi. Detto ordinamento — corrispondente alle direttive CEE in materia — sarà determinato con decreto del Ministro della pubblica istruzione su conforme parere del Consiglio nazionale universitario.

Sono previsti due corsi di laurea: in medicina ed in odontoiatria. Lo studente che, completato il rispettivo corso degli studi

secondo il piano prestabilito, abbia superato le prove prescritte consegue la laurea che è inerente al corso seguìto; superato poi l'esame di stato abilitante il laureato è autorizzato all'esercizio professionale nell'indirizzo di studi in cui è stato abilitato.

L'accesso ai corsi di laurea (*art. 5*) è a numero programmato, ed è consentito a coloro che siano in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore in conformità a quanto previsto nella legge di riforma della scuola secondaria superiore o, in attesa, in conformità a quanto previsto dalle vigenti disposizioni. Ogni anno sarà determinato il numero globale dei posti del corso di laurea in medicina e del corso di laurea in odontoiatria, da ripartire successivamente tra le Università. La procedura parte dal Ministero della sanità, nell'ambito dei provvedimenti riguardanti il piano sanitario nazionale triennale, che determina il fabbisogno di laureati in medicina ed in odontoiatria; ma i provvedimenti relativi alla ripartizione dei posti da attivare nelle varie sedi didattiche sono di competenza del Ministero della pubblica istruzione (*art. 6*).

L'articolo 7 reca la disciplina dell'esame di ammissione e dell'assegnazione dei posti programmati ai candidati che hanno superato le prove.

Questa parte del disegno di legge merita un particolare approfondimento. La problematica della selezione dei giovani da immettere nel numero programmato dei due corsi di laurea è complessa anche sotto l'aspetto « tecnico », e, per quanto da tempo in uso in quasi tutti i Paesi, non ha portato a metodi uniformi di impiego. Nelle discussioni che — nel passato — si sono avute su questo argomento sono state sostanzialmente dibattute due ipotesi. La prima comporta l'iscrizione libera di tutti coloro che lo desiderino, ma è previsto un esame selettivo al termine di un primo anno (o biennio) di corso a carattere formativo, di base, comune o no ai due corsi di laurea. La seconda ipotesi comporta invece il superamento di un esame da sostenersi prima dell'iscrizione ai corsi di laurea sopra nominati, cioè praticamente subito dopo il termine degli studi secondari superiori.

I vantaggi della prima soluzione consistono nella « gradualità » nel tempo della selezione, che può affinare e far emergere le doti dei migliori e più idonei al proseguimento degli studi; ma questa soluzione — a parte il grande impegno didattico del primo anno (o biennio) — si è dimostrata fonte di gravi frustrazioni per gli esclusi nei Paesi che l'hanno adottata.

Per questi motivi, sembra preferibile proporre la pur necessaria selezione tra il termine della scuola media superiore e l'accesso ai corsi di laurea in medicina ed in odontoiatria — come avviene in gran parte dei Paesi europei e non europei — ferma restando la necessità che anche la scuola media superiore riformata contribuisca con i suoi canali formativi al corretto indirizzo professionale dei giovani ed al recupero della « qualità ».

Pertanto la graduatoria finale dovrà tenere conto e del risultato dell'esame e del *curriculum* scolastico.

Le prove di esame dovranno avere per base un programma di esame, predisposto a cura del Ministero della pubblica istruzione, che dovrà sostanzialmente ispirarsi ai contenuti del canale formativo biologico-sanitario previsto nel progetto di riforma della scuola media secondaria superiore, all'esame del Parlamento.

I criteri di svolgimento dell'esame di ammissione sono indicati nella formula più moderna ed efficiente per raggiungere le finalità di equità, anonimato ed obiettività: questo risultato può essere ottenuto mediante una serie di *tests* a scelta multipla, predisposti prima e poi elaborati meccanograficamente in sede centrale.

La distribuzione fra le varie sedi degli idonei — principio questo recepito dalle norme generali di programmazione dell'Università — avviene contemperando l'intersecarsi di vari fattori: piazzamento conseguito in graduatoria, indicazione personale, residenza dell'ammesso, disponibilità di strutture e servizi presso ciascun Ateneo. È una tematica certamente delicata ma non irrisolvibile an-

che nel nostro Paese, così come è stata già risolta in sede europea.

La sezione III è relativa ai corsi di specializzazione, finalizzati ad erogare un insegnamento differenziato e di secondo livello sia ai laureati in medicina che in odontoiatria.

L'articolo 8 precisa le finalità e le caratteristiche generali dei corsi. Viene ribadita l'esigenza sia di uniformare nelle varie sedi denominazioni, ordinamento didattico e modalità di accesso per corsi relativi alla stessa branca specialistica, sia di assicurare la loro rispondenza alle direttive della Comunità europea. Vengono fissati i criteri in base ai quali le Università possono richiedere l'istituzione di corsi di specializzazione e mantenerli attivi (*art. 9*): il punto di riferimento è costituito dalla rispondenza al piano di programmazione nazionale, confacente al piano sanitario nazionale.

L'articolo 10 detta la composizione e le competenze del consiglio del corso di specializzazione; prevede altresì le attribuzioni del direttore dei corsi. Dal contesto dell'articolo 10 appare evidente l'alta « democraticità » nella conduzione dell'attività dei corsi per la prima volta sancita in questa materia.

L'articolo 11 è relativo alla determinazione del numero globale dei posti nei corsi di specializzazione, da ripartire successivamente — per ogni corso di specializzazione considerato — nelle varie Università. Il « fabbisogno » è stabilito dal Ministero della sanità, ma il « reclutamento » e la « distribuzione » degli allievi sono di competenza del Ministero della pubblica istruzione. Vengono fissati alcuni criteri di massima, utili nell'individuare il rapporto discenti-strutture didattiche.

L'articolo 12 concerne la disciplina dell'ammissione ai corsi in parola. Il criterio è « selettivo », basato su esame di ammissione (seguìto da graduatoria), le cui modalità sono fissate nello statuto dell'Università cui la scuola appartiene.

L'articolo 13 è relativo all'ordinamento didattico dei corsi, che sarà previsto nello statuto dell'Università in conformità ad uno statuto tipo predisposto dal Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario.

Le modalità di insegnamento e gli esami sono disciplinati *dall'articolo 14*, mentre *l'articolo 15* è relativo alla frequenza ai corsi, che è obbligatoria. Si stabiliscono le norme che regolano il rapporto specializzando-amministrazioni, allorchè il primo ricopra un posto di ruolo presso Università o strutture sanitarie pubbliche: tali norme hanno lo scopo di « recuperare » la frequenza nelle sedi ove si svolge il nucleo didattico non sostituibile, per almeno tre mesi all'anno: obbligo, attualmente, disatteso da pressochè tutti gli specializzandi che ricoprono posti di assistente altrove.

L'articolo 15 viene a disciplinare anche la possibilità di permanenza del discente presso altri dipartimenti, per tempi limitati.

Al termine dei corsi l'Università conferisce il titolo di specialista (*art. 16*), che ha ovviamente carattere abilitante alle attività proprie della specialità anche nell'ambito della CEE; a garanzia della qualifica professionale particolare che lo specialista viene ad assumere, è inserito nella commissione d'esame un rappresentante dell'Ordine professionale.

L'articolo 17 dispone che ai laureati ammessi alla specializzazione sia corrisposto un « premio di frequenza », che non costituisce alcun titolo per invocare qualsiasi forma di rapporto di impiego, ma è tale da consentire, all'Università, di pretendere la frequenza obbligatoria presso le sedi didattiche convenzionate per l'insegnamento. Questo « fondo » è iscritto nel bilancio dell'istruzione superiore. Non si vede quale altra soluzione possa adottarsi, volendo mantenere fermo il principio che lo « specializzando » è, di per se stesso, un discente in corso di formazione professionale post-laurea per autonoma, libera e responsabile scelta, e non un medico « comandato » dalla struttura sanitaria ad un particolare « allenamento » pratico settoriale. Il disegno di legge, tuttavia, tiene conto largamente anche delle necessità particolari di coloro che perseguono la specializzazione, essendo già inseriti nelle strutture assistenziali (v. artt. 14-15).

L'articolo 18 è relativo al dottorato di ricerca, con la particolare fisionomia che tale figura viene ad assumere nei dipartimenti che svolgono attività assistenziale. Poichè la finalità del corso di studi per conseguire tale titolo è quella di preparare il « docente » che assicurerà il rinnovo dei quadri, è apparso necessario che nei dipartimenti che svolgono attività assistenziale il discente sia tenuto a collaborare anche alla assistenza, nella misura indicata dal consiglio di dipartimento, al fine di raggiungere quella preparazione scientifica che, in campo clinico, non può prescindere dall'osservazione del malato.

Essendo prevedibile che il numero dei « dottori di ricerca » sia almeno lievemente superiore al fabbisogno di docenti, al fine di favorire l'opportuno recupero di coloro che non verranno immessi nell'Università offrendo loro la possibilità di inserirsi in altre carriere, il disegno di legge propone che in tali circostanze il dottorato di ricerca, oltre al previsto valore accademico, costituisca titolo equivalente all'idoneità nazionale di aiuto ospedaliero nella corrispondente disciplina, ove sia presentato congiuntamente al possesso del diploma di specializzazione. Si propone, inoltre, che nei concorsi ospedalieri costituisca titolo valutabile come titolo accademico successivo alla laurea e come titolo di servizio per ogni anno di attività necessaria al suo conseguimento.

Il capo II concerne l'organizzazione dell'attività didattica, di ricerca e di assistenza.

In particolare, *l'articolo 19* dispone che l'insegnamento della medicina è affidato a dipartimenti a tale fine organizzati secondo le norme fissate dall'ordinamento universitario. I tipi di dipartimento, cui dovranno adeguarsi gli statuti, sono determinati con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario.

In pratica, non viene prefissato un modulo « orizzontale » o « verticale » di dipartimento, nè viene ipotizzato alcunchè sui criteri di aggregazione nei dipartimenti dei docenti attualmente in servizio nella facoltà di medicina nei vari istituti, poichè questa è materia generale disciplinata, per l'appunto, dalla legge di riforma universitaria, che prevede fra l'altro un congruo periodo di sperimentazione e demanda alle norme che verranno indicate dal Consiglio nazionale universitario (CNU).

Vengono, invece, precisati i compiti generali dei dipartimenti che cureranno gli studi medici una volta istituiti, e viene stabilito il principio che la loro « organizzazione » deve avvenire in modo tale da consentire di assolvere le finalità cui sono preposti, tenendo conto della inscindibilità delle attività di ricerca, di didattica e di assistenza e della necessità di assicurare ai corsi universitari quella uniformità dei contenuti didattici irrinunciabili, che è richiesta, oggi, per una « uniforme » preparazione del medico e dello specialista europeo.

A questi princìpi generali non viene a derogare l'eventuale organizzazione — per riconosciute particolari esigenze — di dipartimenti « diversi » dal modulo *standard* previsto dal CNU, o la previsione — nello statuto dell'Università — di apposite forme di coordinamento interdipartimentale.

L'articolo 20 concerne le attività di educazione permanente sanitaria, cui è interessata l'Università. Si riconosce, da un lato, che tale attività non deve costituire monopolio dell'Università, ma si chiarisce, dall'altro, che i dipartimenti interessati agli studi medici si riservano il diritto di promuovere iniziative in tal senso per gli operatori sanitari a formazione universitaria o post-universitaria, e/o di partecipare ad iniziative promosse da altri enti comunque interessati all'educazione permanente sanitaria intesa nel senso più ampio (operatori di tutti i livelli). Si stabilisce che, ove la collaborazione avvenga con la Regione e con enti ed istituzioni, i termini di essa debbano essere esplicitamente regolati da apposite convenzioni.

La finalità, esplicitamente indicata dal testo, è quella di realizzare, per l'avvenire, quell'intervento organico che sino ad ora è mancato nell'ambito dell'educazione permanente sanitaria.

Con l'*articolo 21* si affrontano problemi particolarmente delicati. La finalità generale è quella di disciplinare le convenzioni tra Università e Regioni, al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive attività istituzionali in conformità agli obiettivi stabiliti nel piano di sviluppo universitario e nel piano sanitario nazionale. La normativa che si propone è strettamente aderente allo spirito ed alla lettera dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante: « Istituzione del Servizio sanitario nazionale ».

Le convenzioni, strumento « classico » previsto nel presente disegno di legge come « obbligatorio », dovranno consentire alla Università di usufruire di quelle strutture assistenziali territoriali che i dipartimenti interessati indicheranno come necessarie per lo svolgimento delle loro finalità (didattica, ricerca, assistenza).

Tale scelta sarà cautelata, però, dal riconoscimento di requisiti di idoneità, fissati in sede centrale, per le indicate strutture.

Quasi in ideale « contropartita », l'Università contrae con il dispositivo sanitario nazionale e regionale l'obbligo di partecipare alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria, e si assoggetta dunque in qualche modo alla verifica della utilità delle richieste di provvedimenti di sviluppo universitario aventi implicazioni « assistenziali », anche da parte dei programmatori sanitari nazionali e regionali.

La finalità è quella di superare quelle procedure per binari paralleli, determinanti la quasi assoluta incomunicabilità reciproca, che ha caratterizzato le « strutture » universitarie e quelle « ospedaliere » sino ad oggi. Realisticamente, si è previsto che la possibilità di accordo « sul campo » fra il mondo universitario e quello ospedaliero, praticamente collegati per il finanziamento delle rispettive attività assistenziali ad un unico ente: la Regione, debba essere ricercata in una serie di vantaggi bilanciati per ciascuna categoria, così esprimibile:

1) per gli « universitari », dovrà essere prioritariamente assicurata la completa utilizzazione del personale docente universitario all'attività assistenziale svolta dai dipartimenti. Non vi dovrà essere, nell'ambito dei dipartimenti dediti all'assistenza, personale docente mancante di una « funzione » assistenziale ben definita e proporzionata al ruolo;

2) per gli « ospedalieri », vengono recepite le disposizioni di legge relative all'affidamento a personale ospedaliero laureato di funzioni didattiche integrative di quelle universitarie (v. art. 39 della legge n, 833 del 1978).

La qualificazione alla didattica degli uomini e l'idoneità a tal fine delle strutture sanitarie territoriali di cui si chiede l'apporto, vengono riconosciute in base a requisiti che saranno indicati in schemi-tipo predisposti dai due Ministeri (pubblica istruzione e sanità).

Per evidenti motivi, viene stabilito che il convenzionamento per l'utilizzazione della parte ospedaliera delle strutture ai fini della didattica nelle sedi ove già operano strutture miste (universitarie-ospedaliere) è da esaminare in via prioritaria, sempre che tali strutture ospedaliere siano idonee (o siano rese tali) e cioè rispondenti agli *standards* ministeriali sovra indicati. In tal modo si ritiene di ovviare ad inconvenienti di carattere umano e gestionale, che si verificano oggi in ogni sede a struttura mista.

L'articolo 21, proseguendo, esamina tre altri aspetti:

1) le modalità per risolvere il possibile « contenzioso » fra Università e Regione in merito alle convenzioni;

2) le modalità per rendere operativo quanto è concordato fra Università e Regione;

3) i diritti-doveri che acquisiscono i docenti provenienti dai ruoli regionali (ospedalieri), entrando a far parte del sistema didattico attivato dai dipartimenti.

Per quanto concerne il primo punto, si è ritenuto sufficiente ribadire la validità del meccanismo già individuato nell'articolo 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentito però il Consiglio nazionale universitario ed il Consiglio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il secondo punto, sono previste « convenzioni applicative » fra Università ed unità sanitarie locali, che rap-

presentano le « sedi organizzative-operative dell'assistenza sanitaria ».

Anche per questi accordi, è previsto il riferimento obbligatorio a « schemi-tipo » elaborati centralmente.

Per quanto riguarda il terzo punto, il docente proveniente dai ruoli regionali ospedalieri entra a far parte dei consigli di corso (rispettivamente di diploma, di laurea, di specializzazione) nel quale è immesso. È stabilita la sola salvaguardia della rappresentanza paritetica delle due categorie (universitaria ed ospedaliera) in caso di composizione non simmetrica del corpo docente del corso, globalmente inteso, con prevalenza ospedaliera. La « destinazione » ai vari corsi e le mansioni didattiche sono stabilite, tuttavia, dal consiglio di dipartimento cui afferisce la materia riguardante il docente proveniente dai ruoli non universitari (ospedalieri); il consiglio dovrà tenere conto, nelle attribuzioni, non solamente delle « qualifiche » del docente, ma anche delle esigenze del piano generale di attività didattica, fissato dal consiglio di dipartimento, e del carattere « integrativo » dell'apporto didattico ospedaliero, secondo quanto già ricordato in precedenza.

Il capo III reca norme particolari e finali.

L'*articolo 22* è relativo ai compiti del personale docente, che è soggetto alle norme di stato giuridico del personale docente universitario in conformità a quanto previsto nell'ordinamento universitario. Fra i doveri dei docenti medici è compreso quello di svolgere attività assistenziale nella misura richiesta dal dipartimento, il quale dovrà in ogni caso assicurare il funzionamento del servizio assistenziale cui è interessato. Viene stabilito il tempo collegialmente ed individualmente da destinarsi all'assistenza, al fine di assicurare una idonea partecipazione alle attività didattiche e di ricerca non strettamente coincidenti, nei tempi e modalità di esecuzione, con l'attività clinica.

Viene riconosciuto un principio di grande importanza ed innovazione nel « nostro » sistema, ma già ampiamente attivato in Europa: i docenti non medici possono essere impiegati in compiti di assistenza, in relazione alle esigenze della programmazione dell'attività assistenziale nell'ambito dipartimentale o interdipartimentale.

I ruoli di primario, aiuto ed assistente vengono conferiti seguendo criteri di priorità chiaramente stabiliti, ed i docenti ordinari sono considerati — comunque — equiparati a coloro che hanno conseguito l'idoneità nazionale a primario.

Esaminando questa parte del disegno di legge congiuntamente a quella contenuta nell'articolo 21 (*Convenzioni*), appare evidente che si tende a riattivare quel proficuo scambio di esperienze fra le due carriere, oggi divenute rigidamente chiuse. Anche l'esercizio della libera attività professionale è assicurato, per i docenti di ruolo universitari, nel rispetto delle stesse norme e modalità previste per i medici ospedalieri.

L'*articolo 23*, contiene norme riguardanti il personale tecnico non docente appartenente all'Università ed assegnato ai dipartimenti, operanti in strutture convenzionate, del quale viene vietata l'utilizzazione per attività assistenziale. Si cerca — in tal modo — di recuperarne la destinazione a compiti universitari e si individuano le mansioni proprie. Non vi può essere un « rilancio » dell'attività di ricerca dell'Università, se manca la disponibilità di personale tecnico adeguatamente preparato a tali compiti.

Una « rivalutazione » della categoria anche attraverso una idonea revisione dello stato giuridico e delle mansioni è opportuna ed urgente.

L'*articolo 24* reca norme transitorie per l'esercizio delle funzioni di primario, di aiuto ed assistente in attesa del nuovo ordinamento generale dell'Università; mentre *l'articolo 25* dispone che per tutto quanto non diversamente stabilito dal presente disegno di legge si applicano le disposizioni previste dall'ordinamento universitario.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I
ORDINAMENTO DIDATTICO

Art. 1.

(Ordinamento degli studi)

L'ordinamento degli studi universitari di medicina comprende:

corsi di diploma per operatori tecnico-sanitari;

corso di laurea in odontoiatria della durata di anni cinque;

corso di laurea in medicina della durata di anni sei;

corsi di specializzazione successivi alla laurea;

dottorato di ricerca.

SEZIONE I
CORSI DI DIPLOMA PER OPERATORI TECNICO-SANITARI

Art. 2.

(Istituzione dei corsi)

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, e tenuto conto della esigenza di uniformarsi alle direttive della Comunità economica europea concernenti le professioni sanitarie.

Ai corsi, che sono a numero programmato, si accede previo superamento di un esame, cui sono ammessi coloro che sono in possesso del titolo di scuola secondaria superiore in aderenza agli indirizzi corrispondenti.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Governo è delegato ad emanare norme con valore di legge ordinaria con cui saranno determinati: le denominazioni dei corsi; i titoli di studio e le modalità di accesso all'esame di ammissione per coloro che sono in possesso di diploma di scuola secondaria superiore non in aderenza agli indirizzi corrispondenti; i profili professionali cui i diplomi danno accesso.

Le norme delegate conterranno altresì opportune disposizioni transitorie per la determinazione dei titoli che consentono l'accesso ai corsi di diploma in attesa dell'attuazione del nuovo ordinamento della scuola secondaria superiore.

Le norme delegate saranno emanate con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della pubblica istruzione, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, udito il parere di una commissione composta da dodici deputati e dodici senatori.

Art. 3.

(*Norme generali riguardanti l'ordinamento didattico, la programmazione e l'accesso*)

Entro sei mesi dall'approvazione delle norme delegate, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario, 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 studio individuali, delle attività pratiche e del tirocinio, nel rispetto delle direttive della Comunità economica europea in materia.

L'insegnamento è teorico e pratico e può essere svolto, oltre che dai singoli docenti, anche mediante coordinamento di insegnamenti tra loro affini o connessi, secondo criteri e modalità stabiliti dal consiglio del corso di diploma.

La frequenza alle varie attività didattiche è obbligatoria e deve risultare attestata al

fine di essere ammessi alle rispettive prove di esame.

Il consiglio del corso di diploma può adottare particolari disposizioni per agevolare la frequenza di 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.

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

Gli statuti delle Università che prevedono corsi di diploma corrispondenti a quelli di cui al presente articolo devono uniformarsi, entro l'anno accademico successivo a quello dell'emanazione delle norme delegate, al nuovo statuto 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.

L'istituzione dei nuovi corsi di diploma deve rispondere agli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale e nella programmazione nazionale universitaria.

Nell'osservanza del criterio del numero programmato, il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario, provvede a ripartire annualmente con proprio decreto il numero dei posti disponibili per ciascuna Università, tenuto conto delle indicazioni fornite dal piano sanitario triennale e delle capacità di ricezione delle strutture didattiche di ciascuna Università, in conformità al piano di sviluppo universitario triennale.

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

SEZIONE II

CORSI DI LAUREA

Art. 4.

(Ordinamento didattico dei corsi di laurea)

Con decreto del Ministro della pubblica istruzione, su conforme parere del Consiglio nazionale universitario, sarà determinato

l'ordinamento didattico di ciascuno dei corsi di laurea.

In conformità delle direttive CEE l'ordinamento didattico per la laurea in medicina 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.

L'intero ciclo di formazione medica deve comprendere un minimo di 5.500 ore di insegnamento teorico e pratico.

In conformità delle direttive CEE, l'ordinamento didattico per la laurea in odontoiatria 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 l'odontoiatria;

3) adeguata conoscenza della struttura e della funzione dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti sani e malati, nonchè 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.

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

Gli ordinamenti didattici relativi ai predetti corsi di laurea debbono consentire, determinandone il numero minimo, lo svolgimento di corsi opzionali scelti dallo studente tra quelli indicati nello statuto e debbono stabilire 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, e può essere svolto, oltre che dai singoli docenti, anche mediante coordinamento di insegnamenti tra loro affini o connessi, secondo criteri e modalità stabilite dal consiglio del corso di laurea.

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

Il consiglio del corso di laurea può adottare 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 prestabilito, abbia superato le prove prescritte, consegue la laurea in medicina e la laurea in odontoiatria.

La laurea in odontoiatria, previo superamento del relativo esame di Stato, abilita all'esercizio dell'attività professionale in odontoiatria.

Il decreto ministeriale dovrà anche indicare opportune norme di coordinamento per lo svolgimento di insegnamenti comuni ai due corsi di laurea.

Art. 5.

(*Accesso ai corsi di laurea*)

I corsi di laurea sono a numero programmato e ad essi si accede a seguito di superamento di esami di ammissione.

Sono ammessi all'esame coloro che siano in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore in conformità a quanto previsto nella legge di riforma della scuola secondaria superiore.

Fino all'attuazione del nuovo ordinamento della scuola secondaria superiore, per la ammissione all'esame è richiesto il possesso di diploma di scuola secondaria superiore in conformità a quanto previsto dalle vigenti disposizioni.

Art. 6.

(*Determinazione del numero programmato*)

Il Ministro della sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale, determina il fabbisogno nazionale triennale dei laureati in medicina ed in odontoiatria. Sulla base del decreto di cui al precedente comma, il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale, determina il numero globale delle iscrizioni ai corsi di laurea in medicina ed ai corsi di laurea in odontoiatria per ciascun anno accademico e provvede a ripartire i relativi posti per ciascuna Università, tenuto conto delle strutture didattiche disponibili e delle indicazioni fornite dal programma triennale di sviluppo dell'Università.

Art. 7.

(*Esame di ammissione ed assegnazione dei posti programmati*)

Le prove dell'esame di ammissione al primo anno di corso di laurea 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.

Il programma è predisposto dal Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario, ed è reso noto entro sei mesi dall'approvazione della presente legge.

Le prove consistono in quesiti a scelta multipla ed a correlazione semplice o multipla o ad incastro, con garanzia dell'anonimato, da espletarsi in tempi prestabiliti. La elaborazione dei risultati è effettuata mediante calcolatore elettronico.

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

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 ammissione nella graduatoria si intendono classificabili se si è riportato un punteggio non inferiore a quello minimo prestabilito per ciascuna delle materie sulle 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 conseguito 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, fissati in sede di programmazione dello sviluppo universitario nazionale.

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 od in odotoiatria prescelto e l'ordine pro-

gressivo 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 disposizioni che prescrivano 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.

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.

Con ordinanza del Ministro della pubblica istruzione, sono dettate annualmente le disposizioni di attuazione per lo svolgimento degli esami di ammissione, per la formazione della graduatoria e per l'assegnazione dei posti programmati.

SEZIONE III

CORSI DI SPECIALIZZAZIONE

Art. 8.

(*Finalità dei corsi di specializzazione*)

I corsi di specializzazione per laureati in medicina ed in odontoiatria 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 a due 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.

Art. 9.

(*Istituzione dei corsi di specializzazione*)

Gli statuti delle Università contengono le indicazioni del dipartimento presso il quale, secondo l'indirizzo generale degli insegnamenti impartiti, ciascun corso di specializzazione ha sede.

Le Scuole di specializzazione esistenti assumono le denominazioni di corsi e si uniformano alle disposizioni contenute nella sezione III del presente capo.

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

Art. 10.

(*Consiglio e direttore del corso di specializzazione*)

Il consiglio del corso di specializzazione sovraintende allo svolgimento delle attività teoriche e pratiche del corso e ne assicura l'effettiva realizzazione in conformità al relativo ordinamento didattico, predisponendo anche opportune forme di accertamento dell'adempimento dei doveri degli specializzandi in relazione ai rispettivi piani di studio, in aderenza a quanto disposto nei successivi articoli 13, 14 e 15.

Il consiglio è formato da tutti i docenti del corso che sono annualmente designati a tal fine dal consiglio di dipartimento cui afferisce il corso. Per insegnamenti non compresi nel dipartimento presso cui ha sede il corso, la designazione del docente è operata dal consiglio di dipartimento cui la materia afferisce.

Fanno altresì parte del consiglio del corso di specializzazione i medici ospedalieri ai sensi del successivo articolo 21, dodicesimo comma.

L'attività di docente nei corsi di specializzazione costituisce espletamento di compiti istituzionali per i professori universitari. Per i medici ospedalieri si fa riferimento a quanto disposto dal successivo articolo 21, quindicesimo comma.

Il direttore del corso è eletto dal consiglio di dipartimento, cui afferisce il corso di specializzazione, fra i docenti delle materie specifiche appartenenti alla fascia degli ordinari.

Il direttore presiede il consiglio e promuove e coordina le attività del corso, cura l'adempimento dei deliberati del consiglio, tiene i rapporti con il dipartimento cui afferisce il corso ed esercita tutte le altre attribuzioni previste nello statuto e nei regolamenti dell'Università.

Il direttore dura in carica un biennio e può essere rieletto. Non può contemporaneamente dirigere più scuole di specializzazione.

Art. 11.

(*Determinazione del numero dei posti nei corsi di specializzazione*)

Il Ministro della sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale, e seguendo le indicazioni del piano sanitario nazionale, determina il fabbisogno triennale di medici specialisti per ciascuna specializzazione.

Sulla base del decreto di cui al precedente comma, il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario, determina il numero globale delle iscrizioni ai singoli corsi di specializzazione per ciascun anno accademico e provvede a ripartire i relativi posti per ciascuna Università, tenuto conto delle capacità di ricezione delle strutture didattiche assistenziali di cui dispongono i dipartimenti con riferimento al piano triennale di sviluppo universitario ed in base alle convenzioni di cui al successivo articolo 21.

Di regola per le specialità cliniche il rapporto fra specializzando e posti letto deve essere di 1 a 4; per le specialità che non comportano degenti, il numero degli iscritti deve essere in relazione alle attrezzature ed ai laboratori.

Art. 12.

(*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.

Il possesso del diploma di abilitazione professionale corrispondente è richiesto altresì 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. I laureati in odontoiatria possono iscriversi solo ai corsi di specializzazione previsti nelle direttive CEE.

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 successivo 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.

Coloro che siano in possesso del dottorato di ricerca possono chiedere di essere ammessi al corso di specializzazione anche oltre il numero stabilito e comunque per una aliquota non superiore al 5 per cento dei posti disponibili e nel rispetto del numero massimo degli specializzandi programmato per il triennio.

Art. 13.

(*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, nonchè le modalità dell'esame di ammissione, sono stabilite nello statuto dell'Università in conformità ad uno statuto tipo predisposto 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.

Art. 14.

(*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 dipartimentali e convenzionate.

Parte dell'attività indicata deve essere svolta comunque nella struttura dipartimentale 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 sedute distinte, i docenti e gli specializzandi relativi ad ogni anno in cui si articola il corso stesso, e coordina con i presenti il calendario delle attività didattiche, alla luce del 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 di 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 inidoneità del candidato alla prosecuzione del corso.

Art. 15.

(*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 dipartimentale universitaria e di quella convenzionata, cui afferiscono le attività sopra indicate.

La frequenza alle attività didattiche e professionalizzanti si svolge secondo i princìpi del pieno impegno, per un tempo non inferiore a 11 mesi per anno.

Allo scopo di assicurare la migliore preparazione a ciascun ammesso ai corsi e la più idonea utilizzazione delle strutture, il consiglio del corso di specializzazione assegna ad ogni specializzando la struttura didattico-assistenziale, fra quelle universitarie o convenzionate, ove dovrà essere svolto il tirocinio pratico-residenziale, tenendo presenti le esigenze di una opportuna distribuzione degli iscritti e l'utilità della rotazione fra strutture specializzate diverse.

Parte dell'attività didattica teorica e professionalizzante deve essere svolta nella sede dipartimentale cui afferisce il corso 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 dipartimentale, il consiglio del corso di specializzazione può attivare in ogni anno accademico più periodi trimestrali di attività didattica.

Gli specializzanti che ricoprono un posto di ruolo presso le Università o strutture sanitarie pubbliche devono richiedere permes-

si giornalieri retribuiti e, se necessario, a giudizio 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 del corso da svolgersi presso le strutture dipartimentali.

L'amministrazione di appartenenza è tenuta a concedere i 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.

Art. 16.

(*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 fra le materie oggetto della specializzazione stessa dimostrante il particolare approfondimento di un argomento della specialità, nonchè 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 la 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.

Art. 17.

(*Premio di frequenza*)

I laureati ammessi alla 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 corrisposto dalle Università per la durata del corso un premio annuo di frequenza pari a due terzi dello stipendio lordo iniziale di un assistente di ruolo ospedaliero. 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 superiore, 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. 18.

(*Dottorato di ricerca*)

Presso i dipartimenti di cui al successivo articolo 19, sono istituiti posti per il conseguimento del dottorato di ricerca, la cui disciplina è dettata dal nuovo ordinamento universitario, salvo quanto previsto dai successivi commi.

Gli iscritti al dottorato di ricerca nei dipartimenti che svolgono attività assisten-

ziale debbono collaborare all'attività di assistenza, secondo le indicazioni del consiglio di dipartimento d'appartenenza.

La relativa attività è soggetta alla verifica annuale prevista dagli ordinamenti universitari.

Il dottorato di ricerca conseguito con le modalità sopra indicate presso i predetti dipartimenti, oltre al normale valore riconosciuto a tali titoli, costituisce — congiuntamente al possesso del diploma di specializzazione — titolo equivalente alla idoneità nazionale di aiuto ospedaliero nella corrispondente disciplina. Nei concorsi ospedalieri costituisce inoltre titolo valutabile come titolo accademico successivo alla laurea e come titolo di servizio per ogni anno di attività necessaria al suo conseguimento.

CAPO II

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA, DI RICERCA E DI ASSISTENZA

Art. 19.

(Dipartimenti)

L'insegnamento della medicina in relazione all'ordinamento degli studi previsto dall'articolo 1 della presente legge è affidato a dipartimenti a tal fine organizzati secondo le norme fissate dall'ordinamento universitario, tenuto conto della inscindibilità delle attività di ricerca, di didattica e di assistenza e della necessità di assicurare ai corsi universitari l'uniformità dei contenuti didattici irrinunciabili.

I tipi di dipartimento rispondenti alle esigenze di cui al precedente comma, ai quali debbono adeguarsi gli statuti delle Università, sono determinati con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale universitario.

In relazione ad obiettive esigenze funzionali e nel rispetto delle finalità di cui al precedente primo comma, nello statuto dell'Università possono essere previsti ulteriori dipartimenti, nonchè apposite forme di coordi-

namento interdipartimentale, con riguardo a particolari settori della ricerca e dell'assistenza nel rispetto delle attribuzioni di altri organi aventi per legge competenza in materia.

Art. 20.

(*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.

Può altresì collaborare ai programmi di educazione permanente di operatori sanitari che altri enti ed istituzioni, nell'ambito delle rispettive competenze, possono assumere.

Le forme, i modi ed i tempi di collaborazione di cui ai precedenti commi saranno disciplinati con apposite convenzioni.

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

Art. 21.

(*Convenzioni*)

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive attività istituzionali in conformità agli obiettivi stabiliti nel piano di sviluppo universitario e nel piano sanitario nazionale, l'Università e le Regioni stipulano convenzioni per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

1) l'utilizzazione su indicazione dei dipartimenti, per esigenze di ricerca e di insegnamento, in relazione al numero programmato degli allievi dei corsi di diploma, di laurea e di specializzazione, di presìdi, servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri e

del personale ivi operante, in quanto rispondano ai requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità;

2) l'apporto del settore assistenziale dei dipartimenti alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria.

A tal fine nel piano sanitario nazionale, su proposta del Ministro della pubblica istruzione, dovranno essere indicati i criteri per la costituzione e la ripartizione di posti-letto e di strutture, in relazione alle particolari esigenze didattiche e scientifiche delle Università.

Le convenzioni tra Università e Regioni, una volta definite, fanno parte dei piani sanitari regionali.

In particolare tali convenzioni, al fine di realizzare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca, dovranno assicurare anzitutto la completa utilizzazione del personale docente universitario alla attività assistenziale svolta dai dipartimenti.

Le convenzioni dovranno inoltre assicurare la partecipazione all'insegnamento universitario di personale medico ospedaliero particolarmente qualificato sul piano didattico. A tal fine saranno indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali ultime affidare funzioni didattiche integrative a quella universitaria, in conformità a quanto previsto nel n. 1) del precedente primo comma.

Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Le convenzioni devono altresì prevedere:

a) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'Università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;

b) che l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi, che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle Regio-

ni sia attuata d'intesa tra Università e Regioni;

c) che, nelle sedi ove già operano strutture miste universitarie-ospedaliere, il convenzionamento per la utilizzazione della parte ospedaliera delle strutture ai fini della didattica sia esaminato in via preferenziale, purchè tali strutture risultino in possesso dei requisiti di idoneità di cui al precedente primo comma, numero 1).

In caso di mancato accordo tra Università e Regioni in ordine alla stipula delle convenzioni ed in ordine all'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al precedente settimo comma, lettera *b*), si applica la procedura di cui all'articolo 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentito il Consiglio nazionale universitario ed il Consiglio sanitario nazionale.

Per l'utilizzazione delle strutture assistenziali previste al numero 1) del primo comma, le Università e le unità sanitarie locali stipulano specifiche convenzioni, che disciplinano, sulla base della legislazione vigente, i rapporti indicati nell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Le convenzioni previste nel presente articolo sono stipulate sulla base di schemi tipo approvati di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le Regioni, il Consiglio nazionale universitario ed il Consiglio sanitario nazionale.

Il personale medico ospedaliero, operante nelle strutture delle unità sanitarie locali utilizzate a fini didattici, è tenuto a svolgere attività di insegnamento secondo il piano di ripartizione dei compiti didattici stabiliti dal consiglio di dipartimento cui afferisce la materia, tenuto conto della qualifica di primario o di aiuto ed assistente rivestita dallo stesso personale.

Il predetto personale partecipa a tutti gli effetti al consiglio dei corsi di diploma o di laurea o di specializzazione cui è assegnato, in numero, per ogni categoria considerata, comunque non superiore al numero dei docenti di ruolo universitario previsti nella stessa categoria.

Il predetto personale può essere inserito anche in specifiche attività di ricerca scientifica programmate dal dipartimento.

Le funzioni didattiche del personale di cui al precedente comma cessano allorchè la struttura assistenziale in cui operano non sia più compresa nella convenzione o per quelle stesse cause che importano per i professori universitari cessazione della funzione docente.

A tale personale spetta il compenso previsto nell'articolo 54, ultimo comma, della legge 18 aprile 1975, n. 148.

Tale compenso va considerato nel trattamento economico complessivo del personale medico ospedaliero al fine di determinare la somma da corrispondere alle Università per la perequazione del trattamento economico del personale medico universitario.

CAPO III

NORME PARTICOLARI E FINALI

Art. 22.

(*Personale docente*)

I docenti di ruolo sono soggetti alle norme di stato giuridico del personale docente universitario in conformità a quanto previsto dall'ordinamento universitario.

L'esercizio della libera attività professionale è assicurato nel rispetto delle stesse norme previste per i medici ospedalieri.

I compiti dei docenti medici sono inscindibilmente connessi alla ricerca, alla didattica ed all'assistenza.

Il professore di ruolo ordinario, inserito in dipartimenti che svolgono assistenza, assume anche le funzioni di primario.

Ulteriori funzioni di primario, ove esista disponibilità di strutture a direzione primariale, e le funzioni di aiuto ed assistente saranno conferite su proposta del consiglio di dipartimento interessato ai docenti del dipartimento stesso secondo il seguente ordine di priorità:

a) docenti appartenenti alle restanti fasce con almeno sei anni di effettivo servizio

di ruolo, ridotto alla metà per chi sia in possesso del dottorato di ricerca nella corrispondente materia;

b) docenti appartenenti alle restanti fasce con anzianità minore di quella indicata nella precedente lettera *a*).

L'attività dei docenti medici deve garantire al dipartimento la possibilità di assicurare all'assistenza un numero di ore lavorative non superiore a quello richiesto ai medici ospedalieri. I docenti non medici possono essere impiegati in compiti di assistenza in relazione alle esigenze della programmazione dell'attività assistenziale nell'ambito dipartimentale o interdipartimentale.

I docenti che siano in possesso degli altri requisiti richiesti dalla legge ospedaliera sono ammessi ai concorsi per posti di primario corrispondenti alla materia di insegnamento, indipendentemente dal possesso dell'idoneità nazionale.

La corrispondenza è attestata dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Con l'entrata in vigore della presente legge cessano gli incarichi di insegnamento conferiti a persone non appartenenti al ruolo dei docenti universitari.

Art. 23.

(*Personale non docente*)

Con decreto del Ministro della pubblica istruzione da adottarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio universitario nazionale ed il Consiglio superiore della sanità, verranno determinate le mansioni che il personale tecnico laureato, diplomato ed esecutivo è tenuto a svolgere per le esigenze dei dipartimenti interessati, ed 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 dipartimento.

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 continuare a prestare la propria opera nella sede di servizio al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

Art. 24.

(*Norma transitoria*)

Fino all'insediamento degli organi del dipartimento ed all'attuazione delle nuove fasce di docenti in conformità all'ordinamento generale universitario, le funzioni di primario, di aiuto ed assistente sono conferite in base alle disposizioni vigenti all'atto dell'entrata in vigore della presente legge.

Agli effetti di cui al precedente articolo 22, lettera *a*), il libero docente è equiparato a chi è in possesso del dottorato di ricerca.

Art. 25.

(*Norma di rinvio*)

Per tutto quanto non diversamente stabilito nella presente legge si applicano le disposizioni previste dall'ordinamento universitario.