

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 1765

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori CONDORELLI, ZOTTI, FORLEO, IANNI,
VENTRE, CARRARA, PULLI, NAPOLI, LAZZARO, LAURIA, GRASSI
BERTAZZI, LADU, DI STEFANO e PINTO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 DICEMBRE 1993

Nuove norme per la formazione pre e post diploma
dei medici specialisti

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge	»	15
Titolo I - Scuole di specializzazione	»	15
Titolo II - Formazioni permanenti del medico specialista	»	21

ONOREVOLI SENATORI. - Il decreto legislativo 8 agosto del 1991, n. 257, che attua la direttiva n. 82/76/CEE in materia di formazione dei medici specialisti, è indubbiamente destinato a migliorare la preparazione dei medici specialisti nel nostro Paese. La riduzione drastica del numero dei posti, che indubbiamente comporta un giusto equilibrio tra tirocinanti da una parte e disponibilità delle strutture e numero dei pazienti dall'altra, il tempo pieno, che implica la partecipazione dei tirocinanti alla totalità delle attività mediche del servizio e ad un impegno professionale diretto con assunzione di responsabilità, e la remunerazione dei tirocinanti sono norme che certamente contribuiranno ad elevare la qualità della formazione dei nostri medici specialisti a livelli paragonabili a quelli dei loro colleghi degli altri Paesi membri della CEE. Un altro provvedimento legislativo particolarmente vantaggioso per i medici specialisti è il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, che riserva l'accesso al concorso pubblico per il primo livello della dirigenza del ruolo sanitario ai medici con diploma di specializzazione nella disciplina messa a concorso. Di fatto, il ruolo di assistente medico degli ospedali, abolito dal suddetto decreto, viene sostituito dal medico in formazione specialistica. Restano tuttavia insoluti numerosi problemi che riguardano non soltanto la formazione ma anche l'aggiornamento continuo dei medici specialisti per tutta la durata della loro attività professionale.

Il primo aspetto riguarda il rapporto attualmente esistente tra medici ammessi alle scuole di specializzazione e laureati in medicina e chirurgia. Tra le raccomandazioni del Consiglio della CEE vi è quella di prevedere che il numero dei medici specia-

listi corrisponda al 70 per cento dei laureati in medicina e chirurgia, mentre il restante 30 per cento dei neolaureati dovrebbe accedere ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Tale raccomandazione deve essere attuata al fine di contenere il gravissimo fenomeno della disoccupazione che affligge la classe medica italiana, tenendo presente, tra l'altro, che i medici che non hanno possibilità di accesso ai corsi di formazione specialistica o a quelli di formazione in medicina generale - e si tratta della maggioranza dei medici, data la limitata disponibilità di posti in entrambi i corsi - non avranno l'opportunità di raggiungere quella qualificazione necessaria per svolgere con credibilità l'attività libero professionale. Viste le scarse disponibilità finanziarie dello Stato e la necessità di ridurre il numero dei medici nel nostro Paese (attualmente uno dei più alti in Europa rispetto al numero di abitanti), un provvedimento legislativo che elevi al 70 per cento la percentuale dei neolaureati in medicina ammessi ai corsi di specializzazione deve essere accompagnato da un adeguamento del numero degli studenti iscritti ai corsi delle facoltà di medicina e chirurgia rispetto a quello dei posti disponibili nei corsi di specializzazione e di formazione specifica in medicina generale, tenuto conto del tasso di abbandono scolastico.

Il secondo aspetto concerne i criteri di ammissione alle scuole di specializzazione, attualmente disciplinata dalle modalità previste dall'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162. La norma in questione concede ampia discrezionalità alla commissione esaminatrice - in particolare nella valutazione della prova scritta, della prova orale, della valutazione della tesi di laurea e delle pubblicazioni - mentre occorrerebbe limi-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

tare al massimo la discrezionalità della commissione esaminatrice al fine di garantire a tutti i candidati l'uguaglianza delle opportunità di vincere sulla sola base dei meriti di cultura. Segnatamente, l'esame dovrebbe essere fondato su criteri che non consentono l'identificazione del candidato nella prova scritta e che permettono una valutazione rigorosamente obiettiva ed imparziale dei titoli, eliminando la prova orale che più si presta al pericolo di discrezionalità da parte della commissione esaminatrice.

La terza questione riguarda l'opportunità di dare alla formazione del medico specialista una dimensione più ampia di quella attuale, ristretta nei confini della specialità. La necessità di raggiungere in medicina difficili obiettivi scientifici comporta notevole approfondimento delle conoscenze in campi settoriali ed insieme assoluta padronanza di complesse attrezzature scientifiche, diagnostiche e terapeutiche, rendendo pertanto indispensabile la specializzazione e la divisione del lavoro scientifico. Tuttavia, considerare la patologia dei vari organi avulsa dall'intero organismo significherebbe ignorare, oltre che la personalità umana, la stessa unità somatica del malato, elementi entrambi indispensabili per pervenire ad una rappresentazione il più possibile reale della malattia e per attuare una razionale terapia. La concezione «olistica» della malattia, e quindi della attività del medico, non deriva esclusivamente dalla constatazione che non esiste malattia la quale, pur se localizzata a un solo organo, non sia la manifestazione di un male generale e non dia estese ripercussioni somatiche e psichiche, ma anche dalla considerazione che vi sono momenti fondamentali nell'esercizio dell'attività medica; qualunque sia la natura della malattia e la formazione culturale del medico, che richiedono una visione globale dei problemi del paziente. Si rende allora necessaria per i medici specialisti una salda preparazione della disciplina da cui la branca specialistica deriva, cioè della medicina interna per le specializzazioni mediche e della chirurgia generale per quelle chirurgiche. Un giusto equilibrio tra le necessità

di una visione «olistica» della medicina e di una salda preparazione specialistica richiesta dalla evoluzione della scienza si può raggiungere richiedendo al medico in formazione specialistica un preliminare rafforzamento delle conoscenze nella disciplina madre da cui discende la branca specialistica. Tale esigenza è stata avvertita dal Comitato consultivo per la formazione medica della CEE che raccomanda di raggiungere il suddetto obiettivo attraverso la realizzazione pratica del concetto del «tronco comune» che prevede per tutti gli specializzandi una iniziale esperienza di base in medicina interna o in chirurgia generale, per muoversi in seguito verso l'esperienza nel settore specialistico, rispettivamente, medico o chirurgico.

Il quarto aspetto riguarda l'individuazione di meccanismi atti a spingere le scuole di specializzazione al massimo impegno nella formazione dei medici specialisti ai più alti livelli professionali. Purtroppo al nostro Paese il valore legale del titolo di «specialista», reso di recente ancor più «legale» dalla norma che rende il diploma requisito indispensabile ai fini dell'accesso al concorso pubblico per il primi livelli di dirigenza del ruolo sanitario, conferisce al titolo di studio pressochè esclusivamente il valore legale che deriva dalla garanzia dello Stato, di un titolo cioè spendibile sul mercato del lavoro, facendo invece perdere ad esso il valore intrinseco che deriva dal credito che lo stesso titolo conquista nella pubblica estimazione quando rilasciato da un'istituzione altamente qualificata. Il valore legale del titolo di specialista porta in sé il pericolo di uno scarso impegno tanto della scuola che lo rilascia quanto del medico in formazione specialistica, il quale potrebbe avere come obiettivo pressochè esclusivo l'acquisizione di un titolo legale soprattutto per la ricaduta che esso avrà sulla futura attività professionale, piuttosto che una solida preparazione specialistica acquisita presso una scuola di alto livello scientifico. Ci rendiamo conto che la soppressione del valore legale del titolo di specialista sarebbe oggi nel nostro Paese un'utopia e che tale proposta incontrerebbe

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

difficoltà insormontabili. In alternativa, il meccanismo più adeguato ad obbligare le scuole di specializzazione ad un forte impegno nella formazione dei propri tirocinanti è, a nostro parere, quello di affidare la verifica del livello di formazione dei medici specialisti ad una istituzione diversa da quella preposta alla loro formazione. Seguendo questo criterio, il compito del rilascio del diploma di specializzazione potrebbe essere affidato ad un *board* nazionale per tutte le scuole (così come avviene negli Stati Uniti), oppure si potrebbe immaginare un esame a livello regionale per gli specializzandi di tutte le scuole di specializzazione della medesima disciplina dell'intera regione consistente in una prova attuata, come quella prevista per l'ammissione alla scuola, con rigorosi criteri di obiettività ed imparzialità. Un simile meccanismo innescerebbe una utile competizione tra le scuole di specializzazione, il cui prestigio finirebbe con l'essere strettamente correlato alla qualità degli specializzandi in grado di formare.

Un quinto aspetto concerne la necessità di ottenere il massimo impegno dei docenti nell'insegnamento nelle scuole di specializzazione attraverso una serie di provvedimenti che, fatte salve le esigenze della didattica nei corsi di laurea e l'autonomia delle facoltà, potrebbero prevedere:

1) la possibilità per i professori ordinari ed associati di optare per l'insegnamento dedicato esclusivamente alle scuole di specializzazione;

2) l'istituzione dei ruoli di professore ordinario e di professore associato nelle scuole di specializzazione;

3) la creazione di posti di professore associato in soprannumero riservati al personale medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario finanziati dal servizio sanitario nazionale.

Il sesto aspetto riguarda la possibilità di istituire scuole di specializzazione in medicina nei Paesi in via di sviluppo e scuole di livello europeo.

Il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, prevede una riserva di posti per i

medici dei Paesi in via di sviluppo. Riteniamo tuttavia che un notevole contributo allo sviluppo della sanità di quei Paesi possa essere rappresentato dalla istituzione di scuole di specializzazione in medicina e, più in generale, di formazione di personale sanitario tecnico ed ausiliario, presso gli stessi Paesi in via di sviluppo, anche in collaborazione con altri Paesi membri della CEE. Ancora, l'attuale normativa sulle scuole di specializzazione in Medicina prevede la possibilità che una parte del tirocinio di formazione specialistica sia svolto in istituzioni sanitarie estere. Una maggiore spinta all'internazionalizzazione della medicina potrà derivare dalla costituzione di scuole europee di specializzazione con la cooperazione di più Paesi membri della CEE. Questa nuova esperienza aperta alla formazione di una cultura medica integrata europea si inserirebbe nel processo di europeizzazione già iniziato per gli studenti universitari con il progetto «Erasmus».

Il settimo aspetto è del tutto nuovo nel nostro Paese e riguarda la formazione permanente del medico dopo il conseguimento del diploma di specialista.

In medicina, così come in tutte le professioni, il processo educativo deve perdurare per tutta la vita con l'obiettivo primario di mantenere una sufficiente competenza professionale per tutta la carriera professionale del medico. Al giorno d'oggi più che mai i concetti delle malattie ed i caratteri della conoscenza delle malattie si rinnovano ad una velocità estremamente rapida. Per essere informati di queste nuove conoscenze e dello sviluppo tecnologico collegato alla medicina, i medici generalmente scelgono quei sistemi di apprendimento che ritengono più efficaci in rapporto alle esigenze individuali. Pertanto l'educazione medica continua in gran parte del mondo è stata negli ultimi decenni un processo sostanzialmente volontario. Recentemente, in risposta alla pressione esercitata dalla necessità della professione medica di rendere conto alla popolazione della sua competenza, alcuni comitati o organizzazioni di controllo medico statali, in

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

particolare modo negli Stati Uniti, hanno cominciato a richiedere ai medici la documentazione di una certa quantità di educazione medica continua al momento di riottenere l'iscrizione periodica all'ordine professionale. L'educazione medica post-laurea è un'attività che ormai è resa assolutamente necessaria dal fatto che a distanza di 10-20 o più anni dalla laurea, molto delle conoscenze e delle competenze acquisite nel corso degli studi va perduto per difetto di memoria o per essere divenuto obsoleto. Si tratta quindi di delineare un ampio e dinamico settore di insegnamento che dovrebbe avere carattere sistematico e finalità formatrice oltre che informative. Le finalità di un aggiornamento medico post-laurea dovrebbero essere infatti:

1) consentire la massima circolazione di dati e di notizie sui progressi più recenti della ricerca;

2) aggiornare gli specialisti di una materia sullo sviluppo delle conoscenze in campi meno familiari;

3) favorire il dialogo tra specialisti universitari e ospedalieri da una parte e liberi professionisti o medici di base dall'altra;

4) limitare o comunque indirizzare e regolamentare il fenomeno dell'aggiornamento pilotato dall'industria biomedica.

In Italia, a differenza di molti altri Paesi, l'aggiornamento del medico non è obbligatorio, nè disciplinato da una apposita legislazione. Data la completa assenza di un regolamento in materia l'aggiornamento è spesso frammentario ed affidato all'iniziativa personale del medico. I veicoli di informazione sono in massima parte rappresentati da testi di medicina, riviste mediche, congressi e corsi di aggiornamento. Di questi ultimi, molti sono finanziati attraverso iniziative private o da case farmaceutiche e, spesso, in queste iniziative non è diffuso il costume di separare in maniera chiara e netta la sponsorizzazione dalla promozione. Sponsorizzazione significa unicamente supporto economico; diversa è la definizione dell'area scientifica del programma, l'indicazione dell'istituzione indi-

pendente (Università, ospedale, società scientifica, accademia, agenzia o fondazione), cui deve essere devoluta l'intera responsabilità di gestione scientifica, organizzativa e finanziaria del programma stesso.

Un aspetto negativo è anche il tempo che il medico italiano dedica alla partecipazione a congressi e riunioni. Una riduzione delle manifestazioni, e in particolare una riduzione degli eventi minori che spesso si sovrappongono gli uni agli altri, avrebbe il vantaggio di finalizzare l'energia e il tempo dei medici e dei ricercatori verso poche qualificate occasioni di discussione. La perdita di tempo derivante da viaggi e soggiorni tanto numerosi, ed a volte prolungati, rischia ormai di avere pesanti riflessi sulla più genuina attività medica sia pratica che scientifica. La scelta dei congressi cui partecipare dovrebbe essere esclusivamente legata all'opportunità di comunicare i risultati di eventuali studi e all'appartenenza a società scientifiche nazionali ed internazionali. Dal punto di vista dell'educazione medica continua, in linea di principio le riunioni ristrette cioè *workshops* e seminari, dal punto di vista strettamente scientifico, sono più utili dei grandi congressi e, per questo motivo, bisognerebbe riservare, nella elaborazione di un programma di titoli, un numero maggiore di ore a queste piccole manifestazioni di aggiornamento piuttosto che ai congressi nazionali. D'altra parte, il congresso annuale della rispettiva società italiana dovrebbe essere seguito anche per motivi di politica professionale e per gli aspetti giuridico-legislativi solitamente affrontati in questo tipo di convegni, anche se nel nostro Paese le società scientifiche non hanno in genere rilevanza politica, gestionale e di opinione. È anche raccomandabile la partecipazione ai congressi della società internazionale per la propria disciplina per i quali la conoscenza dell'inglese è ovviamente necessaria. Tuttavia va precisato che un congresso, per il solo fatto di essere internazionale, non è necessariamente di buona qualità. L'organizzazione dei grandi convegni internazionali risente non di rado di considerazioni geo-politiche anche di rapporti perso-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nali o di scuola. Viceversa, il livello scientifico di alcuni congressi di società nazionali, ad esempio negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, è spesso molto superiore a quello delle rispettive manifestazioni a carattere internazionale o mondiale.

Carente è anche il ruolo delle riviste scientifiche italiane nella formazione continua del medico. In Italia, a parte un piccolo numero di riviste recensite internazionalmente, esiste una vera e propria pleora di giornali, nel 1976 oltre 500, un numero superiore a quello degli Stati Uniti. In realtà gran parte di essi non esercita alcun controllo di qualità sul materiale da pubblicare. Ci sono perfino imprese commerciali specializzate nella stampa con contributi insignificanti destinati ad ingrossare l'elenco delle pubblicazioni che i candidati presenteranno ai concorsi pubblici. Mancano inoltre quasi del tutto nel nostro Paese giornali di informazione sulle azioni terapeutiche dei farmaci garantiti da ogni influenza delle imprese biomediche attraverso la revisione di un accreditato comitato redazionale.

Questo panorama relativo a congressi, a riunioni scientifiche e giornali medici fa comprendere lo stato di gravissima inconsistenza dei sistemi di aggiornamento medico in Italia oltre che l'arretratezza della mentalità del medico italiano nei confronti della necessità di aggiornarsi in maniera corretta rispetto ai medici sia nord-americani sia degli altri Paesi europei. Queste difficoltà o inconsistenze del sistema informativo-educazionale devono necessariamente essere rimosse contestualmente al varo di un programma legislativo di educazione medica continua, per poter favorire una effettiva realizzazione e per evitare che il programma resti al contrario un contenitore vuoto o, peggio, pieno di sistemi «diseducativi».

Quanto finora esposto sottolinea la necessità di sviluppare nel nostro Paese un forte movimento per una rivalutazione culturale della formazione continua della classe medica, le cui finalità sono rappresentate dal tentativo di aggiornare e migliorare le prestazioni cliniche, nonchè di avvicinare la classe medica ad una maggiore rigosità

e scientificità della propria informazione e del proprio profilo culturale in rapporto alle sviluppate esigenze della popolazione. A parte la necessità di un aggiornamento come conseguenza dello sviluppo delle tecnologie, delle metodologie diagnostiche e degli approcci terapeutici alle differenti malattie, che come detto precedentemente si evolvono rapidamente, il sistema di educazione medica continua post-laurea sviluppato sulla base di un rigido programma scientifico può avere anche un forte impatto di moralizzazione della classe medica. Una finalità addizionale di un tale programma potrebbe essere costituita dal raggiungimento di una maturazione e di una maggiore consapevolezza nel processo della prescrizione dei farmaci e delle indagini diagnostiche, ottenendo in tal modo un risparmio notevole per la collettività.

I problemi connessi con lo sviluppo di un programma di educazione permanente post-laurea del medico sono numerosi. Essi riguardano principalmente:

a) la definizione della istituzione responsabile della erogazione dei criteri necessari per la educazione permanente del medico;

b) le organizzazioni o enti istituzionali di controllo che debbono cooperare con il Ministero per la definizione dei programmi di educazione permanente;

c) il numero di ore ritenute necessarie per una educazione minima adeguata e permanente del medico che sia rapportata agli orari e ai sistemi di lavoro dei medici nel nostro Paese nonchè agli *standards* dei Paesi *partner* europei;

d) un sistema di valutazione periodico dell'adeguatezza dell'educazione del lavoro di aggiornamento svolto da ciascun medico e, simultaneamente, la definizione delle sanzioni previste per i medici inadempienti nonchè per i soggetti attivi e passivi del programma che commettono vistose infrazioni nel loro programma di aggiornamento.

Naturalmente alla base del programma di aggiornamento occorre ipotizzare una vasta campagna svolta su scala nazionale ad

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

opera del Ministero della sanità per sensibilizzare i medici verso un adeguamento o il continuo aggiornamento della formazione professionale. Un tale programma potrebbe incontrare il favore della classe medica, particolarmente se venissero fissate con chiarezza le regole del programma stesso attraverso un riconoscimento rapido delle strutture, delle organizzazioni e delle manifestazioni o attività che possono rappresentare la base per l'aggiornamento continuo del medico. Accanto a queste regole chiare di natura organizzativa e a queste disposizioni che potrebbero anche modificare in maniera meno restrittiva l'attuale atteggiamento generalizzato del Ministero verso le manifestazioni biomediche, si potrebbe facilitare il sistema dell'intervento delle aziende e delle industrie limitando il numero di restrizioni poste attualmente ed anzi facilitando il loro intervento sulla base di quel codice di regolamentazione della sponsorizzazione industriale cui si è fatto accenno nella parte introduttiva. Si potrebbe ipotizzare inoltre la defiscalizzazione parziale o totale delle spese sostenute dai medici nell'ambito delle attività volte a conseguire le ore di CME (*Continuous Medical Education*) che sono necessarie per il mantenimento di un aggiornamento sufficiente. Per quello che riguarda questo ultimo aspetto esso certamente non graverebbe più di tanto sui bilanci statali perché il ritorno sia in immagine della classe medica in Italia, sia per gli aspetti benefici sulla salute della popolazione, sarebbe senza dubbio enorme, se si tiene conto delle attuali carenze professionali di alcune categorie della classe medica, in particolar modo dei medici più anziani o dell'enorme numero dei medici di base che attualmente trascurano totalmente sia la lettura di periodici che i corsi di aggiornamento, sia la frequenza a congressi scientifici, a meno che essi non siano accompagnati da ampi e faticosi programmi sociali o addirittura esclusivamente rappresentati da attività di svago o di turismo.

Per quello che riguarda l'aspetto delle sanzioni amministrative si tratta senza dubbio di un territorio molto delicato che

comunque andrebbe anche esso affrontato in maniera molto netta, rappresentando ai medici la possibilità di esclusione dall'albo professionale a meno che annualmente essi non conseguano un numero minimo di ore di lavoro di aggiornamento. Queste ore di lavoro di aggiornamento debbono ovviamente essere documentate in maniera adeguata e questa documentazione non può avvenire altrimenti che per la frequenza a *work shop* di tipo clinico a seminari o a congressi nazionali che abbiano appunto ricevuto il CME dalle organizzazioni preposte. Per quello che riguarda queste organizzazioni in Italia si può pensare senz'altro che il Ministro della sanità, attraverso una commissione di esperti, possa presiedere e predisporre le regole per il conseguimento dei crediti dei programmi di educazione continua post-laurea per i medici e che in questi il Ministero della sanità possa essere affiancato o possa utilizzare una serie di organismi di controllo fra cui è inevitabile pensare al contributo che possono dare in ambito locale le facoltà mediche, le aziende ospedaliere, gli ordini professionali, in accordo con una programmazione predisposta dal Comitato nazionale per l'educazione medica continua, dalle società scientifiche nazionali o da specifiche agenzie ed accademie. A tale proposito, l'istituzione di commissioni regionali preposte al controllo istituzionale dell'educazione post-laurea, inclusa la concessione del diploma di specializzazione, previo esame di verifica del lavoro svolto e della preparazione acquisita nelle singole Scuole di specializzazione, potrebbe rappresentare l'organo periferico di consulenza del Ministero. Tali commissioni, rinnovate con cadenza triennale e composte da almeno dieci esperti della materia, potrebbero interagire con competenza alla definizione dei programmi educativi. Per quello che riguarda il numero di ore, il sistema di conseguimento dei crediti e il sistema delle sanzioni alle eventuali infrazioni o agli eventuali programmi di aggiornamento inadeguati, il Ministero dovrà agire di concerto con la Federazione nazionale degli ordini dei medici, con le organizzazioni sindacali al

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

fine di determinare con chiarezza tali programmi.

Va tenuto presente che per una efficacia del sistema di aggiornamento continuo del medico è necessario che siano sviluppate quelle iniziative culturali che consentono effettivamente l'aggiornamento del medico. In considerazione della latitanza di manifestazioni del genere a livello istituzionale o per così dire statali, se si esclude quello che è il programma normale del corso di laurea o di specializzazione post-laurea delle facoltà mediche, occorre pensare inevitabilmente al potenziale ruolo svolto da *sponsors* industriali per sostenere l'educazione medica continua. A questo scopo, è necessario prestabilire delle linee-guida iniziali per poter accreditare tali *sponsor* nell'organizzazione di manifestazioni che ricevano il supporto giuridico del Ministero della sanità e dei comitati consultivi. Tali linee-guida sono state indicate con una certa precisione in un documento denominato ACCME cioè *Accreditation Council for Continuous Medical Education* ed elaborato nel gennaio dell'84. A tale proposito, può essere interessante rilevare che l'ACCME è una organizzazione volontaria per determinare programmi di credito per le istituzioni e organizzazioni che forniscono educazione medica continua. Attraverso la valutazione ed il riconoscimento alle istituzioni o all'organizzazione i cui programmi sostanzialmente rispettano gli *standards* dell'educazione medica continua, l'ACCME ha inteso migliorare la qualità di tale programma essistendo i medici nell'identificare i programmi che aderiscono a codesti *standards*. L'ACCME ritiene che la responsabilità professionale dei medici richiede appunto un apprendimento continuo nel corso della carriera. La ACCME ritiene altresì che i medici sono responsabili della scelta del lavoro programma di educazione continua ed è coinvolta nella valutazione dei livelli di apprendimento raggiunti. Le regole, fissate praticamente dall'ACCME, sono state disegnate allo scopo di incoraggiare la partecipazione del medico a questi programmi in modo che essi assumano piena responsabilità per la loro scelta in accordo con quelle

che ritengono siano le loro possibilità, le preferenze individuali sui metodi di apprendimento e i sistemi di pratica. Gli *sponsor* industriali dovrebbero considerare primariamente le necessità e gli interessi dei potenziali partecipanti medici nel pianificare le loro attività connesse con il programma di educazione medica continua, incoraggiando i medici ad assumere ruoli attivi in questo processo di pianificazione. L'ACCME ha identificato alcuni elementi organizzativi di strutture e di metodo che sembrano poter contribuire significativamente allo sviluppo dell'educazione medica continua. Questi elementi essenziali devono essere sostanzialmente rispettati dagli *sponsors* che desiderano ottenere il credito.

La linea guida più importante prestabilito dall'ACCME è che essa non accredita attività individuali educazionali ma piuttosto istituzioni e organizzazioni per il loro programma complessivo. Il programma complessivo deve consistere, almeno in parte, in una o più attività educazionali sviluppate in accordo alle linee-guida previste che provvedono ad una interazione diretta fra insegnante e partecipante. In questa ottica è evidente il possibile ruolo svolto dalle facoltà mediche e dagli ospedali più qualificati per sviluppare programmi CME post-laurea che possano interagire efficacemente con i programmi messi a punto dagli *sponsors*, o, più in generale, dalle industrie biomediche. La seguente definizione può essere utilizzata per comprendere il processo di accredito: «L'educazione medica continua consiste in una serie di attività educazionali che servono a mantenere, sviluppare o aumentare la conoscenza e l'abilità della prestazione professionale e le relazioni che un medico utilizza per fornire servizi ai pazienti, al pubblico e alla professione».

«Il contenuto dell'attività educazionale è il complesso delle conoscenze e delle attività generalmente riconosciute e accettate dalla professione all'interno delle scienze mediche di base, delle discipline cliniche e delle cure mediche generali fornite al pubblico». Questa definizione allargata di educazione medica continua

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

riconosce che tutte le attività educazionali che assistono i medici nel continuare le loro attività professionali più efficacemente e più efficientemente sono collegate alla loro educazione medica.

Per esempio, un corso di aggiornamento in *management* sarebbe appropriato per quei medici responsabili della direzione di un servizio di cure mediche. Viceversa, un corso di CME in metodologia educazionale sarebbe appropriato per quei medici che insegnano nelle scuole mediche. Ancora, un corso di ecocardiografia pratica sarebbe appropriato solo per i medici coinvolti professionalmente in strutture ad orientamento o con servizio cardiologico. Di conseguenza, non tutte le attività educazionali continue che i medici possono intraprendere sono da ritenersi educazione medica continua. I medici non dovrebbero partecipare ad attività di educazione medica non correlate direttamente al loro lavoro professionale, o, quanto meno, nel rispetto delle libertà culturali individuali, queste attività non dovrebbero essere riconosciute al fine dell'acquisizione di crediti per l'educazione medica continua. Le attività educazionali che rispondono ad una necessità o un interesse non professionale del medico sono da ritenersi non educazione medica continua. Qui di seguito sono riportate alcune precisazioni sulle caratteristiche e le figure istituzionali del processo CME.

Lo scopo del processo CME è quello di assicurare ai medici e al pubblico che nelle attività di CME incontrino degli *standards* accettabili di educazione.

Il programma complessivo CME di uno *sponsor* consiste in una o più attività educazionali in accordo con le linee-guida del programma CME. L'attività CME è un programma educazionale coerente che è basato su necessità definite, su obiettivi espliciti, su un contenuto educazionale e su metodi. Lo *sponsor* è un'istituzione che organizza o assume responsabilità per un corso CME. Il partecipante è un medico che ha bisogno di conseguire CME. Le linee-guida sono rappresentate dal documento che fornisce le osservazioni riguardo i

sistemi di accredito degli *standards* che devono essere sostanzialmente rispettati dallo *sponsor*. Il programma dell'ACCME consiste nella definizione delle linee-guida essenziali e delle regole che devono essere rispettate dallo *sponsor*, dalle istituzioni o organizzazioni che aderiscono al programma del CME al fine di ottenere un credito sufficiente dal Ministero stesso.

La nostra proposta

Il disegno di legge che sottoponiamo all'esame del Parlamento si compone di due parti. Il titolo I, composto di dieci articoli, riguarda le scuole di specializzazione in medicina, mentre il titolo II, composto di 13 articoli, concerne la formazione permanente del medico specialista.

L'articolo 1 norma la determinazione dei posti nelle scuole di specializzazione e nei corsi universitari delle facoltà di medicina e chirurgia. Il numero dei posti delle scuole di specializzazione di ciascuna regione viene commisurato al 70 per cento della media dei laureati in medicina e chirurgia nel precedente triennio nella medesima regione. Inoltre, il numero degli iscritti al primo corso delle facoltà di medicina e chirurgia viene correlato alla disponibilità dei posti delle scuole di specializzazione e dei corsi di formazione specifica in medicina generale, tenuto conto della media triennale dell'abbandono scolastico.

L'articolo 2 disciplina in maniera diversa da quella attuale l'ammissione alle scuole di specializzazione in medicina, ispirata a criteri di valutazione obiettivi ed imparziali, al fine di dare a tutti i candidati l'uguaglianza dell'opportunità di vincere il concorso sulla sola base dei meriti di cultura. È prevista una prova scritta consistente in domande a risposte multiple gestita in modo tale da evitare ogni possibile interferenza della commissione esaminatrice e da assicurare l'anonimato dei candidati ed una valutazione obiettiva ed imparziale dei titoli.

L'articolo 3 prevede che *curriculum* formativo del medico specialista sia articolato

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

in un primo periodo di formazione comune a più specializzazioni affini, onde rafforzare la preparazione del tirocinante nella disciplina madre da cui deriva la branca specialistica, e in un secondo periodo destinato alla specializzazione definitiva. La durata dei corsi per tutte le scuole di specializzazione è di cinque anni.

L'articolo 4 disciplina in modo diverso da quello attuale l'esame finale di diploma, che viene sottratto alla scuola ed attuato, come l'esame di ammissione, con criteri che garantiscono una valutazione obiettiva ed imparziale dei candidati.

L'articolo 5 prevede l'iscrizione in soprannumero ai corsi delle scuole di specializzazione in medicina per i medici dipendenti delle amministrazioni universitarie e delle aziende ospedaliere sedi di scuole di specializzazione, purchè alla prova scritta del concorso di ammissione abbiano ottenuta la sufficienza.

L'articolo 6 prevede per i professori ordinari ed associati la facoltà di optare, di anno in anno, per l'insegnamento soltanto nelle scuole di specializzazione, fatte salve le esigenze didattiche dei corsi di laurea.

L'articolo 7 istituisce il ruolo di professore ordinario e di professore associato nelle scuole di specializzazione, ruolo non trasferibile ai corsi di laurea nè a quelli di diploma universitario.

L'articolo 8 instaura posti in soprannumero nelle scuole di specializzazione di professore associato riservati al personale medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario purchè abbia conseguito l'idoneità di professore associato in un concorso nazionale.

L'articolo 9 norma la costituzione di scuole di specializzazione in medicina, di diploma universitario in discipline sanitarie e di formazione di personale sanitario universitario in paesi in via di sviluppo.

L'articolo 10, infine, prevede la costituzione di scuole di specializzazione in medicina nell'ambito dei Paesi membri della CEE.

Il titolo II, composto di tredici articoli, riguarda l'aggiornamento continuo del medico specialista. La nostra proposta prevede

che l'aggiornamento continuo, di cui vengono precisati definizione, contenuti e tipologie, costituisca un dovere del medico specialista (articolo 11). Esso è obbligatorio sino a che viene esercitata l'attività professionale per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti per le prestazioni sanitarie e per i medici specialisti libero-professionisti, mentre è facoltativo per i medici in formazione specialistica e per i medici specialisti che usufruiscono di borse di studio in strutture sanitarie italiane o estere (articolo 12). Per queste ultime categorie di professionisti l'aggiornamento continuo resta comunque un diritto che può essere esercitato con le stesse facilitazioni e gli stessi incentivi previsti per le categorie professionali per le quali l'aggiornamento è obbligatorio. Gli esami di verifica dei livelli di apprendimento alla fine dei programmi sono facoltativi, ma la votazione ottenuta costituisce titolo ai fini della carriera ospedaliera e di una più congrua remunerazione professionale da parte del Servizio sanitario nazionale.

L'organizzazione generale dell'aggiornamento continuo del medico specialista prevede (articolo 13):

1) un comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti, nominato e presieduto dal Ministro della sanità o da un suo delegato e composta di dieci esperti italiani e, se del caso, stranieri, il quale, anche attraverso organismi italiani ed esteri qualificati nel settore della formazione, accredita e controlla le istituzioni pubbliche addette alla formazione pre-diploma del medico specialista; indica i requisiti essenziali dei servizi delle strutture sanitarie addette alla formazione pre-diploma e le attività teorico-pratiche che i tirocinanti sono tenuti a svolgere; determina le linee-guida dell'attività educativa per quanto concerne gli argomenti, le tipologie, il monte ore annuale da dedicare all'aggiornamento ed al massimo delle ore che possono essere utilizzate per alcune tipologie di aggiornamento, nonchè i criteri essenziali che i promotori devono adottare per ottenere l'accreditamento alla forma-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

zione continua del medico specialista; controlla la scientificità dei programmi di formazione permanente promossi dalle istituzioni a tal fine accreditate; accredita giornali specializzati nell'informazione rigorosa ed obiettiva sulle attività dei farmaci, nonché indica criteri editoriali per le pubblicazioni destinate alla formazione permanente del medico specialista; funge da organo di appello nei casi di contestazione fra ordini, tirocinanti ed istituzioni accreditate alla formazione permanente; commina le sanzioni in caso di infrazioni commesse dai promotori di formazione pre e post-diploma (articolo 14);

2) le Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista con lo scopo di applicare i principi, le politiche e gli *standards* dell'accREDITAMENTO definiti del Comitato nazionale; sensibilizzare le istituzioni verso programmi di formazione continua che diano garanzia di pertinenza e validità; sensibilizzare i medici specialisti a partecipare a programmi di formazione continua accreditati; agire come ente di accreditamento preventivo delle istituzioni pubbliche e private promotrici di formazione continua del medico specialista; verificare direttamente il rispetto dei principi e degli *standards* di accREDITAMENTO da parte degli enti promotori di formazione continua; organizzano gli esami di diploma di specializzazione di tutte le scuole di specializzazione della medesima regione secondo le norme previste dal decreto ministeriale di cui al comma 2 dell'articolo 4; (articolo 15);

3) l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il quale controlla la correttezza nella partecipazione ai corsi di formazione continua dei medici specialisti ai quali commina le sanzioni per le infrazioni commesse (articolo 16);

4) le istituzioni pubbliche e private autorizzate alla realizzazione dei programmi di aggiornamento, al rilascio delle certificazioni e dei crediti e alla verifica dei livelli di apprendimento. Esse organizzano corsi teorico-pratici di aggiornamento di propria iniziativa o su richiesta degli Ordini dei medici o delle categorie degli specialisti

interessati. Alle medesime organizzazioni è affidato il compito del rilascio della certificazione di partecipazione al programma formativo e degli esami di verifica dei livelli di apprendimento (articolo 13).

La scelta dei programmi di aggiornamento o di parti specifiche di essi è per il medico specialista libera, purchè compiuta nell'ambito degli interessi professionali e delle possibili opzioni, degli *standards*, delle tipologie e della durata indicati dai programmi delineati dal Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti (articolo 17).

Nel rispetto delle libertà culturali individuali è anche consentito ai singoli specialisti di progettare un piano personale di studio che per essere valido ai fini dell'aggiornamento continuo deve avere l'approvazione della Commissione regionale per l'educazione continua del medico specialista (articolo 18).

Ai fini di un più efficace controllo della regolarità di partecipazione ai programmi di aggiornamento continuo, gli Ordini professionali provinciali rilasciano a ciascun medico specialista un libretto personale di formazione nel quale vengono annotati i programmi di aggiornamento, le certificazioni rilasciate dalle istituzioni accreditate all'aggiornamento, la validazione dell'Ordine dei medici e le eventuali sanzioni amministrative (articolo 19).

Non sussiste alcun obbligo di retribuzione dei tirocinanti per la loro frequenza nei reparti clinici e nei laboratori finalizzata alla formazione continua; tale frequenza, comunque, non determina alcun rapporto di impiego o di lavoro autonomo con le strutture sanitarie presso le quali il tirocinio si svolge (articolo 20).

Per quanto concerne il finanziamento delle attività di formazione permanente del medico specialista (articolo 21), va innanzitutto precisato che anche l'attività educativa post-diploma rientra nei compiti istituzionali dell'Università, delle Aziende ospedaliere, degli Ordini professionali, delle scuole di specializzazione e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tali istituzioni, pertanto, hanno l'obbligo di

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

svolgere attività educativa post-diploma, compatibilmente con le disponibilità di bilancio, di personale docente e di mezzi didattici. Tuttavia, le istituzioni accreditate alla formazione permanente del medico specialista possono ricevere contributi finanziari dallo Stato - attraverso il finanziamento di progetti-obiettivo specificamente contemplati dal Piano sanitario nazionale - dalle regioni, da fondazioni nazionali, internazionali ed estere per il sostegno della ricerca scientifica o specificamente dedicate alla formazione del personale sanitario, dalle imprese biomediche, da altre imprese industriali e dagli istituti di credito. I programmi personali di aggiornamento sono finanziati dagli stessi interessati, oppure da fondazioni, imprese biomediche ed altre imprese industriali o da istituti di credito, sempre che si tratti di programmi approvati dalla Commissione regionale per l'educazione continua del medico specialista. È infine prevista la possibilità della istituzione di fondi collettivi finalizzati al finanziamento di programmi di formazione permanente del medico specialista, sulla base di accordi e di contratti collettivi promossi in sede nazionale, regionale o provinciale da sindacati o da associazioni degli stessi professionisti. Alla costituzione di tali fondi possono partecipare aziende, imprese biomediche, altre imprese industriali, istituti di credito. Il fondo collettivo può essere autogestito dalla categoria interessata o può essere affidato in gestione ad una o più istituzioni accreditate alla formazione permanente del medico specialista.

Premesso che per il medico specialista la corretta partecipazione all'aggiornamento continuo è requisito indispensabile per svolgere attività professionale, sono previsti incentivi (articolo 22) per gli specialisti che partecipano ai programmi di formazione permanente, consistenti per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti in un aumento del compenso per le prestazioni professionali rese in una misura da concordare in sede regionale con l'assessore alla sanità, il direttore generale della unità sanitaria locale e le organizzazioni sindacali in

occasione del rinnovo del contratto. La partecipazione ai programmi di formazione permanente fa titolo ai fini del curriculum professionale per i concorsi di ammissione al primo livello dirigenziale e di idoneità nazionale per l'accesso al secondo livello dirigenziale. Sono previsti, infine, sgravi fiscali sia per i medici specialisti che partecipano ai programmi di formazione permanente, sia per tutti i soggetti giuridici che finanziano programmi accreditati.

Il controllo della osservanza delle norme sulla formazione permanente della formazione continua del personale sanitario spetta agli Ordini professionali provinciali. Le sanzioni per gli specialisti che non si attengono alle norme previste dalla legge sono comminate dagli Ordini professionali e consistono, per la prima infrazione, nella diffida a non persistere in tale inadempienza. La non ottemperanza alla diffida comporta la sospensione temporanea della iscrizione all'Albo professionale sino al completo espletamento di un programma accreditato di formazione. Le irregolarità e le inadempienze delle attività di formazione permanente del medico specialista da parte delle istituzioni accreditate vengono denunciate dalle Commissioni regionali al Comitato nazionale per la formazione di medico specialista, al quale spetta il compito di comminare le sanzioni consistenti nella sospensione temporanea o definitiva dell'autorizzazione a svolgere attività educative. La non osservanza della cura del libretto di formazione comporta, previa diffida a non persistere in tale inadempienza, la temporanea sospensione della iscrizione all'Albo dei medici (articolo 23).

Il valore legale dei crediti e l'impiego di denaro pubblico e privato ai fini delle attività educative impongono un'attenta sorveglianza dei soggetti promotori di formazione continua. A tale scopo sono necessari meccanismi di controllo della qualità della formazione e della gestione dei crediti sia a livello periferico che a livello centrale. Il primo compito è affidato alle stesse commissioni regionali che accreditano gli enti di formazione continua (articolo 15, comma 1, lettera e); il secondo compito

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

spetta al Comitato nazionale per l'educazione del medico specialista, il quale, oltre a raccogliere da parte delle Commissioni regionali le denunce delle infrazioni commesse dai promotori di formazione permanente (articolo 23, comma 2), riceve trimestralmente degli stessi enti promotori di formazione permanente l'elenco delle attività educazionali realizzate al fine di attuare controlli a campione per la verifica di scientificità (articolo 17, comma 4), servendosi per quest'ultimo scopo anche di appositi comitati ispettivi (articolo 14, comma 10).

In definitiva, l'assetto organizzativo generale della formazione permanente del medico specialista che noi proponiamo con il presente disegno di legge dovrebbe operare

sulla base di un *mix* di libera scelta e di programmazione, concernente una pluralità di soggetti istituzionali addetti alla formazione e al suo finanziamento. La libera scelta dei programmi - pur nell'ambito della obbligatorietà del processo della formazione permanente - dovrebbe incentivare l'efficienza mediante il confronto competitivo dei soggetti che producono formazione; la programmazione dovrebbe invece orientare il processo di formazione verso tutte le finalità volte a migliorare le prestazioni professionali del medico specialista.

Alla realizzazione di tali obiettivi è diretto il presente disegno di legge che si compone di ventiquattro articoli, la cui illustrazione risiede nelle considerazioni sin qui esposte.

DISEGNO DI LEGGE**TITOLO I****SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE****Art. 1.**

(Determinazione dei posti nelle scuole di specializzazione e nei corsi universitari di medicina e chirurgia)

1. Il numero dei posti per le scuole di specializzazione di medicina, determinato con decreto del Ministro della sanità ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, deve essere per ciascuna regione o provincia autonoma sede di scuole di specializzazione pari al 70 per cento della media dei laureati in medicina e chirurgia nel precedente triennio della medesima regione e provincia autonoma.

2. Con decreto del Presidente della regione o della provincia autonoma, sentite le università, è determinato, ogni tre anni, il numero degli iscritti al primo corso delle facoltà di medicina e chirurgia che in ciascuna regione o provincia autonoma non deve superare di un terzo la somma del numero dei posti delle scuole di specializzazione con quello dei posti dei corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1991, n. 256.

Art. 2.

(Ammissione alle scuole di specializzazione)

1. Per l'ammissione alle scuole di specializzazione è richiesto il superamento di un esame consistente in una prova scritta che deve svolgersi mediante domande a risposte multiple, integrata dalla valutazione, in misura non superiore al 30 per cento del punteggio complessivo a disposizione della

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

commissione, dei titoli di cui al comma 7 del presente articolo.

2. Sono ammessi alla scuola di specializzazione coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, si collocano in posizione utile nella graduatoria compilata sulla base del punteggio complessivo riportato.

3. Non possono essere valutati ai fini della graduatoria i candidati che non abbiano risposto correttamente al 60 per cento delle domande a risposte multiple.

4. Per i posti non ricoperti si utilizza una seconda graduatoria compilata su base regionale dei candidati di tutte le scuole di specializzazione della medesima disciplina.

5. L'esame di ammissione viene svolto nel medesimo giorno in tutte le scuole di specializzazione della medesima disciplina della stessa regione o provincia autonoma.

6. Possono partecipare all'esame di ammissione i laureati in medicina e chirurgia con diploma di abilitazione all'esercizio professionale.

7. Sono titoli valutabili il voto di laurea ed il voto riportato negli esami di profitto del corso di laurea nella materie concernenti la specializzazione.

8. La ripartizione del punteggio tra i titoli indicati nel precedente comma è determinata con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Consiglio universitario nazionale.

9. Con il medesimo decreto di cui al precedente comma, il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica indica le modalità dell'esame di ammissione alle scuole di specializzazione atte a garantire anonimato del candidato nella prova scritta ed obiettività ed imparzialità nella valutazione dei titoli.

Art. 3.

(«Tronco comune» e durata dei corsi di specializzazione)

1. La formazione dei medici specialisti prevede una formazione generale nella branca principale ed è pertanto articolata in un primo periodo di formazione comune a più specializzazioni affini («tronco comu-

ne»), di durata e contenuto determinati in funzione della specializzazione definitiva, e in un secondo periodo destinato alla specializzazione definitiva.

2. Le norme per la realizzazione pratica del «tronco comune», di cui al precedente comma, per ciascuna tipologia di scuola di specializzazione sono disposte dal Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti, di cui all'articolo 13.

3. La durata dei corsi per tutte le specializzazioni in medicina è di cinque anni accademici.

Art. 4.

(Diploma)

1. Superato l'esame teorico-pratico dell'ultimo anno, il corso di studio nelle scuole di specializzazione si conclude con un esame finale da espletarsi nel medesimo giorno per tutte le scuole di specializzazione della stessa disciplina in ciascuna regione o provincia autonoma, consistente in una prova scritta mediante domande a risposte multiple, che garantisca l'anonimato del candidato, integrata dalla valutazione, in misura non superiore al 30 per cento del punteggio complessivo, del voto riportato negli esami di profitto del corso di specializzazione.

2. L'esame finale di cui al precedente comma è gestito dalle Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista di cui all'articolo 13.

3. A coloro che hanno superato l'esame finale viene rilasciato il diploma di specialista dal rettore dell'università da cui dipende la scuola di specializzazione alla quale i tirocinanti sono iscritti.

Art. 5.

(Iscrizioni in soprannumero)

1. Sono ammessi a domanda in soprannumero alle scuole di specializzazione, in deroga all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982,

n. 162, e all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, nella disciplina attinentente alla branca di attività in cui operano i medici dipendenti di amministrazioni universitarie, di aziende ospedaliere e di unità sanitarie locali sedi di scuole di specializzazione, purchè alla prova scritta del concorso di ammissione abbiano ottenuto almeno una valutazione di sufficienza.

Art. 6.

(Opzione per l'insegnamento nelle scuole di specializzazione)

1. I professori universitari di ruolo delle facoltà di medicina e chirurgia, fate salve le esigenze dei corsi di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria, possono, con il consenso dei consigli di facoltà, di anno in anno optare per il solo insegnamento nelle scuole di specializzazione.

Art. 7.

(Ruoli di docente universitario di prima e di seconda fascia nelle scuole di specializzazione in medicina)

1. Sono istituiti i ruoli di professore universitario di prima e di seconda fascia con compiti di attività didattica nell'ambito delle scuole di specializzazione in medicina.

2. I ruoli di cui al comma 1 non possono essere trasferiti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e in odontoiatria, nè ai corsi di diploma universitario.

3. Restano valide per i professori di cui al comma 1 del presente articolo le altre norme previste dalla legislazione vigente per i professori universitari di prima e seconda fascia.

Art. 8.

(Posti di professore universitario associato in soprannumero riservati al personale medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario)

1. Il personale medico inquadrato ai sensi del comma 3 dell'articolo 15 del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche, nel secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario e in possesso dei requisiti di idoneità e di accreditamento per l'insegnamento nelle scuole di specializzazione accertati con le modalità previste dal comma 2 dell'articolo 6 del medesimo decreto, nonchè del giudizio di idoneità di professore associato, può essere chiamato in soprannumero, su proposta dei due terzi del consiglio di facoltà, a ricoprire posti di docente universitario di seconda fascia in soprannumero nelle scuole di specializzazione della facoltà di medicina e chirurgia dell'università con le quali l'azienda ospedaliera, l'unità sanitaria locale o l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico dai quali il personale sanitario di secondo livello dirigenziale dipende ha stipulato appositi protocolli d'intesa per la formazione degli specializzandi ai sensi del comma 2 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche.

2. Il giudizio di idoneità di professore associato del personale medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario si ottiene nei concorsi su base nazionale per l'accesso al ruolo dei professori universitari nella fascia dei professori associati. La commissione esaminatrice compila un elenco a parte con i nomi del personale medico del secondo livello dirigenziale idoneo a ricoprire il posto di professore universitario associato in soprannumero.

3. I professori associati chiamati in soprannumero nelle facoltà di medicina e chirurgia conservano il posto e le funzioni del personale medico del secondo livello dirigenziale nella medesima struttura sanitaria pubblica di cui sono dipendenti e sono esonerati dall'obbligo della verifica per il rinnovo quinquennale dell'incarico di medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario previsto dal comma 3 dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche. Il loro trattamento economico e pensionistico resta a carico del servizio sanitario nazionale e corrisponde a quello previsto per il personale medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario.

4. I professori associati di cui ai precedenti commi non possono essere trasferiti in scuole di specializzazione di altre università. Con la vacanza del posto, il posto di professore associato è soppresso, mentre nel contempo diviene disponibile un posto di medico del secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario nella struttura sanitaria della quale il professore associato era dipendente.

5. Per tutto il resto, rimangono validi gli stessi diritti e doveri previsti dalla normativa legislativa vigente per i professori associati.

Art. 9.

(Scuole di specializzazione e di formazione del personale sanitario ed infermieristico nei Paesi in via di sviluppo)

1. Nell'ambito della cooperazione dell'Italia allo sviluppo dei Paesi terzi, il Ministro degli esteri, di concerto tra il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed il Ministro della sanità, anche in collaborazione di altri Paesi membri della Comunità economica europea, sentiti il Consiglio universitario nazionale ed il Comitato nazionale per la formazione del medico specialista di cui all'articolo 13, promuove intese, trattati e convenzioni per l'attuazione di Scuole di specializzazione di medicina, di corsi di diploma universitario e di Scuole di formazione di personale tecnico sanitario ed infermieristico nei Paesi in via di sviluppo.

2. Per l'utilizzazione del personale docente, per il finanziamento e per quanto altro attiene all'istituzione ed al funzionamento delle suddette scuole si applicano le norme della legge 26 febbraio 1987, n. 49.

Art. 10.

(Scuole europee di specializzazione)

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per il coordinamento delle politiche comu-

nitarie ed il Ministro degli esteri, sentiti il Consiglio universitario nazionale ed il Comitato nazionale per la formazione del medico specialista di cui all'articolo 13, è delegato ad istituire scuole europee di specializzazione con il concorso tra l'Italia e gli altri Stati membri della Comunità economica europea.

2. Alla formazione delle scuole europee di specializzazione possono concorrere per la parte italiana più scuole di specializzazione delle università italiane.

3. Le direzioni delle scuole di specializzazione europee possono aver sede in qualsiasi Paese membro della Comunità europea.

4. L'accesso al concorso di ammissione alle scuole europee di specializzazione per la quota che riguarda l'Italia è riservato ai medici che hanno già superato l'esame di ammissione alle scuole di specializzazione e che hanno conoscenza della lingua ufficiale della Scuola europea.

6. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, ai fini del riconoscimento ufficiale delle scuole europee di specializzazione, del loro controllo, della loro organizzazione didattica, della programmazione del numero dei posti, dei criteri di ammissione alle scuole, della elaborazione dello statuto e del *curriculum* di formazione dei tirocinanti si avvale della consulenza del Comitato nazionale per la formazione dei medici specialistici di cui all'articolo 13.

7. Il diploma di specializzazione ha valore abilitante per l'esercizio professionale di medico specialista sul territorio nazionale e nei Paesi della Comunità economica europea.

TITOLO II

FORMAZIONE PERMANENTE DEL MEDICO SPECIALISTA

Art. 11.

(Definizione e contenuti)

1. La formazione permanente costituisce un dovere del medico specialista e consiste

in una serie di attività educazionali intese a mantenere e sviluppare le conoscenze e l'abilità delle prestazioni professionali e le nozioni che il medico specialista utilizza per fornire servizi ai pazienti, al pubblico e alla professione.

2. Il contenuto dell'attività educativa è il complesso delle conoscenze e delle attività generalmente riconosciute ed accettate dalla professione all'interno delle scienze mediche di base, delle discipline cliniche, delle cure mediche generali e specialistiche fornite al pubblico ed alla professione.

3. Le tipologie della formazione permanente comprendono attività cliniche guidate ed attività didattiche con seminari, discussioni su casi clinici tra medici ospedalieri e liberi professionisti, programmi di simulazione di casi o problemi clinici assistiti dal *computer*, partecipazione a congressi di società scientifiche nazionali ed estere, a corsi di aggiornamento nazionali e regionali, a programmi di formazione a distanza ed altre metodologie autorizzate dal Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti di cui all'articolo 13.

Art. 12.

(Categorie professionali per le quali la formazione permanente è obbligatoria o facoltativa)

1. La formazione permanente è obbligatoria sino a che viene esercitata l'attività professionale per i medici specialisti dipendenti delle università, delle aziende ospedaliere, dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, nonché per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti per le prestazioni sanitarie rese e per i medici specialisti libero-professionisti.

2. La formazione permanente è facoltativa per i medici specialisti iscritti a corsi di dottorato in ricerca o che usufruiscono di borse di studio in Italia e all'estero.

3. Gli esami di verifica dei livelli di apprendimento conseguiti con la partecipazione ai programmi di formazione perma-

nente sono facoltativi. La votazione ottenuta costituisce titolo ai fini dei benefici previsti dall'articolo 22.

4. I corsi di riqualificazione dei medici specialisti per esigenze del Servizio sanitario nazionale sono assimilati, agli effetti della presente legge, ai programmi di formazione permanente.

Art. 13.

(Organizzazione generale della formazione permanente)

1. La formazione permanente dei medici specialisti è attuata attraverso:

a) il Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti, nominato e presieduto dal Ministro della sanità o da un suo delegato e composto di dieci esperti italiani e, se del caso, stranieri, il quale, avvalendosi, anche attraverso apposite convenzioni, di apporti collaborativi di organismi italiani e stranieri qualificati nel settore della formazione e di pareri delle categorie dei professionisti interessati all'aggiornamento continuo, svolge i compiti di programmazione generale previsti dall'articolo 14;

b) le Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista, composte di dieci esperti nel settore della formazione nominati dall'assessore regionale alla Sanità, con compiti di attuazione, anche con l'apporto di organismi qualificati nel campo della formazione e di rappresentanti delle categorie di medici specialisti, delle direttive del Comitato nazionale per l'educazione continua del medico specialista e con altri compiti previsti dall'articolo 15;

c) l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, al quale spetta il compito di controllo a livello provinciale della corretta partecipazione dei medici specialisti alla formazione permanente e di comminare le sanzioni amministrative, previste dall'articolo 23;

d) istituzioni pubbliche e private, previste dall'articolo 17, addette alla realizzazione dei programmi di formazione perma-

nente, al rilascio dei relativi crediti e certificazioni ed agli esami di verifica dell'apprendimento.

Art. 14.

(Compiti del Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti)

1. Il Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti, di cui al precedente articolo, provvede ai seguenti compiti:

1) concede, o se del caso revoca, il riconoscimento ufficiale alle scuole di specializzazione sulla base di controlli periodici che tengano conto di:

a) servizi ospedalieri (biblioteche, riunioni, attrezzature tecniche, servizi di supporto, quali diagnostica per immagini, anatomia ed istologia patologica, chimica-clinica, archivi medici);

b) attività del reparto: numero e caratteristiche degli interventi medici, chirurgici e diagnostici che devono essere eseguiti dagli specializzandi, portata del lavoro ed avvicendamento dei pazienti (numero dei pazienti curati, numero dei letti, livello tecnico del lavoro);

c) qualifica ed esperienza dei responsabili del tirocinio (tipologia dei trattamenti terapeutici e degli esami diagnostici, mortalità ospedaliera, mortalità operatoria, riscontri autopici);

d) lavoro svolto dai tirocinanti, loro progressi ed esperienza;

e) garanzia di una collaborazione interdisciplinare;

2) stabilisce gli *standards* della formazione pre e post-diploma; i criteri essenziali che i promotori devono adottare per ottenere l'accreditamento alla formazione permanente; le tipologie della formazione permanente post-diploma; il monte ore globale da dedicare annualmente alla formazione permanente e da ripartire tra le diverse aree e reparti, laboratori, servizi e settori, congressi, convegni e corsi;

3) detta norme sui criteri per il rilascio dei crediti e delle certificazioni di parteci-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

pazione ai programmi di formazione permanente, sui criteri di valutazione dell'apprendimento e di accreditamento delle istituzioni pubbliche e private addette alla attuazione dei programmi di formazione permanente; sui criteri di valutazione dell'apprendimento e della efficacia della formazione attraverso verifica prima/dopo dei risultati delle attività di formazione permanente;

4) cura la pubblicazione annuale di un volume con gli elenchi delle scuole di specializzazione e dei centri di formazione permanente autorizzati ad impartire programmi completi o parti specifiche di essi;

5) cura gli scambi di informazione con le autorità competenti degli Stati membri della CEE e di altri Stati per la parte della formazione pre e post-diploma svolta in questi Stati, nonchè costituisce organo di consulenza del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, del Ministro della sanità, del Ministro degli esteri e del Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie per tutto quanto concerne la costituzione ed il funzionamento delle scuole europee di specializzazione, di cui, rispettivamente, all'articolo 8 e all'articolo 9;

6) regola i programmi di formazione permanente dei medici specialisti promossi dall'industria biomedica;

7) propone indicazioni per la realizzazione pratica del concetto del «tronco comune» delle scuole di specializzazione, di cui all'articolo 3 della presente legge, attraverso il coordinamento delle parti comuni a più specializzazioni affini, nonchè, su un piano vasto, il coordinamento per tutte le scuole, volto a garantire l'applicazione di criteri e principi analoghi a tutte;

8) promuove ricerche e convegni sulle metodologie educazionali e di valutazione delle capacità di apprendimento;

9) costituisce l'organo di appello in caso di contestazione da parte dei docenti, dei tirocinanti e delle istituzioni addette alla formazione permanente dei medici specialisti;

10) costituisce, se necessario, comitati ispettivi ai fini dell'accREDITAMENTO e del controllo dei centri di formazione pre e post-diploma dei medici specialisti a garanzia della qualità della formazione specialistica);

11) promuove attività editoriali di testi e di altro materiale didattico utile alla formazione specialistica ed alla informazione obiettiva ed imparziale sulle attività terapeutiche dei farmaci;

12) autorizza l'istituzione di fondi collettivi, di cui al comma 4 dell'articolo 21, finalizzati al finanziamento di programmi di formazione permanente;

13) commina le sanzioni previste dall'articolo 23 ai promotori pubblici e privati di formazione pre e post-diploma in caso di infrazioni.

Art. 15.

*(Compiti delle Commissioni regionali
per l'educazione continua
del medico specialista)*

1. Le Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista provvedono a:

a) applicare i principi, le politiche e gli *standards* dell'accREDITAMENTO definiti dal Comitato nazionale per l'educazione continua del medico specialista;

b) sensibilizzare le istituzioni verso programmi di formazione continua che diano garanzie di pertinenza e di validità;

c) sensibilizzare i medici specialisti a partecipare a programmi di formazione permanente accREDITATI;

d) agire come ente di accREDITAMENTO preventivo delle istituzioni pubbliche e private addette alla formazione permanente del medico specialista;

e) verificare direttamente il rispetto dei principi e degli *standards* di accREDITAMENTO da parte degli enti promotori di formazione permanente del medico specialista;

f) organizzare a livello regionale gli esami finali di specializzazione per tutte le scuole della medesima regione secondo le

norme previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 dell'articolo 4 della presente legge.

Art. 16.

(Compiti degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri)

1. Gli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri controllano a livello provinciale la corretta partecipazione del medico specialista ai corsi di formazione permanente, anche attraverso l'adozione di un libretto personale di formazione, di cui all'articolo 19, nonchè propongono nei casi di infrazione delle norme regolamentari le sanzioni amministrative previste dall'articolo 23.

Art. 17.

(Istituzioni addette all'aggiornamento continuo)

1. La formazione permanente del medico specialista può essere svolta dalle seguenti istituzioni, da sole o in collaborazione tra di loro, di propria iniziativa o su richiesta degli Ordini professionali o delle categorie dei medici specialisti interessati:

- a) facoltà universitarie;
- b) aziende ospedaliere;
- c) scuole di specializzazione riconosciute in ambito della CEE;
- d) istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- e) istituzioni sanitarie di riconosciuta elevata qualificazione dei Paesi membri della CEE e di altri Paesi;
- f) società ed associazioni scientifiche nazionali ed estere;
- g) imprese biomediche;
- h) agenzie, accademie, fondazioni nazionali, internazionali ed estere qualificate nel settore della formazione sanitaria;
- i) istituti di credito.

2. Per i soggetti giuridici di cui alle lettere g) ed i) del precedente comma, lo

svolgimento di attività nel campo della formazione permanente del medico specialista, quando non gestite in collaborazione con i soggetti giuridici di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)* ed *h)* sono subordinate al consenso delle Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista.

3. Il rilascio della certificazione di partecipazione ai programmi di formazione continua e gli esami di verifica dei livelli di apprendimento sono affidati alle medesime organizzazioni accreditate alla esecuzione dei programmi.

4. Le istituzioni di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, *h)* e *i)* del comma 1 del presente articolo devono comunicare trimestralmente al Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti l'elenco delle attività realizzate al fine di consentire a detto Comitato un controllo a campione per la verifica della scientificità.

Art. 18.

(Libertà di scelta dei programmi di formazione permanente)

1. La scelta dei programmi di formazione permanente o di parti specifiche di essi è libera, purchè mantenuta nell'ambito delle opzioni offerte dalle istituzioni autorizzate e delle attività professionali dell'interessato, nonchè degli *standards*, delle tipologie e della durata stabiliti dai criteri generali indicati dal Comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti.

2. Per esigenze inerenti alle proprie attività professionali e nel rispetto delle libertà culturali individuali possono essere proposti dai singoli medici specialisti piani di studio personali validi ai fini della formazione permanente purchè approvati dalle Commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista di cui alla lettera *b)* del comma 1 dell'articolo 13 della presente legge.

Art. 19.

*(Libretto personale
di formazione permanente)*

1. Gli Ordini professionali provinciali rilasciano a ciascun tirocinante un libretto personale di formazione permanente nel quale vengono annualmente annotati:

- a) i programmi di formazione permanente;
- b) la certificazione con i relativi crediti e l'eventuale punteggio dell'esame di verifica;
- c) la vidimazione degli Ordini professionali provinciali;
- d) le eventuali sanzioni amministrative.

Art. 20.

(Diritti e doveri dei tirocinanti)

1. Non sussiste alcun obbligo di retribuire dei tirocinanti per la loro frequenza nei reparti clinici e nei laboratori finalizzata alla formazione permanente. Tale frequenza non determina comunque la costituzione di alcun rapporto di impiego o di lavoro autonomo con le strutture sanitarie presso le quali il tirocinio viene svolto.

Art. 21.

(Finanziamento delle attività educazionali)

1. Le attività nel settore della formazione permanente del medico specialista costituiscono parte integrante dei doveri istituzionali dei soggetti giuridici di cui ai punti a), b), c), d), del comma 1 dell'articolo 17 e da tali soggetti devono essere svolti anche senza alcun contributo finanziario, nell'ambito delle disponibilità di bilancio, di personale docente e di mezzi didattici.

2. Le istituzioni accreditate alla organizzazione dei programmi di formazione permanente aggiornamento continuo del medico specialista possono ricevere contributi finanziari da:

a) lo Stato, attraverso finanziamenti di progetti-obiettivo sulla formazione permanente del personale sanitario specificamente previsti dal Piano sanitario nazionale ed attraverso fondi della CEE e del Ministero del lavoro destinati alla formazione professionale;

b) le Regioni, in rapporto alle proprie disponibilità di bilancio;

c) le agenzie, le accademie, le fondazioni nazionali, internazionali ed estere per il sostegno della ricerca scientifica o specificamente dedicate alla formazione permanente del medico specialista;

d) le imprese biomediche ed altre imprese industriali;

e) gli istituti di credito.

3. I piani di studio personali di formazione, di cui al comma 2 dell'articolo 18, possono essere finanziati dai soggetti giuridici di cui alle lettere d) e e) del precedente comma, purchè approvati dalla Commissione regionale per l'educazione continua del medico specialista.

4. Possono essere istituiti fondi collettivi finalizzati a finanziare programmi di formazione permanente. Le fonti istitutive dei fondi collettivi sono le seguenti:

a) contratti e accordi collettivi regionali od anche nell'ambito di una o più unità sanitarie locali o aziende ospedaliere, ovvero accordi promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) accordi tra categorie di professionisti promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale o da società ed associazioni scientifiche nazionali o regionali;

c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o fondazioni o società scientifiche di rilievo nazionale o regionale;

d) imprese biomediche ed altre imprese industriali;

e) istituti di credito.

5. Il fondo collettivo è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione ad una o più istituzioni accre-

ditate alla formazione permanente del medico specialista.

Art. 22.

(Incentivi e facilitazioni fiscali)

1. La corretta partecipazione alla formazione permanente è per il medico specialista requisito indispensabile per svolgere attività professionale e per essere assunto nel Servizio sanitario nazionale o per intrattenere appositi rapporti con quest'ultimo.

2. Per i medici specialisti con i quali l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, i crediti ottenuti con la partecipazione ai programmi di formazione permanente costituiscono titoli ai fini dell'aumento del compenso per prestazione in misura da concordare a livello regionale, compatibilmente con le risorse a disposizione, con l'assessore alla sanità, il direttore generale dell'unità sanitaria locale e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

3. I crediti conseguiti con la partecipazione ai programmi di formazione permanente sono valutati ai fini del *curriculum* professionale nei concorsi di ammissione al primo livello dirigenziale e di idoneità nazionale per l'accesso al secondo livello dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, secondo criteri fissati dal decreto del Ministro della sanità previsto dal comma 5 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche.

4. Alle spese sostenute dai medici specialisti per la partecipazione a corsi accreditati di formazione permanente - comprendenti spese di soggiorno, di viaggio, di acquisto di libri e materiale didattico - si applica l'articolo 65 del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 717.

5. Ai contributi liberali elargiti dalle imprese biomediche e da tutti i soggetti

giuridici privati che finanziano programmi di formazione permanente accreditati si applica l'articolo 65 del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. Si applicano inoltre i contributi a fondo perduto, i contributi in conto interessi, nonchè i benefici fiscali previsti dalle leggi statali per le imprese che operano nel Mezzogiorno. Tali benefici sono cumulabili con quelli derivanti dalle normative comunitarie.

6. Sono esonerate dall'obbligo di cui al comma 3 dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 novembre 1992, n. 541, le istituzioni scientifiche non a fine di lucro, comprese le accademie, le agenzie, le fondazioni, le università, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che organizzano attività di formazione permanente in campo sanitario, incluse quelle previste dall'articolo 8 della legge 19 novembre 1992, n. 341.

7. Ai fondi collettivi di cui al comma 4 dell'articolo 21 della presente legge si applica il regime tributario previsto dall'articolo 14 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124, per i fondi di pensione. Ai contributi versati dagli aderenti al fondo si applica l'articolo 10, comma 1, lettera *m*) del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, nonchè la disposizione di cui all'articolo 48, comma 2, lettera *a*) del medesimo decreto.

Art. 23.

(Sanzioni)

1. Gli ordini professionali sono tenuti a controllare la corretta partecipazione dei medici specialisti ai corsi di formazione permanente. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli ordini professionali sono decisi dalla commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

2. Le commissioni regionali per l'educazione continua del medico specialista controllano il corretto svolgimento delle attività delle istituzioni pubbliche e private

addette alla formazione permanente, di cui denunciano al Comitato nazionale per l'educazione continua del medico specialista le eventuali infrazioni.

3. I medici specialisti con obbligo di partecipazione ai programmi di formazione permanente, nel caso di non ottemperanza a tale obbligo, sono diffidati dagli ordini professionali provinciali a continuare ad astenersi dalla partecipazione ai programmi di formazione. In caso di persistenza nell'inadempienza, si applica la sospensione alla iscrizione all'albo dell'ordine sino al completo espletamento del programma annuale accreditato di formazione nonchè dei benefici di cui al comma 5 dell'articolo 22.

4. Le infrazioni commesse dalle istituzioni addette alla organizzazione dei programmi di formazione pre e post-diploma sono comminate dal comitato nazionale per la formazione dei medici specialisti e consistono nella sospensione temporanea o definitiva delle attività di formazione e dei benefici previsti dai commi 5 e 6 dell'articolo 22 per cinque anni.

5. La non ottemperanza alla cura del libretto personale di formazione permanente, di cui all'articolo 19 della presente legge, senza motivate giustificazioni, comporta, previo invito al rispetto di tale obbligo, la sospensione temporanea della iscrizione all'albo professionale.

Art. 24.

(Norme finali)

1. Le disposizioni previste dal titolo I della presente legge si applicano a decorrere dall'anno accademico 1994-1995.

2. Sono abrogate tutte le disposizioni di legge e di regolamento relative alle scuole di specializzazione che siano in contrasto con la presente legge. Per quanto non previsto dalla presente legge si applicano, in quanto compatibili, le norme sull'istruzione universitaria.

