

AG N. 263 ATTO DEL GOVERNO SOTTOPOSTO A PARERE PARLAMENTARE Schema di decreto legislativo recante disciplina delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria

Roma, 30 aprile 2025

Illustri Presidenti, Illustri Componenti la Commissione,
ringrazio le Commissioni del Senato e della Camera per aver invitato AnaaO Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a fornire un contributo scritto nell'ambito dell'esame dello Schema di decreto legislativo recante disciplina delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria (Atto del Governo n. 263).

Accogliamo con favore questo invito delle Commissioni perché, come già anticipato nelle nostre audizioni al Senato e alla Camera nel corso dell'esame della legge delega, in un contesto congiunturale macro-economico in cui la spesa pubblica viene calmierata in base agli effettivi obiettivi e visioni politiche, ed a fronte dell'oggettivo carico formativo delle Università italiane in termini di infrastrutture ed aule e soprattutto a fronte della cartesiana conclusione che uno studente che inizia il percorso di studi oggi sarà uno specialista tra circa undici anni, non abbiamo ritenuto non solo auspicabile ma nemmeno praticabile, l'abolizione completa del numero programmato alla facoltà di medicina, e tale eventualità d'altronde non era neppure contenuta tra le finalità del disegno di legge delega.

Gli stessi primi firmatari del disegno di legge delega (ora legge 26/2025) avevano individuato come finalità *"la necessità di trovare un sistema che, dato per scontato il numero programmato, riesca davvero a premiare i più bravi e i più motivati e che, allo stesso tempo, non metta in difficoltà coloro i quali non riescono a superare il test"* o ancora *"Si intende riscrivere le regole per l'accesso alla facoltà di medicina, costruendo un sistema basato sul principio che tutti i ragazzi debbano avere il diritto di confrontarsi alla pari e di essere giudicati sul reale merito e sulle loro motivazioni, sulla base di strumenti che consentano in modo efficace di adottare modalità di selezione tali da far emergere le reali capacità degli studenti e la loro attitudine e predisposizione ad intraprendere il corso di studi di medicina e chirurgia"*; il tutto con la finalità di potenziare il *"Servizio sanitario nazionale (SSN) in termini di numero di medici chirurghi, odontoiatri e medici veterinarisulla base delle esigenze del SSN medesimo nonché della qualità della loro formazione,, in attuazione dell'articolo 32 e nel rispetto dei principi di cui agli articoli 3 e 34 della Costituzione e dell'autonomia delle università."*

Non si può non essere in accordo davanti a tali finalità, e siamo pronti ad iniziare un articolato e costruttivo confronto dove non governi la contrapposizione ideologica bensì la reale volontà di collaborazione.

Il dibattito che emerge periodicamente sulla questione del "numero chiuso" a Medicina è improntato, senza distinzione di fede, a forti note di populismo ed irrazionalità e sovente produce idee semplicistiche e stravaganti relativamente alla carenza di personale, come se i grossolani errori di programmazione nel settore della formazione medica in epoca *spending review* e le limitazioni alla assunzione del personale sanitario

decise dal governo Berlusconi nel 2004 e 2005 (Legge 311/2004; Legge 266/2005) e poi confermate da tutti i successivi fino alle nuove norme fissate con il “Decreto Calabria” (Legge 60/2019), fossero superabili oggi allargando a dismisura le maglie del numero programmato per l’accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, portato per il 2024 a 19.500 accessi. Senza contare la “porta di servizio” costituita dalle iscrizioni all’estero o la mina vagante dei ricorsi al TAR. Peccato che ogni modifica al tempo zero in merito alla formazione medica, avrà le sue ricadute solo dopo nove- undici anni e cioè dopo i sei anni del corso di laurea e i tre/cinque anni di formazione *post-lauream*.

In pratica, i primi effetti di una modifica effettuata nel 2024 si vedrebbero solo tra il 2033 e il 2035, peraltro in un contesto del mercato del lavoro in sanità totalmente trasformato.

Abbiamo più volte ribadito come a nostro parere le questioni andrebbero affrontate con meno dichiarazioni roboanti, maggiore considerazione dei dati disponibili e più proposte razionali, partendo da una valutazione di fondo: non si risolve la carenza attuale di personale medico specialistico negli Ospedali né si rallenta la fuga dei neolaureati verso l’estero e degli specialisti verso il settore privato mediante l’incremento delle iscrizioni al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

La legge delega approvata, pur nell’ammirevole finalità di affrontare la questione, rappresenta solo l’apice di un momento storico, ormai pluriennale, in cui il mondo politico intende riformare l’accesso programmato alla Facoltà di Medicina. Da numerosi recenti sondaggi, si apprende che una delle maggiori “*paure*” degli italiani sia l’incertezza di poter accedere all’erogazione delle cure del Servizio Sanitario Nazionale; da ciò deriva l’errata asserzione che la causa di liste d’attesa sempre più lunghe e di ospedali pubblici sempre più congestionati siano dovute ad un numero insufficiente di medici e non ad un inadeguato finanziamento della sanità pubblica.

L’abolizione del numero programmato alla facoltà di Medicina rappresenta una soluzione scorretta all’errata asserzione che mancano i medici: in Italia medici non mancano, mancano alcuni specialisti di quelle branche prettamente ospedaliere, prima tra tutti l’emergenza – urgenza, divenute sempre meno attrattive a causa del sovraccarico del sistema ospedaliero italiano nella cosiddetta era Post-Covid.

Ribadiamo, dati alla mano, che la criticità vera non consiste nella scarsità assoluta del personale medico e sanitario, ma nella stessa perdita di attrattività relativa al Servizio Sanitario Nazionale. Il problema non è solo il numero dei medici, ma anche la loro distribuzione e la tipologia di specializzazione come avremo modo di testimoniare con i numeri illustrati di seguito.

Mancano gli specialistici e per risolvere il problema della carenza dei medici non serve l’abolizione del numero chiuso alla facoltà di Medicina, ma risulta imprescindibile mettere in atto una corretta programmazione sui fabbisogni di specialisti, programmazione che parta dai dati sui pensionamenti come abbiamo più volte illustrato.

In un recente studio Anaa (Marzo 2025) abbiamo indicato il numero di specialisti necessario per compensare le uscite dal SSN dovute a pensionamento nel periodo 2009/2022. La vera incognita per il futuro però sarà quale modello potrà permettersi l’Italia per il SSN. Sicuramente ci vorranno più specialisti di oggi, ma è da valutare l’intenzione della politica sull’investire realmente nelle risorse umane del SSN, oppure continuare a barcamenarsi sui numeri attuali, insufficienti a garantire il bisogno di salute, tra liste di attesa misurate in anni e un privato spumeggiante. Non si può pensare di affrontare con la stessa forza lavoro una richiesta di cure notevolmente più alta di 20 anni fa. Ci ha provato CREA/Sanità a dare una risposta a questa problematica nel suo XX° Rapporto (2025): partendo dal numero dei medici attivi dipendenti e convenzionati, sia nel settore pubblico

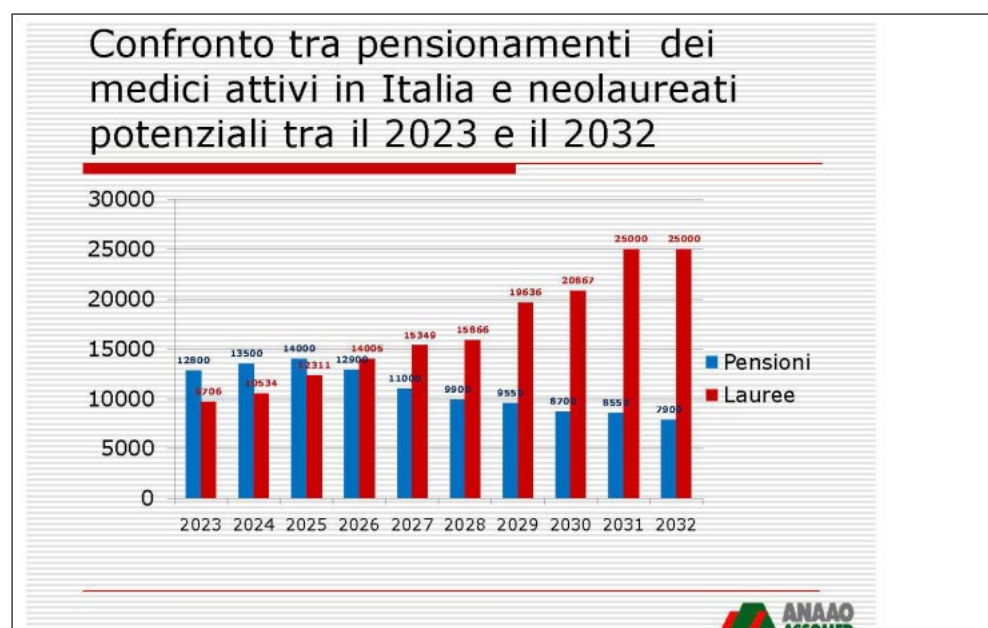
che privato (circa 238.000 medici attivi nel 2022) e tenendo conto dell'evoluzione demografica della popolazione italiana (cittadini oltre i 75 anni) ha stimato una carenza totale di 24.797 medici.

A causa degli errori nella programmazione della formazione dei medici nel decennio antecedente al Covid-19, la disponibilità di un numero di neolaureati superiore alle uscite pensionistiche attese emergerà solo a partire dal 2026 ($\Delta +1.105$). Negli anni successivi i numeri cresceranno progressivamente (vedi Figura 1) ma una disponibilità cumulativa di almeno 25.000 neolaureati in eccedenza rispetto alla sostituzione dei pensionamenti, tale da poter ricoprire le carenze stimate, sarà raggiunta solo nel 2030. È evidente che fin da subito abbiamo la necessità dell'implementazione di un ampio e duraturo programma di assunzioni nelle varie articolazioni della Sanità italiana al fine di evitare una nuova plethora medica che potrebbe svilupparsi tra il 2028 e il 2032 (+60.000 neolaureati rispetto al numero necessario per coprire i pensionamenti). Sempre Crea-Sanità ha stimato che solo per le assunzioni del personale mancante (medici e infermieri) servirebbero ulteriori 20/30 miliardi di € di finanziamento del SSN.

Riassumendo, fino al 2027 è prevista una carenza di medici; dal 2028 in poi ci sarà un grande surplus di medici, pronti a foraggiare la sanità privata o i sistemi sanitari di mezza Europa, se non assunti nel SSN per rispondere all'aumento della domanda sanitaria prodotto dall'invecchiamento della popolazione.

Figura1: Il numero annuale delle lauree rappresenta il dato massimo possibile, corrispondente al numero degli iscritti al Corso di Laurea in Medicina 6 anni prima (in genere gli abbandoni ammontano al 5% per singolo anno).

I pensionamenti rappresentano una stima sul totale dei medici attivi al 31/12/2022 effettuata nel precedente lavoro: "L'inarrestabile marcia verso la plethora medica". Il riferimento è ai medici attivi in Italia secondo la classificazione contenuta nel documento: "Il personale del Servizio Sanitario Italiano - 2022" pubblicato recentemente (2024) dal Ministero della Salute.



La spesa sanitaria è indissolubilmente legata anche all'invecchiamento della popolazione italiana.

L'ISTAT stima che le persone di età pari o superiore a 65 anni, ad oggi corrispondenti al 24,5% del totale, potrebbero arrivare al 35% della popolazione entro il 2050.

Appare incontrovertibile il fatto che la popolazione italiana è invecchiata moltissimo e conseguentemente il bisogno di salute è notevolmente aumentato. Eppure i medici in questo ventennio non sono aumentati così come ci si aspetterebbe, ma sono addirittura lievemente diminuiti rispetto all'anno di massima espansione

delle dotazioni organiche (2009). In altre parole, è come se venisse chiesto agli operai di una industria automobilistica, di produrre molto più auto con meno forza lavoro rispetto al passato.

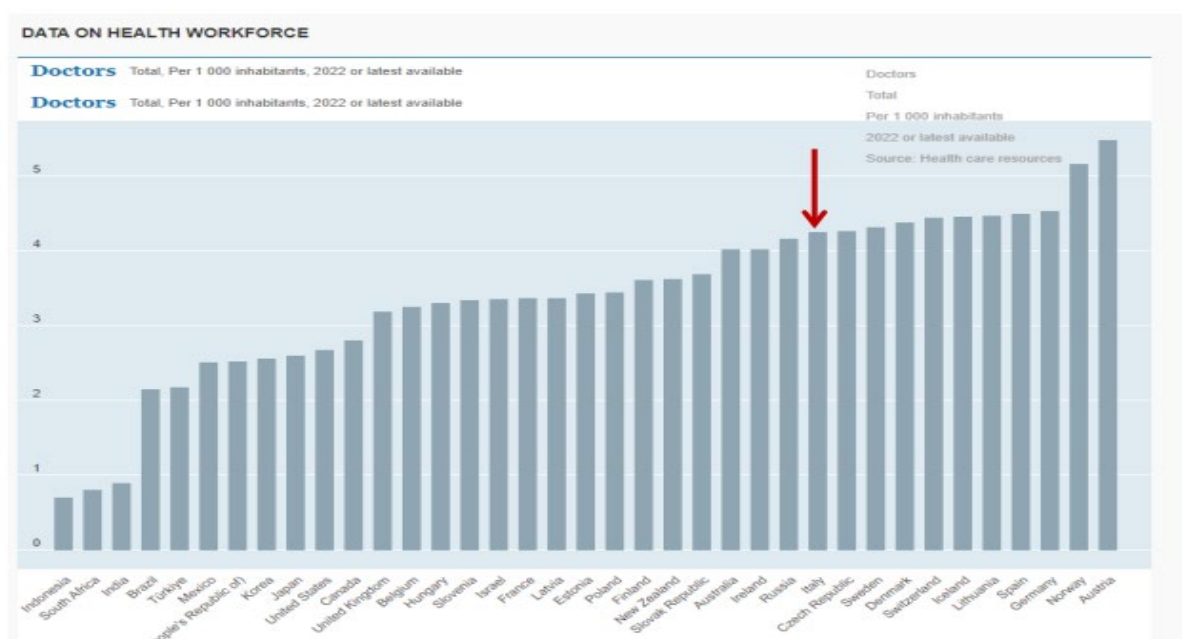
Figura n. 2: Tabella: il numero di medici specialisti dipendenti del Ssn dal 2001 al 2022 e differenza rispetto all'anno (2009) di massima occupazione

anno	TI	TD	medici SSN	Δ rispetto a 2009
2001	106.568	3.527	110.095	-9.173
2002	108.640	2.898	111.538	-7.730
2003	107.916	3.569	111.485	-7.783
2004	109.474	3.926	113.400	-5.868
2005	109.806	5.087	114.893	-4.375
2006	110.927	5.762	116.689	-2.579
2007	110.815	6.090	116.905	-2.363
2008	112.103	6.540	118.643	-625
2009	112.700	6.568	119.268	0
2010	111.289	7.205	118.494	-774
2011	109.670	7.012	116.682	-2.586
2012	108.927	6.879	115.806	-3.462
2013	108.115	7.253	115.368	-3.900
2014	107.121	7.753	114.874	-4.394
2015	105.380	8.531	113.911	-5.357
2016	105.097	8.951	114.048	-5.220
2017	105.557	9.342	114.899	-4.369
2018	106473	8.141	114.614	-4.654
2019	106.510	6.279	112.774	-6.494
2020	107.505	6.124	113.629	-5.639
2021	108.250	6.475	114.725	-4.543

Dai numeri della tabella sovraindicata è possibile comprendere la storia del numero di medici specialisti del SSN. Dopo 8 anni di assunzioni crescenti dal 2001 al 2009, c'è stato un lento decremento fino al 2019, seguito da una ripresa delle assunzioni dovuta alla pandemia da COVID-19 che ha però lasciato sul campo solo un lieve incremento di unità ($\Delta + 363$ tra la fine del 2019 e la fine del 2022).

Pensare di affrontare l'invecchiamento della popolazione con questi numeri, è semplicemente impossibile. Per questo, sono necessari anni di grandi assunzioni in sanità, soprattutto di medici specialisti in alcuni settori tipicamente ospedalieri come emergenza/urgenza, chirurgia generale, medicina interna, anesthesiologia-rianimazione etc.

Dal nostro studio, appare evidente che non mancano medici, ma mancano specialisti in determinate specialità. Se valutiamo i dati OCSE, riferiti al 2022, in Italia i medici sono 250.813, corrispondenti a 4,25 per mille abitanti, pressoché sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che nel nostro Paese non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia abilitati alla professione, ma piuttosto di specialisti, particolarmente in alcune specialità come la medicina d'emergenza-urgenza.

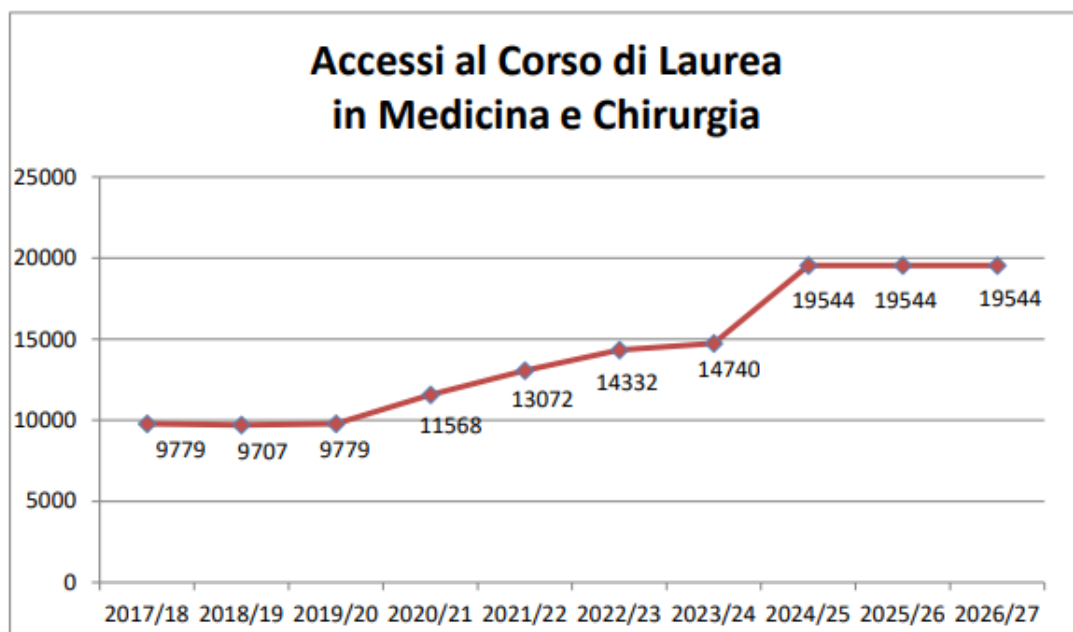


Una attenta valutazione dei database a disposizione (ONAOI ed ENPAM) ci può fornire una stima realistica dei pensionandi, considerando il pensionamento di "vecchiaia" (67 anni per i dipendenti, 68 anni per i convenzionati, 70 per gli universitari). Si può, pertanto, stimare che i medici dipendenti del SSN avviati verso la quiescenza nei prossimi 10 anni saranno circa 40.500, i medici di Medicina generale saranno circa 21.300, gli specialisti ambulatoriali circa 6.300, i medici universitari circa 2.900, quelli di continuità assistenziale 6.500, circa 4.400 i pediatri di libera scelta, infine 26.800 mila medici matureranno i criteri per la quiescenza nel settore dell'ospedale privata e della riabilitazione.

Totale: 108.700 medici in pensione nei prossimi 10 anni.



Di contro, con gli ingressi a medicina tra il 2017 e il 2024 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032) i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, avremo circa 141.000 nuovi medici nei prossimi 10 anni, ben 35.000 laureati che non troveranno posto di lavoro in Italia e saranno costretti ad andare all'estero dopo aver speso 125.000€ ognuno per formarli, un danno enorme all'erario pubblico (fino a 12 miliardi di euro) e un grosso regalo alle altre nazioni che sentitamente ringraziano!!



Pertanto, millantare l'abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, che tutti, (anche gli Universitari!) reputano non utile, appare come una manovra prettamente elettorale e demagogica.

Il numero chiuso non è stato abolito dalla legge delega approvata, è stato reso meno meritocratico! L'enorme attenzione dei decisori politici, a tutti i livelli e di tutti gli schieramenti, sullo stato della sanità italiana sembra sia monopolizzata, ancora una volta, dalla questione del numero chiuso al Corso di Laurea in medicina e Chirurgia, di cui si parla tanto, e troppo, come fosse il principale su cui agire subito e concentrarsi.

Proviamo a fare chiarezza. Il legislatore con la delega 26/2025 ha chiesto al Governo di scrivere un accesso a medicina identico al modello francese, con libero accesso nei primi sei mesi e uno sbarramento procrastinato mediante graduatoria nazionale e riservato a coloro che svolgeranno un determinato numero di esami e gli

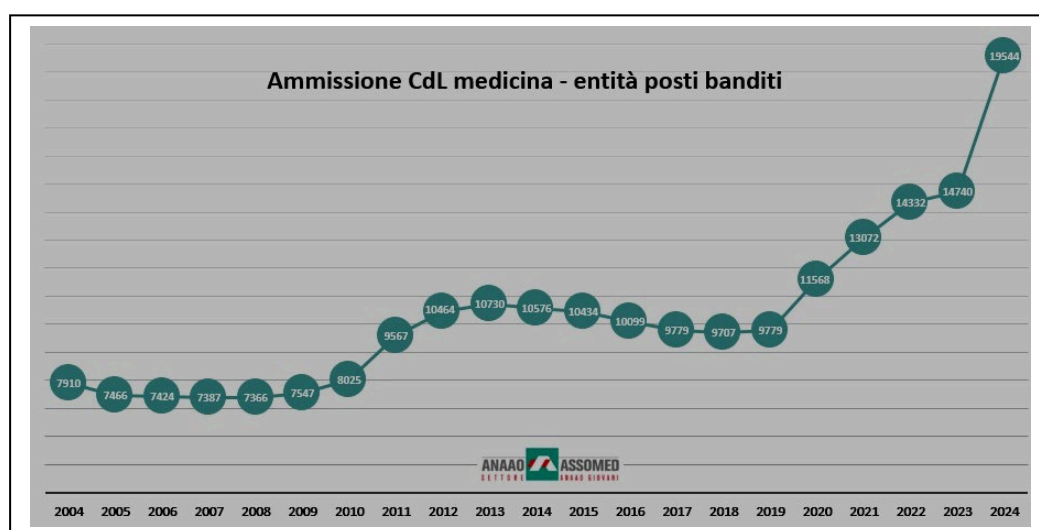
sfortunati che non lo supereranno potranno utilizzare questi crediti per altri corsi di laurea. Modello francese, che la stessa Francia sta cercando di superare per via di molteplici criticità riscontrate.

Il numero chiuso non è stato abolito ma resta rigorosamente “programmato” con il rischio che il concorso nazionale alla francese sarà meno meritocratico dell’attuale. L’entità di coloro che accedono al secondo semestre sarà un numero finito (e non infinito) calcolato secondo il reale fabbisogno di medici. Peraltro questo tipo di concorso è riuscito nel “miracolo” di scontentare tutti anche la Conferenza dei rettori Universitari Italiani che dichiara di “*esprimere profonda preoccupazione*” sulla futura riforma. Il risultato purtroppo è che questo concorso ricrea la plethora medica.

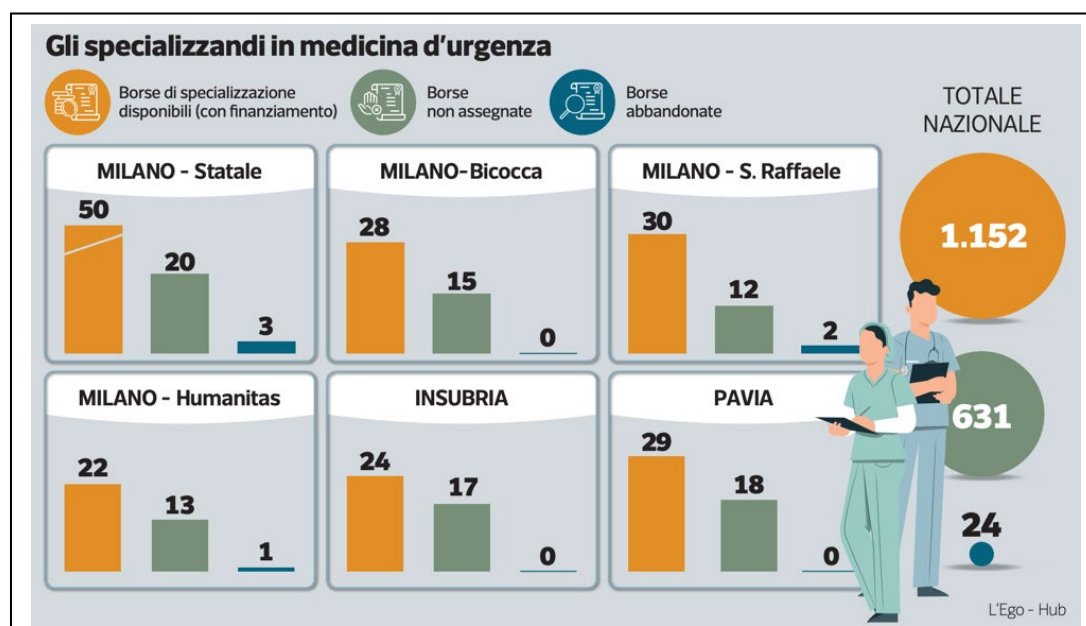
Allora ci chiediamo: non sarebbe stato più utile cambiare gli argomenti del test attuale? Non sarebbe più utile creare corsi di formazione gratuiti con libri di testo unici?

Siamo ancora in tempo per creare un modello che non riproduca quelli falliti in altri paesi, ma occorre ascoltare chi le riforme le dovrà subire e non solo chi le stesse probabilmente neanche le gestisce.

Per spiegare con i numeri quanto detto di seguito si riporta il grafico degli ingressi di ammissione a medicina, grafico peraltro sottostimato perché non comprensivo dei ricorsi al Tar. Questa mole di futuri medici non risolverà il problema della plethora medica.



La figura successiva illustra bene come la carenza di medici in pronto soccorso non sia dovuta nuovamente ad un problema di numero chiuso, ma ad altri fattori economici, di rischio, e di condizioni lavorative.



Come si evince dalla figura successiva non è vero che mancano gli specialisti, ma mancano alcune categorie di specialisti, e questo si deduce dal numero di contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per specializzazione. Questo rappresenta un costo per lo Stato, considerando che lo Stato spende per la formazione di uno specializzando circa 125.000 € !!

Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per Specializzazione

	Contratti banditi	Contratti non assegnati	Contratti abbandonati	% Contratti totali non assegnati e abbandonati
Medicina termale	7	5	1	85,7%
Microbiologia e virologia	244	175	16	78,3%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	554	363	26	70,2%
Radioterapia	328	192	30	67,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	206	119	11	63,1%
Medicina e Cure Palliative	100	59	2	61,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1884	1034	110	60,7%
Medicina di comunità e delle cure	190	99	10	57,4%
Medicina nucleare	181	84	15	54,7%
Statistica sanitaria e Biometria	65	31	3	52,3%
Anatomia patologica	361	153	28	50,1%
Chirurgia Toracica	173	56	17	42,2%
Genetica medica	160	53	14	41,9%
Audiologia e foniatria	64	15	4	29,7%
Cardiologia	186	24	27	27,4%
Scienza dell'alimentazione	130	17	18	26,9%
Chirurgia Generale	1406	228	121	24,8%
Chirurgia Vascolare	259	37	23	23,2%
Malattie infettive e Tropicali	610	91	49	23,0%
Anestesia e Rianimazione	3192	476	212	21,6%
Nefrologia	597	86	42	21,4%
Chirurgia pediatrica	112	10	11	18,8%
Medicina Interna	1729	109	176	16,5%
Geriatrica	821	71	62	16,2%
Igiene e medicina preventiva	1245	107	74	14,5%
Urologia	548	35	43	14,2%
Ematologia	462	21	43	13,9%
Oncologia medica	641	22	59	12,6%
Allergologia ed immunologia clinica	194	6	18	12,4%
Neurochirurgia	223	1	24	11,2%
Chirurgia maxillo facciale	111	2	10	10,8%
Medicina fisica e riabilitativa	670	22	49	10,6%
Medicina del lavoro	423	18	22	9,5%
Reumatologia	229	4	14	7,9%
Otorinolaringoiatria	378	5	22	7,1%
Ortopedia e traumatologia	988	19	51	7,1%
Ginecologia ed Ostetricia	1097	6	70	6,9%
Malattie dell'apparato respiratorio	660	17	25	6,4%
Medicina legale	335	6	14	6,0%
Medicina dello sport e dell'esercizio	161	3	6	5,6%
Neuropsichiatria infantile	520	1	23	4,6%
Endocrinologia e malattie del	415	0	19	4,6%
Radiodiagnostica	1472	4	62	4,5%
Psichiatria	1195	13	40	4,4%
Neurologia	620	1	19	3,2%
Pediatria	1682	3	43	2,7%
Malattie dell'apparato digerente	404	1	10	2,7%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed	230	2	3	2,2%
Oftalmologia	443	0	8	1,8%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	1275	1	17	1,4%
Dermatologia e venereologia	272	0	1	0,4%
TOTALE	30452	3907	1601	18,1%

Da ultimo l'offerta formativa che dimostra quali sono le specialità meno attrattive.

L'offerta formativa

Le specialità con meno borse assegnate

SPECIALITÀ MEDICHE	BORSE BANDITE	BORSE NON ASSEGNATE
Medicina d'emergenza urgenza	886	537
Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva	1.248	279
Chirurgia Generale	657	179
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	251	176
Radioterapia	155	114
Microbiologia e virologia	131	113
Medicina di comunità e delle cure primarie	142	111
Anatomia patologica	182	103
Malattie Infettive e Tropicali	327	98
Igiene e medicina preventiva	542	98

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, riteniamo fondamentale una modifica dell'attuale testo di riforma intervenendo sui seguenti aspetti di maggiore criticità:

- **RIDUZIONE DEL PERIODO "FILTRO"**: è opportuno ridurre da sei a tre mesi, il tempo formativo previsto come filtro pre-immatricolazione, in modo da evitare che si allunghino i tempi formativi delle altre discipline di studio;
- **ESAMI SU MATERIE E PROGRAMMI PREDEFINITI**: gli esami di profitto per il conseguimento dei CFU necessari alla successiva immatricolazione devono tenersi sulle effettive materie oggetto del percorso di studi e sulla base di bibliografia e programmi unici definiti a livello Ministeriale, al fine di favorire trasparenza e uniformità nella valutazione dei risultati;
- **ESCLUDERE LA POSSIBILITA' DI CONSEGUIRE I CFU DEL SEMESTRE FILTRO ATTRAVERSO TEST A RISPOSTA MULTIPLA**, che non garantirebbero un'oggettiva valutazione dello studente
- **ASSICURARE LA QUALITA' FORMATIVA**: riteniamo inammissibile la possibilità, durante il semestre formativo, di derogare ai requisiti minimi di docenza richiesti in relazione alla numerosità massima delle classi di laurea magistrale. Ciò abbasserebbe notevolmente gli standard formativi, rischiando di alterare i giudizi delle prestazioni accademiche. Al contrario, devono essere garantite adeguate infrastrutture formative in relazione al numero di studenti iscritti al semestre formativo.

Aumentare i posti a Medicina, moltiplicare a dismisura i Corsi Laurea in Medicina e Chirurgia pubblici e privati (Enna gode di due corsi, di cui uno in rumeno, ed in Calabria ci si avvia ad avere oramai un Corso di Laurea in Medicina per provincia), senza intraprendere la soluzione delle criticità descritte, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse pubbliche soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia, elemento che spingerà sempre di più i giovani verso l'estero trasformando l'Italia in una sorta di "Cuba del Mediterraneo". Ricordiamo che l'isola caraibica è nota per la "fornitura" di personale sanitario alle Nazioni del centro-sud America e recentemente anche all'Italia.

Dott. Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale AnaaO Assomed