



Giovani Medici per l'Italia

**Audizione con la VII Commissione della Camera dei Deputati
riguardante la revisione delle modalità di accesso ai CdL in Medicina e
Chirurgia, in Odontoiatria e Protesi Dentaria e in Medicina Veterinaria**

05 febbraio 2025

OGGETTO: Valutazione delle Proposte Contenute nella Proposta di Legge n. 2149 “Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai CdL in Medicina e Chirurgia, in Odontoiatria e Protesi Dentaria e in Medicina Veterinaria”

Egregi Onorevoli,

Nel ringraziarVi per aver richiesto parere in merito alle proposte di cui in oggetto, esponiamo brevemente quanto la Nostra Associazione ha elaborato in merito alle proposte di modifica delle modalità di accesso ai CdL in Medicina e Chirurgia presentate al Parlamento della Repubblica a partire da ottobre 2023.

Le proposte di cui ci troviamo oggi a discutere sono motivate da due filoni principali di motivazioni, uno di carattere programmatico, ed uno che muove dalla constatazione del fallimento del sistema di selezione dei candidati tramite TOLC-MED. Siamo dell'idea che la modifica del sistema d'accesso ai suddetti CdL, così come svolto sino all'anno scorso, sia migliorabile, ma che **non possa essere immaginabile senza prevedere lo strumento del test nazionale**. Segnaliamo, inoltre, come anche il più efficiente metodo di accesso ai suddetti CdL **non risolverebbe il problema della carenza di personale nel nostro Servizio Sanitario Nazionale**.

Perché utilizzare un Test di Ingresso non ha nulla a che vedere con la carenza di personale nel Servizio Sanitario Nazionale

Le proposte di cui in oggetto sono motivate evidenziando i problemi di liste d'attesa sempre più lunghe, di carenza di personale nei reparti, di difficoltà del SSN nell'erogazione delle prestazioni contenute nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali. Tali problematiche sono evidentemente frutto di **decenni di cattiva programmazione e pianificazione scarsamente lungimirante**.

In primo luogo, ci risulta difficile comprendere come le modalità di accesso ai CdL in Odontoiatria e Protesi Dentaria e Medicina Veterinaria (professioni a preminente esercizio privato nel nostro Paese) possano migliorare la qualità del SSN.

Se invece consideriamo il rapporto che intercorre tra CdL in Medicina e Chirurgia e SSN, **escludiamo totalmente che cambiare il metodo di selezione degli**



Giovani Medici per l'Italia

studenti di medicina possa risolvere il problema della carenza di personale e della lunghezza delle liste d'attesa.

Basta analizzare alcuni dati al riguardo.

- I. Iniziamo con l'esporre che la formazione di un Medico Dipendente del SSN richiede da un minimo 9 anni, per un Medico di Medicina Generale, agli 11 anni per uno Specialista in Anestesia e Rianimazione. Questi suddivisi in minimo di 6 anni di Corso di Laurea e tra 3 e 5 anni per la Formazione Post Laurea (Corso di Formazione in Medicina Generale o Specializzazione). Quindi, un eventuale modifica sull'accesso ai CdL in Medicina e Chirurgia **non avrebbe effetto prima del 2034.**
- II. A causa della anomala gobba pensionistica dovuta all'apertura del numero chiuso nel 1969 e del blocco del turnover si stima che circa **35.000 medici fra Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale sono pensionandi** nel quinquennio 2023/2027, con un progressivo ritorno della normalità nel 2030 (quattro anni prima degli effetti di misure odierne).
- III. Considerando la media degli accessi programmati per gli anni 2021, 2022 e 2023, e assumendo questa media come invariata sino al 2030, nel 2030 avremo avuto circa **150.000 nuovi studenti di medicina**, i quali completano il corso di studio per oltre il 94% (dati forniti da ANVUR), quindi circa **141.000 nuovi laureati in medicina**. Considerata la necessità di assorbire le attuali carenze del SSN, **questo porterebbe un eccesso di laureati in medicina di circa 32.000 unità rispetto ai fabbisogni (dati ANAAO Assomed).**
- IV. Per essere assunti dal SSN bisogna completare il percorso con una **formazione post laurea**, di questi nuovi 141 mila medici potranno completarlo, considerando le borse ad oggi stanziate e la capacità formativa della rete, **circa 125 mila, cui aggiungere altre 21.000 borse per la formazione in Medicina Generale** (proiettando la media delle borse finanziate negli ultimi anni nei prossimi 10 anni): ci troveremo quindi di fronte a una quantità di Specialisti e Medici di Medicina Generale **più di 4 volte superiore rispetto al fabbisogno attuale (dati ANAAO Assomed).** Inutile precisare che questi 32.000 medici, una volta completato il ciclo, non avranno altra scelta che **emigrare**, facendo in modo che tutti i soldi spesi per la loro formazione **vadano in perdita netta per lo Stato.**

Volendo giungere a una sintesi, sin da ora si prospetta che **nel 2030 avremo circa 32.000 medici in più rispetto a quanti ce ne serviranno.** Si segnala che questi calcoli **tengono già conto della necessità di assorbire le attuali carenze di personale del SSN** (circa 30-35000 medici, già contati nei calcoli di cui sopra).

Inoltre, confrontandoci con le altre Nazioni ci si rende conto del fatto che le nuove modalità di accesso non possono essere una soluzione: i dati OCSE, riferiti all'Italia, in particolare al 2020 (Health at a Glance: Europe 2022), segnalano un tasso di medici attivi del 4‰ abitanti, perfettamente sovrapponibile alla media



Giovani Medici per l'Italia

EU27, a dimostrazione del fatto che **in Italia non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di medici specialisti assunti nel Servizio Sanitario Nazionale.**

Ciò che invece manca, analizzando i medesimi dati, sono gli **infermieri**, che risultano essere 626 ogni 100.000 abitanti: questo dato **è inferiore di 251 infermieri ogni 100.000 abitanti alla media europea** che diventano 337 se il calcolo è effettuato solo sui Paesi aderenti all'Ue (che hanno una media di infermieri ogni 100.000 abitanti di circa 963). L'Italia è tra i Paesi con il minor numero di laureati in infermieristica: 17 per 100.000 abitanti, al quintultimo posto nella classifica generale europea.

Numero Aperto al primo semestre: quali sono i Contro

Quanto detto sopra mostra, dati alla mano, che **aprire il numero chiuso sarebbe totalmente inutile per risolvere le carenze del SSN.**

Analizziamo d'altro canto i danni che tale soluzione porterebbe:

1) **I costi da affrontare.** Per ogni semestre del corso di laurea che servono a formare un giovane medico non specializzato lo Stato sostiene come Fondo di finanziamento ordinario una spesa pari a 2067 euro totali (fonte: statistica MIUR e portali atenei). Il numero di persone iscritte al test per medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentare e medicina veterinaria del 2023 è stato di 79.356 (dati MUR). Se tutti questi aspiranti professionisti avessero avuto accesso diretto al primo semestre dei corsi di laurea, lo Stato avrebbe dunque dovuto affrontare una spesa complessiva di **164.028.852 euro per un solo semestre.**

Si supererebbe di circa **120 milioni** ciò che lo Stato ha potuto allocare per l'anno 2023 (dati MUR).

Inoltre, a fronte della proposta presentata di aumentare la platea di tutor includendo i dirigenti medici ospedalieri non universitari, è necessario considerare i costi che tale manovra comporterebbe in termini di comparazione dei tutor ospedalieri alla retribuzione fornita ai tutor universitari.

2) Senza che siano previsti i finanziamenti atti ad adeguare la capacità di formazione della rete formativa universitaria, si andrebbe ad **inficiare in modo grave la qualità formativa dei futuri professionisti italiani.** Considerando che già oggi viviamo una **drammatica carenza di personale docente di ruolo e ricercatore scientifico** nell'area disciplinare di scienze mediche, possiamo già renderci conto di quali siano i **limiti attuali della rete formativa universitaria.**

3) Se si confida nella capacità del sistema universitario di assorbire e selezionare alla fine del primo semestre gli studenti, **abbiamo un precedente:** nel 1969 venne abolito il numero chiuso e non fu una soluzione, anzi, portò **problemi strutturali e organizzativi insostenibili** e costrinse il Ministero dell'Istruzione e della Ricerca nel 1987 a emanare un decreto, diventato poi legge nel 1999 (legge n. 264 del 02/08/99), che sanciva il principio di **relazione tra il numero di studenti e la capacità delle singole strutture di ospitarli, la disponibilità dei professori, la possibilità di svolgere laboratori e lezioni.** La proposta di legge 2149, oggi in



Giovani Medici per l'Italia

discussione, andrebbe sostanzialmente a **riproporre, nel corso del primo semestre, lo stesso errore** per cui si era resa necessaria quella legge. Invitiamo pertanto tutti i legislatori a imparare dal passato del nostro Paese. **Non è possibile modificare le normative sull'accesso ai corsi di laurea in oggetto senza decidere a priori in che modo revisionare la legge 02/08/199 n° 264. Non è sufficiente delegare genericamente un nodo di tale rilievo.**

4) **All'art. 2, comma 2, lettera D** si evince che con la formazione di una graduatoria nazionale alla fine del semestre possa rendersi necessario per lo/la studente/essa spostarsi di sede per continuare il percorso di studi. Si creerebbero, tra tutti, **disagi economici** per gli studenti fuori sede ancora più ingenti ed evidenti di quelli che comporta la normativa che si intende riformare.

Graduatoria Basata su CFU e Media degli Esami: quali problemi

Constatate le criticità che comporterebbe l'accesso di tutti gli aspiranti al primo semestre dei CdL, teniamo a sottolineare che il metodo di formazione della graduatoria a seguito di questo primo semestre sarebbe **costitutivamente iniquo**.

- In primo luogo, già con il TOLC MED è stato reso evidente come anche soluzioni artificiose come il “coefficiente di equalizzazione” (di cui sotto) non garantiscano un concorso equo: esortiamo gli Onorevoli a **non considerare nemmeno l'ipotesi di lasciare che ogni Università faccia un esame a sé** ai fini di mettere tutto nel calderone di una graduatoria nazionale. Se si vuole garantire che ogni singolo esame universitario sia utilizzabile ai fini di stilare una graduatoria nazionale, **è necessario quindi che l'esame sia identico (e non solo standardizzato, come da proposta) per tutta Italia**. Ciò significa **organizzare, per ogni materia del primo semestre, un “miniconcorso” unico, a risposte chiuse e coordinato temporalmente in tutti gli Atenei italiani**. *De facto*, la soluzione proposta **elimina un test unico per introdurne tanti**, che presenterebbero e moltiplicherebbero i problemi del sistema attuale.
- Inoltre, anche ammesso che sia possibile fare ciò che è riportato nel punto precedente, **la formazione erogata da ogni Ateneo italiano non può essere totalmente standardizzata**. Oltre a confliggere con il principio di autonomia delle Università, non è fattualmente possibile che tutti i Docenti di tutti gli Atenei italiani riescano a preparare equamente decine di migliaia di Studenti a sostenere un test nazionale per ogni esame del primo semestre.

Attuale Sistema di Accesso ai CdL in Medicina e Chirurgia: quali problemi

Le maggiori criticità dell'attuale sistema dei TOLC MED derivano dalla **struttura stessa** di questa tipologia di test. La possibilità di ripetere quattro diverse sessioni di test, due al quarto e due al quinto anno di Scuola Secondaria di Secondo Grado, inevitabilmente con un database chiuso, porta **alla ripetizione delle domande**, che concede a chi ha provato più test successivi un oggettivo vantaggio.



Giovani Medici per l'Italia

Altra criticità è l'**equalizzatore** stesso, e in particolare il coefficiente di equalizzazione, nato per garantire equità tra i candidati nel corso delle diverse sessioni di test: si è invece mostrato non imparziale, sollevando dubbi sulla chiarezza e sulla trasparenza del sistema di valutazione.

D'altro canto, esistono delle criticità che il sistema del TOLC MED condivide con i test degli anni precedenti. In generale, ciò che ai più è sempre apparso odioso del test d'accesso al CdL in Medicina e Chirurgia è la sensazione che la valutazione non avvenga per merito e conoscenze ma per mera fortuna o raccomandazione. Ciò avviene principalmente per tre motivi: la presenza di **domande di cultura generale, l'assenza di una bibliografia nota di riferimento, la sicurezza percepita**.

- I. Il primo aspetto, cioè l'attuale formulazione del test che ha previsto sino ad oggi un numero variabile di domande di **cultura generale**, che di fatto rappresentano un bacino di punteggio dipendente unicamente dalla **fortuna** e non dalla reale preparazione dello studente che partecipa al test. Inoltre, è ormai nota la presenza di domande che prevedano **più risposte corrette, volutamente equivocate e poco comprensibili**.
- II. Il secondo aspetto riguarda **l'assenza di una bibliografia** nota di riferimento. Il bando prevede di volta in volta una sorta di programma di conoscenze minime che nei fatti è un **canovaccio** che lascia lo studente **spaesato, senza alcun riferimento per attuare una preparazione in proprio** e che porta gli studenti all'affidarsi a **costosissimi corsi di preparazione privati**, aumentando di fatto la disparità sociale fra chi può permettersi il corso e chi no, fra chi può comprare una preparazione e la speranza di accesso e chi no.
- III. Il terzo aspetto riguarda la **sicurezza**, più percepita che reale, esasperata anche da alcuni avvocati che sperano di lucrare sulla disperazione degli studenti. I dati infatti affermano che **non esiste un aumento della ricerca di parole chiave inerenti il test durante lo svolgimento dello stesso**, né che vi siano degli spot specifici di ammissioni. Purtroppo appare evidente **come si renda necessario un aumento di ciò che sono le condizioni di sicurezza del test**, per fugare ogni sospetto di imparzialità e garantire il corretto svolgimento.

Parere sul Disegno di Legge presentato

Alla luce di quanto esposto, **non consideriamo accettabile la proposta di cui in oggetto**. Pare infatti ispirata al **modello francese, cui siamo contrari**. Analizzando questa tipologia di sbarramento si osservano delle criticità drammatiche: **di fatto è una sorta di test d'ammissione ai CdL della durata di sei mesi**, estenuante a livello fisico e mentale, che in Francia ha **portato a un aumento fra gli studenti della prevalenza di depressione e malattie**



Giovani Medici per l'Italia

mentali^{1,2,3,4} quali possono essere gli attacchi di panico, **aumento del tasso di suicidi** fra gli studenti e **alla perdita di uno o due anni di vita** per chi non riesce a superare lo sbarramento. Inoltre ci domandiamo: cosa accadrebbe agli idonei tagliati fuori per l'esaurimento dei posti? Dovrebbero iscriversi ad altri Corsi di Laurea, che sarebbero relegati formalmente ad un ingiusto ruolo di "piano B", come se fossero **"corsi inferiori" ai CdL suddetti**.

Crediamo pertanto che l'attuale sistema d'accesso possa essere rivisto in un'ottica **più efficiente e meno onerosa** sia per gli studenti che per le casse dello Stato.

Misure per Modificare il Sistema d'Accesso ai CdL in Medicina e Chirurgia

Alla luce di quanto esposto, riteniamo l'attuale impianto normativo in merito all'accesso programmato migliorabile tramite l'implementazione delle seguenti misure:

- I. Selezione dei candidati sulla base di un **test unico in tutta Italia**, somministrato contemporaneamente tramite domande chiuse (quiz), aperto a tutti i Candidati in possesso di Diploma di Scuola Superiore di Secondo Grado.
- II. L'erogazione di almeno **due simulazioni**, gratuite e disponibili a tutti, previa iscrizione a University, dalla pubblicazione del bando, su apposita piattaforma online con graduatoria nazionale.
- III. La formulazione di **domande che prevedano un'unica risposta corretta, che siano comprensibili e chiare, coerenti con il programma e la bibliografia forniti, le cui informazioni siano totalmente presenti nella bibliografia stessa e che prevedano adeguati controlli di qualità del database**.
- IV. La pubblicazione annuale, in concomitanza con l'uscita dei Bandi di Concorso per l'Accesso, di un **programma dettagliato di studi** di preparazione al test d'accesso **chiaro, fruibile e utilizzabile, che non renda necessario l'affidamento a corsi di preparazione privati e che sia coerente col percorso di studi**.
- V. La creazione di una **bibliografia di riferimento** nota, che in associazione al programma di studi sopra menzionato consenta a studentesse e studenti la preparazione anche in proprio.
- VI. La verifica della **più stretta attinenza delle domande preparate per il Test d'Accesso al materiale sopra riportato**, di modo da garantire il massimo grado di **trasparenza** nel processo di selezione.
- VII. Richiedere agli Atenei Italiani la creazione di **materiale didattico, fruibile online (videolezioni, materiale didattico online)**, di spiegazione ed approfondimento del programma di cui sopra liberamente accessibili con iscrizione a partire dal 4° anno di Scuola Secondaria di Secondo Grado.
- VIII. Consentire alle **Scuole Secondarie di Secondo Grado, con particolare**

¹ <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.02.001>

² <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02386596v1>

³ <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.12.001>

⁴ https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/FR/EESR13_ES_17/la_sante_des_etudiants/



Giovani Medici per l'Italia

riguardo ai Licei ad Indirizzo Biomedico, l'erogazione di corsi extracurricolari in cui studentesse e studenti possano gratuitamente approfondire in presenza dubbi o perplessità in merito alla preparazione del test. Si segnala che tali corsi, nella nostra proposta, dovrebbero essere frequentabili anche da Studenti non iscritti alla Scuola Secondaria che organizza il corso.

- IX. **L'aumento dei controlli al test**, con forze dell'ordine presenti in aula e più docenti che valutino il corretto svolgimento del test
- X. La predisposizione obbligatoria, durante lo svolgimento del test, **di disturbatori di frequenze (Jammer)** che renda impossibile l'utilizzo di telefoni cellulari o ausili esterni.

Misure Parallele per Aumentare la Forza Lavoro in servizio presso il Servizio Sanitario Nazionale

Essendo evidente che le misure in merito all'accesso programmato **possono influire poco per quanto riguarda l'aumento della forza lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale**, invitiamo gli Egregi Onorevoli ad aumentare l'attrattività del SSN per i medici neolaureati e neo specialisti considerando le seguenti misure:

- I. La **riduzione del carico di lavoro** nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi anche alla propria vita familiare e sociale eliminando ogni anacronistico blocco delle assunzioni del personale sanitario;
- II. L'**incremento progressivo dei compensi percepiti** dal Personale dipendente, che per arrivare al livello medio europeo dovrebbero aumentare del 40-50%
- III. **L'aumento del numero di laureati in infermieristica** e conseguente aumento del numero di personale infermieristico almeno sino alla media europea.
- IV. Modifica dell'attuale normativa in merito alle **Scuole di Specializzazione Medica**, di modo da rendere la formazione post-laurea attrattiva rispetto alle alternative europee.

L'Associazione Scrivente si rende ovviamente disponibile ad un confronto anche in merito a questi temi.