



ACCESSO A MEDICINA/ Coro di critiche sul modello francese proposto dalla ministra Giannini

Parigi vale un test d'ingresso?

Lorenzin: «Con 80mila studenti, servirebbero investimenti che non ci sono»

Il modello francese per regolamentare l'accesso alla facoltà di medicina piace solo alla ministra **Stefania Giannini**, che lo ha proposto su facebook qualche settimana fa promettendo un provvedimento entro luglio per abolire l'attuale test d'ingresso. I tecnici del dipartimento Università e Ricerca del Miur sono al lavoro, ma le bozze per ora sono top secret. Anche se, tra delusioni elettorali (la ministra ha presentato le sue dimissioni da segretario di Scelta civica dopo lo 0,7% racimolato alle elezioni europee) e la quasi totale mancanza di consensi non è escluso che l'idea dell'accesso «alla francese» - senza test d'ingresso ma con un esame di sbarramento dopo il primo anno - si areni ancor prima di prendere forma.

Eppure la scintilla è scoccata e in ogni caso, sebbene il sistema di Parigi non si adatti all'università made in Italy (si vedano articoli in pagina), sono tutti d'accordo sul fatto che l'attuale test d'ingresso sia quanto meno «perfettibile» in un'ottica di ripensamento dell'intero sistema formativo.

Ma come funziona l'accesso agli studi per gli aspiranti medici d'Oltralpe? Diversamente dall'Italia, il primo anno è concesso a tutti ed è diviso in due semestri: il primo è comune a tutti gli indirizzi, dunque medicina, odontoiatria, studi farmaceutici e ostetricia. Al termine dei 6 mesi iniziali gli studenti sono sottoposti ad alcune prove per testare le competenze acquisite e quelli che si classificano male possono essere orientati verso altri rami dell'università. Sono previste unità didattiche sulla base delle quali vengono attribuiti dei crediti. Nel secondo semestre si scelgono una o più unità didattiche con un percorso più specifico, oltre alla formazione congiunta.

Al termine di questi 12 mesi ci si trova davanti al primo vero spartiacque:

Alcuni modelli europei	
REGNO UNITO: Le Scuole mediche fissano annualmente i propri criteri di selezione. I candidati in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore (Gcse) possono inoltrare per il tramite dell'Ucas (Universities and Colleges Admission Service) la domanda di ammissione a 4 scuole mediche di loro scelta. Saranno sottoposti a specifici test: Clinical Aptitude Test (Ukcat), utilizzato nella procedura selettiva di 26 Facoltà mediche, destinata ad accertare il possesso delle capacità mentali, attitudinali e comportamentali, ritenute imprescindibili per l'esercizio della professione medica; al Biomedical admission test (Bmat), sulla falsariga dell'analogo test statunitense - esame più selettivo espressamente richiesto per l'ammissione a corsi di 1° ciclo presso l'Università di Cambridge, l'Imperial College di Londra, l'Università di Oxford e l'University College London Medical Schools; ovvero al Graduate Medical School Admission Test (Gamsat): richiesto per l'ammissione a corsi di 2° ciclo presso la St George's University of London, l'University of Nottingham, l'University of Wales e la Keele University. Solo i candidati che avranno superato il test previsto, saranno infine invitati alla prova finale, la cosiddetta interview, condotta da un'équipe per accertare, oltre al possesso delle conoscenze teoriche (chimica, fisica, biologia), le valutazioni e le motivazioni personali che indirizzano i candidati alla professione medica.	negli ultimi tempi una pratica corrente per gli studenti tedeschi e francesi di aggirare l'ostacolo, chiedendo l'iscrizione in 2 Paesi (nel proprio di appartenenza e in Belgio)
BELGIO: L'accesso avviene senza particolari restrizioni, ma la selezione è rinviata all'anno successivo e si basa solo sui risultati conseguiti nel primo anno di studi, in modo meno restrittivo che in Francia. Tale modalità ha originato	SVIZZERA: in merito al sistema svizzero, non esiste un regolamento valido a livello nazionale. Trattandosi di uno stato federale, ogni cantone adotta le sue leggi in materia. In linea di massima, il numero chiuso è facoltativo. In base al numero di iscritti all'università, vengono adottate misure di restrizione. O un test d'ammissione o un primo anno restrittivo in base al profitto dello studente. Le misure vengono adottate dalle singole facoltà a loro discrezione. In Svizzera l'iscrizione in medicina segue un trend verso il basso, quindi le università riescono facilmente a gestire gli esuberanti che in realtà sono irrisori. L'iscrizione per gli stranieri è limitata. Hanno diritto esclusivamente: i residenti in Svizzera (inclusi i genitori), chi ha passaporto svizzero, studenti coniugati con un cittadino svizzero
	SPAGNA: Già da qualche decennio la legislazione spagnola si è interessata all'istruzione universitaria e alle modalità di accesso. Chi vuole frequentare l'Università e quindi anche la Facoltà di Medicina, deve possedere il titolo base di "bachiller" e superare una prova. Le diverse università, pubbliche e private, in accordo con il Governo centrale, mettono a disposizione un certo numero di posti e la graduatoria finale tiene conto del risultato della prova stessa. Per gli studenti Ue è possibile evitare l'esame di ammissione; ma in realtà quasi tutte le Università prevedono un test di accesso anche per la lingua

Gli Stati «rifugio»
ROMANIA: In Romania non c'è un esame d'ammissione, basta iscriversi entro la data prestabilita, e fare un corso intensivo di lingua rumena che dura un anno. Il titolo di studio viene riconosciuto a livello europeo, in quanto la Romania fa parte dell'Ue. Gli studenti affiancano agli studi teorici quelli pratici, in laboratori, ambulatori e ospedali pubblici. Il costo annuale è di circa 5mila euro
BULGARIA: La Medical University of Sofia ha attivato, per l'International Campus di Chiasso (in Svizzera), il primo biennio di Medicina in lingua inglese. Per i successivi quattro anni bisogna però spostarsi nella sede principale a Sofia, in quanto il percorso di studi prevede attività di laboratorio da svolgere nelle cliniche universitarie più attrezzate. Non c'è il test d'ammissione. Il costo è di circa 50,5 euro d'iscrizione
ALBANIA: Un'altra grande opzione per gli studenti italiani riguarda l'Università Nostra Signora del buon consiglio di Tirana. L'università è nata nel 2004 per convenzione fra tre università italiane, Roma Tor Vergata, Università di Bari e la Statale di Milano. Per accedere ai corsi di studio basta affrontare un test completamente in italiano, non selettivo, che mira solamente ad accertare che lo studente sia in grado di affrontare il percorso di studi in Medicina. I titoli rilasciati da questa università sono validi sia in Albania che in Italia. Il costo d'iscrizione è di circa 10.000 euro.

l'esame di sbarramento. La prova - molto dura e basata su temi specifici di medicina esplorati durante l'anno - si può tentare solo due volte. In caso di fallimento, non resta che gettare la spugna, a meno di ottenere una deroga eccezionale. I due anni successivi completano un ciclo. Gli studenti ottengono così il Diploma di formazione generale in scienze mediche, un titolo che chiude la prima parte degli studi per il Diploma statale di dottore in medicina. Questa fase comprende 6 semestri di formazione valida per l'ottenimento di 180 crediti europei. In tutto, però, il percorso di studi per arrivare a indossare il camice bianco si divide in tre cicli: il primo di

formazione generale dura 3 anni, seguito da un altro triennio di formazione approfondita e da ulteriori 3 o 5 anni di studi specializzati. La durata totale della formazione di un medico varia dunque da 9 (medicina generale) a 11 anni (specialità). Con due importanti banchi di prova: l'esame del primo anno e le prove di classificazione nazionale alla fine del sesto anno.

A frenare dopo un'iniziale disponibilità è stata la stessa ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, che ha commentato con "perplexità" l'ipotesi di selezionare gli accessi durante il primo anno di studio.

«Ho sentito la proposta della mini-

stra Giannini - ha detto - sull'abolizione del numero chiuso alle Facoltà di Medicina e devo dire che qualche perplessità ce l'ho, nel senso che voglio capire bene lei come la vuole strutturare. Abbiamo vari problemi: il primo è che le nostre Facoltà di medicina sono fortemente interdisciplinari e quindi sono state costruite per avere un rapporto diretto tra lo studente e il medico, cioè il professore, sul campo. È evidente che se noi passassimo all'improvviso all'abolizione del numero chiuso, con un aumento di 70-80.000 studenti anche solo per il primo anno, questa interdisciplinarietà tipica del nostro sistema verrebbe meno. È un problema grande perché adattare a

questo le università in tempi immediati significherebbe fare un grosso investimento economico, che mi pare non ci sia, visto che non si riescono a coprire neanche gli specializzandi».

«Il secondo problema - secondo Lorenzin - è che dovremmo ipotizzare un diverso modo di programmare: in questi anni abbiamo pensato a un certo numero di borse di specializzazione per tot studenti. Sia per le specialità che per la medicina generale. E poi un ingresso nel mondo professionale, che è stato tra l'altro fermato dal blocco del turn over. Quindi questa cosa andrebbe vista nel suo insieme: se si pensa a un modello come quello americano o francese, in

LA SITUAZIONE ATTUALE

Luci e ombre del fabbisogno: gli effetti della programmazione

Il primo tassello decisivo, al di là del meccanismo di accesso alla facoltà di medicina, è quello della programmazione dei posti realmente disponibili: del mare di studenti che con il sistema francese potrebbero accedere al primo anno, quelli che poi saranno medici lo decide la programmazione. Che si basa soprattutto sull'analisi di ciò che è stato finora e di cui si riportano i dati relativi agli ultimi 14 anni.

Restando sulla media dei 14 anni facendo il calcolo del turnover al tasso del 2 per cento ne deriverebbe un fabbisogno di 7.220, che risulta inferiore alla richiesta media di 8.657 delle Regioni e degli 8.464 offerti dalle Università.

L'indicazione del tasso di turnover al 2% potrebbe sembrare un valore empirico, che però ha abbastanza coerenze con la situazione reale, perché gli altri valori, citati anche personalmente sul 2,8%, porterebbero a una sovrastima del fabbisogno occupazionale e formativo.

Pur non essendoci dati della FnomCeo negli anni precedenti al 2010, negli ultimi due anni la Federazione è passata da 9.000 a 7.000; ridu-

zione dovuta ai circa 1.800 posti aggiuntivi per le Università per effetto della reintroduzione del bonus maturità.

Inoltre dalle recenti elaborazioni fatte dal Medici dell'Anao emerge una indicazione per 7.750 posti annuali nel quinquennio 2013-2018.

Come si può rilevare c'è abbastanza coerenza nella stima del fabbisogno fino all'anno 2007, con valori attorno al turnover di 7.200, sia da parte delle Regioni con 7.095 che delle Università con 7.366.

Ma dal 2008 si assiste a un improvviso aumento da parte delle Regioni, quasi del 50 per cento, con trend in crescita esponenziale su cui non ci sono chiare evidenze sulle ragioni di aumentare, se non per alcuni annunci dei media su presunte future carenze di medici.

Come si può rilevare, le proiezioni sul numero dei futuri laureati fanno emergere un progressivo esubero degli stessi, con un valore complessivo di circa 9.000 in più nei 6 anni dal 2014 al 2020.

Oltre all'aspetto occupazionale, già adesso precario, appare difficile com-

La situazione del corso di laurea in medicina e chirurgia in 14 anni

Anno	Nuovi iscritti all'Ordine*	Turnover medio al 2%	Richiesta Regioni	Posti Università**	Domande presentate (1)	Rapporto D/P	Laureati iscritti 6 anni prima**	Specializzandi	
								Università	Medicine
2001	5.728	7.228	6.900	7.294	25.565	3,5	6.355	5.329	1..
2002	5.768	7.228	6.900	7.482	32.998	4,4	6.716	5.500	1..
2003	7.121	7.228	6.900	7.482	37.267	5,0	6.957	5.388	1..
2004	7.123	7.228	6.900	7.465	45.008	6,0	6.615	5.490	1..
2005	6.469	7.228	6.900	7.424	47.196	6,4	6.415	4.615	
2006	6.365	7.228	6.960	7.402	53.414	7,2	6.512	4.999	
2007	6.306	7.228	7.095	7.366	58.721	8,0	6.803	5.000	
2008	6.170	7.228	8.129	7.788	60.502	7,8	6.795	5.000	
2009	6.190	7.228	8.890	8.508	71.000	8,3	6.687	5.000	
2010	6.434	7.228	10.002	9.527	78.396	8,2	6.709	5.000	
2011	6.772	7.228	10.566	10.449	98.083	9,4	6.702	5.000	
2012	6.689	7.228	12.494	10.173	98.724	9,7	6.464	5.000	
2013	6.689	7.228	11.868	10.157	97.011	9,6	7.000	4.500	
2014	6.803	7.228	10.693	9.983	96.821	9,7	7.650	3.300	
Media	6.473	7.228	8.657	8.464	67.319	8,0	6.741	4.937	1..
Totale	90.627	101.194	121.197	118.500	11.850	-	54.810	69.121	14..
Differenza 2014 vs 2001	1.075	0	3.793	2.689	63.823	5,3	1.295	-2.029	-
	19%	-	55%	37%	193%	120%	20%	-38%	-3

Fonte dati: (*) Ordine dei medici; (**) Miur Ufficio Statistico - Posti università anno 2013 e 2014 da aggiungere circa 1.800 in sovrannumero per bonus maturità (1) Domande dal 2011 sono unificate tra Medicina e Odontoiatria

In corsivo i dati stimati

prendere come si potranno trovare i fondi per finanziare 7.500 borse di studio all'anno per le Specializzazioni, considerando che dallo scorso anno rispetto al dato storico medio di 5.500 lo Stato ha deciso di ridurli a circa 4.000.

Questa situazione di evidente esubero formativo dovrà essere valutata già

dal prossimo anno accademico 2015-16, riportando la stima delle Regioni sul fabbisogno formativo su valori più bassi dagli attuali 10.693 agli 8.000 del 2008, che corrispondono a un turnover del 2% occupazionale di circa 7.000.

La riduzione da parte delle Regioni non dovrebbe avvenire con tagli linea-

ri, quanto piuttosto con correzioni coerenti rispetto agli indicatori demografici quali la popolazione, la ripartizione del Fondo sanitario nazionale e il turnover sui medici iscritti FnomCeo.

Ovviamente questa manovra servirebbe solo per riportare a regime il fabbisogno reale, mentre restano tutte le problematiche legate all'esubero dei



cui c'è la soglia al primo anno di università, ma già al liceo c'è una preparazione e una specie di lavoro di selezione, poi però l'università costa molto di più. Ho visto preoccupazione da parte dei giovani medici, dei professori. Durante la campagna elettorale non ne ho voluto parlare, ma prima di partire con una riforma del genere voglio capire bene come si immagina di poterla impostare», conclude il ministro.

In realtà la ministra Giannini ha espressamente escluso di voler cancellare il numero programmato e ha ribadito di puntare a una forma di pre-selezione attraverso un'attività di orientamento da impostare già nella scuola secondaria. «Per ripensare l'orientamento - si legge nelle sue Linee programmatiche presentate recentemente al Parlamento - possiamo oggi disporre di uno strumento abbastanza interessante, mi riferisco al progetto Garanzia Giovani, che è uno specifico progetto della Commissione europea che cerca di collegare il mondo del lavoro, dell'impresa e dell'università in modo che oltre alla formazione in aula, gli studenti possano già esperire alcuni settori durante il percorso universitario o di scuola superiore».

Intanto ormai da diversi anni chi preferisce «vincere facile» e se lo può permettere va a studiare all'estero, per aggirare i test d'ingresso e accedere più facilmente agli studi di medicina. Le mete più ambite: Europa dell'Est (Bulgaria, Romania, Albania) e Spagna. In questi Paesi c'è infatti la possibilità di immatricolarsi senza affrontare un test d'ammissione realmente selettivo. In alcuni casi si tratta di vere e proprie «fabbriche delle lauree». L'Unione europea, si sa, a volte funziona al ribasso.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Laureati		Differenza Specializzazioni-Laureati	
Settore	Totale		
Medicina generale	6.889	86	1,3%
Chirurgia	7.060	265	3,9%
Neurologia	6.948	261	3,9%
Psichiatria	6.736	27	0,4%
Cardiologia	5.449	-1.253	-18,7%
Neurologia	5.831	-633	-9,8%
Chirurgia	5.820	-983	-14,4%
Medicina	5.800	-995	-14,6%
Chirurgia	5.851	-836	-12,5%
Neurologia	5.852	-857	-12,8%
Psichiatria	5.929	-773	-11,5%
Cardiologia	5.976	-488	-7,5%
Neurologia	5.476	-924	-14,4%
Chirurgia	4.276	-2.524	-37,1%
Totale	5.992	-688	-10,2%
Totale	83.893	-9.627	-11,6%
Medicina	5.84	-	-
Chirurgia	-38%	-	-

Università

9.000 laureati attesi per i prossimi sei anni.

Angelo Mastrillo
 segretario Conferenza corsi di laurea delle Professioni sanitarie esperto dell'Osservatorio professioni sanitarie del ministero dell'Università

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGRETIARIATO GIOVANI MEDICI (SIGM)

Il punto fermo: blindare il numero programmato

Secondo il Segretariato dei Giovani medici (Sigm), il numero programmato per l'accesso a Medicina è un valore che va preservato. Un punto di partenza fermo per cercare di migliorare l'attuale modalità. Riguardo a un'eventuale adozione del modello francese, per il Sigm «è difficile capire se potrebbe funzionare anche nel nostro Paese. Infatti, se, da un lato, superare l'estemporaneità dell'attuale sistema di accesso al percorso formativo in Medicina è un obiettivo a cui tendere idealmente, dall'altro, va considerato che le università italiane non sembrano in atto attrezzate ad affrontare l'impatto di un potenziale contingente di accessi a medicina, stimato in circa 60.000 matricole l'anno».

Inoltre il Sigm ricorda che l'addestramento professionale del medico si fonda su un percorso formativo caratterizzato da un ottimale rapporto docente/studenti e sulla disponibilità di un'adeguata casistica clinica, reperibile all'interno delle strutture assistenziali. E tale casistica non è illimitata, per quanto presenti potenzialità di ampliamento attraverso l'effettiva implementazione di reti formative integrate tra università, territorio e ospedale. In conclusione, per i Giovani medici «tutto si può migliorare, anche l'attuale sistema di accesso a Medicina, che è stato oggetto di continue impugnazioni in sede di giustizia amministrativa. Non giova fare annunci o assumere decisioni frettolose per un sistema che nelle risorse umane ha la sua principale ricchezza, ma si istituisca un tavolo di lavoro tecnico congiunto tra Miur e Ministero per valutare le criticità e le possibili soluzioni».

In ogni caso sarebbe indispensabile cominciare a orientare i giovani sulla base di un approccio vocazionale, a partire dalle scuole superiori, onde evitare un sovrappioppamento «non consapevole» dei corsi di studio. «Si cerchi in via preferenziale - conclude il Sigm - di rendere immune l'attuale sistema di accesso dai ricorsi e, solo laddove ciò non sia possibile, si apra a nuovi modelli». Nessuna barriera ideologica. Ad alcune condizioni: accesso programmato, criteri trasparenti e meritocratici, qualità della formazione.

FEDERSPECIALIZZANDI

Vanno garantite selezioni trasparenti e oggettive

Sul modello francese per l'accesso a Medicina, Federspecializzandi sottolinea come il percorso formativo del primo anno di studi in Italia differisca notevolmente fra i diversi corsi di laurea e il superamento degli esami è spesso affidato a valutazioni orali e quindi del tutto discrezionali da parte dei docenti. In questo senso, per Federspecializzandi, appare lecito domandarsi come si possa basare la selezione sugli esami sostenuti e con quali modalità verrà valutato il merito degli studenti. «Qualsiasi sistema venga adottato - ribadisce l'associazione - questo deve ispirarsi al principio della trasparenza e dell'oggettività della valutazione».

L'accesso libero al primo anno di corso determinerebbe poi la frequenza delle lezioni di un numero di studenti molto più ampio di quello attuale.

«Da un punto di vista strutturale - spiega Federspecializzandi - i nostri corsi di laurea in Medicina e chirurgia non godono degli spazi e delle risorse tecnologiche per garantire una buona formazione, anche solo teori-

ca, a un numero così ampio di studenti».

Il modello francese prevede che il primo anno di corso sia comune a una serie di corsi di laurea attinenti alla sfera delle professioni sanitarie. In questo modo gli studenti che, al termine della selezione, non raggiungono le posizioni utili ad accedere al corso di laurea in medicina possono continuare il proprio percorso in altri corsi di laurea tramite una graduatoria che possa indirizzarli verso altre lauree sanitarie. «L'applicazione del "modello francese" al solo corso di laurea in medicina, invece, determinerebbe uno spreco ingente di tempo e risorse per migliaia di studenti, e per le relative famiglie, ogni anno che, se non ammessi al corso di laurea in medicina, dovrebbero ricominciare il loro percorso universitario in un altro settore». Federspecializzandi sottolinea, infine, come vadano messi in discussione anche i criteri di selezione e ribadisce la necessità di mantenere l'accesso programmato ai corsi di tutte le professioni di ambito sanitario.

FNOMCEO

A rischio la qualità della formazione al primo anno

Forti critiche dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici e odontoiatri, nettamente contraria all'ipotesi di adottare il modello francese proposto dalla ministra dell'Istruzione, Università e ricerca, Stefania Giannini. «Riteniamo che l'immissione al primo anno di Medicina di tutti quelli che vogliono intraprendere la professione, un esercito di 80mila candidati ogni anno, possa mettere in crisi le università e ridurre la possibilità di un accesso allo studio di qualità. La proposta della Giannini potrebbe distruggere la formazione che viene fatta nel primo anno», afferma Maurizio Benato, vice-presidente della Fnomceo.

D'altro canto, sottolinea Benato, «i test d'accesso sono intimamente legati al concetto del numero programmato, di cui noi non possiamo assolutamente fare a meno, specialmente nella medicina ma anche nelle professioni sanitarie; si tratta infatti di facoltà che possono offrire uno sbocco professionale all'interno di un'area ben circoscritta, contrariamente ad altre che magari permettono di spendere la laurea in ambiti più ampi». Tutto deve rientrare quindi nell'idea portante di programmazione sanitaria. «Metteremo in atto tutte le possibilità che abbiamo come Federazione degli Ordini dei medici - precisa Benato - per ostacolare questa riforma che non risolve le criticità, che pur ci sono nel numero chiuso, e rischia di farci tornare indietro di decenni». Secondo Benato anche l'ipotesi di optare per un modello francese, avanzata dal ministro, non è praticabile: «Gli esami del primo anno hanno molte scienze come chimica, fisica e biologia, elementi costitutivi del bagaglio degli studenti che accedono a queste facoltà. Fare una selezione dura dei futuri medici - conclude - come dice la Giannini solo al secondo anno, ci lascia molto perplessi e mette nelle mani dei singoli atenei una discrezionalità troppo forte».

IL PUNTO DI VISTA DELLE UNIVERSITÀ

L'orientamento precede la selezione

Lenzi (Cun): «Alle prove solo chi è davvero portato»

Non basta dire «facciamo come in Francia»: serve prima al liceo un anno articolato di introduzione alle varie facoltà, poi, alla fine del primo anno in base a come sono andati gli esami lo studente può proseguire medicina, andare alle professioni sanitarie oppure uscire. «È un sistema più cinico, basato sul merito puro», spiega **Andrea Lenzi**, presidente del Consiglio universitario nazionale che, al di là degli annunci, sta studiando con il ministero come cambiare l'ingresso alle facoltà a numero chiuso. E, aggiunge Lenzi, «alla fine del primo anno però si dev'essere certi che "non siano i Tar" a dire chi va avanti, ma una valutazione di merito. Infine, essendo il nostro un sistema inserito in quello europeo della formazione, dobbiamo mettere in conto di rispettare la normativa europea».

Come si traduce tutto questo?

Con una frequenza obbligatoria di circa 1.000 ore (delle 1.500 di studio) e la certificazione delle attività svolte dallo studente anche al primo anno, dove l'insegnamento è non solo teorico ma anche in laboratorio.

E dove sono i problemi per l'Università?

La domanda è semplice: abbiamo strutture, personale e risorse per 70-80mila iscritti contro i 10mila del numero programmato? Come si vede, c'è un problema di risorse molto importante da risolvere per poter importare un impianto in cui nel primo anno si gioca l'intero sistema.

L'Università italiana ce la può fare?

Ha le forze per farcela, ma non ha le risorse. Quando io mi sono iscritto a medicina, nel lontanissimo 1971, ero la matricola 4862 della "Sapienza", dopo di me si sono immatricolati almeno altri 2mila, quasi 7.000 solo al primo anno di Sapienza, ma allora si frequentava in 3-400 e il sistema laureava il 10% degli immatricolati. Attualmente laureiamo il 90% degli immatricolati e dobbiamo continuare a mantenere questo standard. Ma se laureassimo il 90% di 80mila immatricolati, ci troveremmo ad avere non più il rapporto virtuoso che abbiamo ora di medici per mille abitanti, che abbiamo raggiunto faticosamente dopo la bolla degli anni '70-'80, ma avremmo decine e decine di medici per mille abitanti che sarebbero inutili e disoccupati. Non possiamo permettercelo, né nei confronti degli studenti, né delle loro famiglie.

Quindi, cosa è davvero necessario secondo Lei?

Servono tre condizioni: risorse per poter includere gli studenti al primo anno facendo loro fare tutte le attività formative previste dal curriculum di studi europeo; un rigoroso sistema di sbarramento finale, una dotazione fatta di esami sostenuti più un'altra prova selettiva, che potrebbe essere necessaria. Potrebbe anche essere un quiz.

Un altro quiz?

Una prova di selezione rigorosa. Senza però dimenticare di chiedere ai francesi cosa cambierebbero a casa loro, perché mi risulta che là qualche obiezione al sistema ci sia... Ma mi permetto un suggerimento, che in realtà è la terza condizione per far funzionare tutto: c'è bisogno di un orientamento fatto come si deve durante le superiori, in modo che non si presentino 80mila studenti per 10mila posti. Non accade in nessuna parte del mondo. Il rapporto ottimale aspiranti vs immatricolati è di 2 a 1, massimo 3 a 1. Noi siamo 8 o 9 a 1! Adesso l'orientamento, semplicemente, non c'è, e la laurea in medicina è considerata un bene rifugio. Questo spiega la situazione nella quale ci troviamo.

Cosa bisogna fare secondo Lei?

Al terzo anno della scuola superiore si intraprende un serio orientamento che spiega i vari campi di lavoro e nel segmento finale (ultimo anno) un orientamento verso le scienze della vita - piuttosto che verso le scienze tecnologiche o le scienze umane. Chi vuol fare scienza della salute - medicina, biologia, biotecnologie o professioni sanitarie - deve fare un track differente. Mi rendo conto, è una riforma epocale che spetta solo a un ministro decidere. Senza orientamento però non si va da nessuna parte.

C'è un altro problema rovente della facoltà di medicina, quello delle specializzazioni. La differenza tra l'aumento dei posti d'accesso alla laurea (10.700 posti nel 2013) e la diminuzione dei contratti di specialità (3.500 nel 2014) blocca il percorso di studi di migliaia di studenti.

Lo so benissimo, è una vera tragedia del sistema. Il corso di laurea in medicina è migliorabile, però è l'unico che porta ben il 90% degli immatricolati alla laurea. Ma abbiamo fatto iscrivere sei anni fa tot studenti a numero chiuso, senza agganciare il numero degli immatricolati e quindi di laureati (il 90% dei primi) al numero dei posti di specializzazione.

Che fare?
 Calcoli che mille contratti di specializzazione costano circa 30 milioni di euro. È un problema che il Mef può, deve risolvere.

Il ministro Giannini ha detto di voler partire con la riforma già dall'anno accademico 2015-16: è possibile?

Abbiamo un anno davanti. Il ministro, oltre che un politico, è un rettore e sa bene quali sono le risorse necessarie per mettere 80mila studenti in aula con tutto quel che ci vuole per una laurea qualificante a normativa - sottolineo - europea. Dunque sa meglio di me quello che si può fare e i tempi realistici e dovrà discuterlo con tutti noi.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA