



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori MARTI, CANTÙ, ROMEO, PAGANELLA, MURELLI e
MINASI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 NOVEMBRE 2023

Modifica alla legge 2 agosto 1999, n. 264, in materia di accesso alla facoltà di medicina e chirurgia e delega al Governo per l’organizzazione delle attività formative universitarie della facoltà medesima

ONOREVOLI SENATORI. - In Italia il numero chiuso nelle facoltà di medicina e chirurgia risale al 1997 ed è stato introdotto ai sensi del regolamento di cui al decreto ministeriale 21 luglio 1997, n. 245, 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.

Successivamente, sul punto, venne emanata la legge 2 agosto 1999, n. 264, approvata per dare attuazione alla sentenza della Corte costituzionale n. 383 del 27 novembre 1998, con la quale si chiedeva al legislatore di intervenire sulla materia degli accessi a numero programmato al fine di disciplinarla.

In particolare l'articolo 1, comma 1, lettera a), della legge n. 264 del 1999 prevede che gli accessi ai corsi universitari sono programmati: « in conformità alla normativa comunitaria vigente e alle raccomandazioni dell'Unione europea che determinano *standard* formativi tali da richiedere il possesso di specifici requisiti ».

A ben vedere seppure siano varie le direttive europee che, a partire almeno dagli anni '70, disciplinano lo spazio europeo del lavoro, queste non intervengono in modo peculiare sul numero chiuso, in quanto lo scopo di queste direttive è di armonizzare i sistemi di formazione nazionali e rendere omogenee le caratteristiche professionali di figure come il medico o il dentista, in modo che possano muoversi liberamente nell'Unione europea esercitando il proprio lavoro.

Ad esempio, una delle prime direttive in materia (direttiva 86/457/CEE relativa alla formazione specifica in medicina generale, poi abrogata dalla direttiva 93/16/CEE) recitava, nelle premesse: « considerando che per

realizzare progressivamente tale riforma è necessario, in una prima fase, instaurare in ogni Stato membro una formazione specifica in medicina generale che risponda ad esigenze minime tanto qualitative che quantitative e che completi la formazione minima di base che il medico deve avere ». Attualmente, è la direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio a stabilire, all'articolo 24, i requisiti della formazione medica negli Stati membri dell'Unione. Essa: 1) deve comprendere almeno cinque anni di studio complessivi, che possono essere espressi in aggiunta anche in crediti del sistema europeo di accumulazione e trasferimento (crediti ECTS) equivalenti, consistenti in almeno 5.500 ore di insegnamento teorico e pratico svolte presso o sotto la supervisione di un'università; 2) è subordinata al possesso di un diploma o certificato che dia accesso, per tali studi, a istituti universitari.

Da un'attenta analisi della normativa europea in materia, anche tenuto conto delle norme in vigore negli anni passati e ora abrogate, non vi è traccia di un'imposizione del numero chiuso. L'Unione europea chiede solo di armonizzare i sistemi formativi e gli *standard* di qualità, affinché i professionisti possano muoversi liberamente nello spazio europeo del lavoro, vedendo riconosciuti i propri titoli: quindi il numero chiuso è stato utilizzato in modo ingiustificato, e più che favorire la qualità del sistema universitario peggiora il sistema nel suo complesso.

Negli anni, quello dei *test* d'ingresso si è rilevato un sistema rigido e difettoso, che ha mostrato sempre di più la sua incapacità a selezionare con equità e merito gli studenti più bravi e motivati.

Anche se il nuovo sistema TOLC (i *test online* del Consorzio interuniversitario sistemi integrati per l'accesso-CISIA) non comprende più, come invece negli anni precedenti, *quiz* di cultura generale ma si focalizza ad appurare le conoscenze scientifiche dei candidati, consentendo agli studenti di partecipare fino a quattro volte in due anni, in ogni caso non risulta in grado di selezionare davvero gli studenti migliori, soprattutto in considerazione del fatto che vi sono vari corsi privati di sostegno alla preparazione del concorso per l'accesso alla facoltà di medicina che determinano, necessariamente, un ingiusto divario rispetto a coloro che non posso permettersi la frequentazione dei predetti corsi.

In particolare, è notizia di cronaca quella che riporta che nelle prove dell'anno corrente vi siano state scuole private che disponevano dei predetti *test*, elargiti a pagamento, e che ciò ha sicuramente falsato l'esito degli stessi, senza contare la pioggia di ricorsi che ne sono derivati.

Dunque, venti anni e più di applicazione della legge sull'accesso programmato appaiono sufficienti per un bilancio e per affermare con chiarezza che l'Italia non ha posto in essere un sistema di accesso programmato, come chiedeva l'Europa, bensì di « numero chiuso »; un sistema che rappresenta un *unicum* a livello internazionale e che vede, ogni anno, migliaia di studenti che non superano il *test* alimentare ricorsi in sede amministrativa e giurisdizionale.

L'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca in un proprio parere segnala la necessità di rivedere i criteri di analisi utilizzati finora allo scopo di garantire i necessari livelli qualitativi degli studenti che intendono iscriversi ai corsi universitari, dal momento che i *test* non si rivelano utili a tale scopo. Infatti, ogni anno si ha notizia di ricorsi presentati da studenti che contestano non solo l'esito della loro prova di ammissione, ma anche la sua ade-

guatezza in termini di effettiva conformità al tipo di facoltà alla quale ci si vuole iscrivere. Detto sistema di accesso ai corsi, infatti, limitando la possibilità di accedere alla formazione universitaria, non garantisce il diritto allo studio a tutti i cittadini, soprattutto a coloro che hanno difficoltà economiche o sociali.

È chiaro che il metodo attuale di selezione mediante *quiz* di accesso per il corso di laurea in medicina e chirurgia presenta riconosciute criticità, e che le dinamiche demografiche dimostrano in modo inequivocabile che entro pochi anni il numero di medici in Italia sarà assolutamente inadeguato alle esigenze del Servizio sanitario nazionale (SSN).

L'emergenza sanitaria scatenata dalla pandemia ha sicuramente reso ancor più opportuna una riflessione focalizzata sull'accesso ai corsi di laurea di medicina e chirurgia stante l'evidenziata carenza di medici. In realtà, come *supra* evidenziato, entro pochi anni il numero di medici in Italia sarà assolutamente inadeguato alle esigenze del SSN poiché a fronte dei numerosissimi pensionamenti non corrisponderanno altrettante immissioni in ruolo.

Se si considera il numero medio di laureati in medicina e chirurgia per anno accademico e la quota di questi annualmente immessa nel Servizio sanitario nazionale, risulta un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Appare quindi evidente l'esigenza di garantire una maggiore possibilità di iscrizione alla facoltà di medicina e chirurgia.

Alla luce di tali considerazioni, si intende riscrivere le regole per l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia, 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.

Con il presente disegno di legge si interviene sulla legge n. 264 del 1999 che disciplina l'accesso programmato ad alcuni specifici corsi di laurea, prevedendo che il presente sistema non si applichi al corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, al fine di introdurre un sistema che lasci una possibilità a tutti gli studenti di accedere all'università, affinché siano garantiti i diritti costituzionali di cui agli articoli 3, 32, 33 e 34.

Il presente disegno di legge, dunque, costituisce uno strumento per il conseguimento di obiettivi che la Lega persegue con coerenza ormai da molto tempo.

Il presente disegno di legge è formato da quattro articoli.

L'articolo 1 reca le finalità e i principi generali, ossia il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale in capitale umano debitamente formato e, dunque, il superamento della carenza dei medici, attraverso l'abolizione del numero chiuso nel corso di medicina e chirurgia.

L'articolo 2 dispone l'abolizione del numero chiuso per il corso di studi di medicina e chirurgia.

L'articolo 3 reca una delega al Governo per la revisione ed il riordino del sistema di svolgimento delle attività formative universitarie della facoltà di medicina e chirurgia alla luce dell'abolizione dell'accesso a numero chiuso di cui all'articolo 2 della presente legge. In particolare, la revisione deve essere posta in essere secondo i presenti criteri: prevedendo che le lezioni frontali possano essere svolte a distanza garantendo comunque una turnazione tra gli studenti; individuando ulteriori strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie, di primo e di secondo livello, pubbliche e private convenzionate, e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) ove gli studenti possano svolgere le attività formative professionalizzanti; prevedendo che l'attività di formazione teorico-pratica conseguita nell'ambito dei tirocini professionalizzanti sia svolta sotto la guida di *tutor* riconosciuti dagli organi competenti dell'università di medicina e chirurgia di riferimento; prevedendo che i dirigenti medici che svolgono la libera professione intramuraria svolgano attività di tutoraggi; stabilendo meccanismi selettivi consistenti nell'individuazione di quote minime di esami di profitto da superare per la prosecuzione del corso di studi.

L'articolo 4 contiene le disposizioni finanziarie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità e principi generali)

1. Ai fini del rafforzamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) in capitale umano debitamente formato, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, che prevede la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e in coerenza con gli investimenti realizzati in attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), missione 6 « salute », componente 2 « innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale », la presente legge è volta al superamento della carenza di medici mediante l'abolizione dell'accesso a numero chiuso al corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia.

2. Le finalità di cui alla presente legge sono perseguite mediante il rafforzamento delle azioni di sistema per lo sviluppo e l'ampliamento della rete formativa, in risposta all'effettivo fabbisogno di medici, attraverso l'eliminazione delle barriere all'ingresso alla facoltà di medicina e chirurgia in osservanza dei principi di cui all'articolo 3 della Costituzione, in ordine alla garanzia dell'uguaglianza sostanziale tra gli individui, e all'articolo 34, sulla garanzia del diritto allo studio, e attraverso la promozione delle attitudini vocazionali alla scienza medica da parte degli studenti fin dall'ultimo triennio delle scuole superiori, valorizzando il percorso sperimentale dei licei con curvatura biomedica che, mediante approfondimenti dedicati di carattere scientifico e biosanitario, permettano agli studenti di acquisire specifiche competenze propedeutiche all'ac-

cesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia nonché di maturare una consapevolezza proattiva.

Art. 2.

(Modifica alla legge 2 agosto 1999, n. 264)

1. All'articolo 4, comma 1, della legge 2 agosto 1999, n. 264, dopo le parole: « L'ammissione ai corsi di cui agli articoli 1 e 2 » sono inserite le seguenti: « , ad eccezione del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia, ».

Art. 3.

(Delega al Governo per l'organizzazione delle attività formative e lo svolgimento delle attività professionalizzanti per la facoltà di medicina e chirurgia)

1. In ragione dell'aumentato fabbisogno formativo derivante dall'incremento delle immatricolazioni alla facoltà di medicina e chirurgia conseguente all'abolizione dell'accesso a numero chiuso disposto ai sensi dell'articolo 2 della presente legge, il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino del sistema di svolgimento delle attività formative universitarie della facoltà di medicina e chirurgia. I decreti legislativi di cui al presente comma sono adottati nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) ferma restando l'autonomia organizzativa degli atenei in merito alla modalità di erogazione del corso, prevedere che lo stesso possa essere svolto a distanza per le lezioni frontali, garantendo comunque una turnazione che assicuri a ogni studente che il 50 per cento delle lezioni siano seguite in aula, affinché siano assicurate la socialità e il rapporto con gli insegnanti e con l'istituzione universitaria, e fatte salve le esercita-

zioni di anatomia umana che sono svolte solo in presenza, a gruppi, al fine di evitare problemi di insufficienza di aule e di sicurezza, nonché per rendere fruibili a tutti gli studenti gli stessi contenuti didattici;

b) determinare il numero di posti da assegnare per lo svolgimento delle attività formative professionalizzanti presso le strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie, di primo e di secondo livello, pubbliche e private convenzionate, e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che si sono resi disponibili con precedente manifestazione d'interesse all'attivazione di tirocini professionalizzanti;

c) verificare la corrispondenza agli *standard*, ai requisiti e agli indicatori di attività formativa e assistenziale e individuare le università, sedi di facoltà di medicina e chirurgia, territorialmente competenti di riferimento per le strutture accreditate;

d) prevedere che l'attività di formazione teorico-pratica conseguita nell'ambito dei tirocini professionalizzanti sia svolta sotto la guida di *tutor* riconosciuti dagli organi competenti dell'università sede di facoltà di medicina e chirurgia di riferimento, individuati tra i dirigenti medici e i direttori di struttura ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio presso gli IRCCS e i presìdi ospedalieri di primo e di secondo livello, pubblici e privati convenzionati, e anche tra coloro che, su base volontaria, al raggiungimento dei requisiti di cui al comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono, in deroga al comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, il trattenimento in servizio per un ulteriore biennio, fino al maturare del quarantaduesimo anno di servizio effettivo e al settantaduesimo anno di età, finalizzato prevalentemente allo svolgimento di attività di formazione nel-

l'ambito dei contratti di formazione specialistica. Tali dirigenti sono inseriti al di fuori della dotazione organica;

e) prevedere che i dirigenti medici che svolgono la libera professione intramuraria presso strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie, di primo e di secondo livello, pubbliche e private convenzionate, e presso gli IRCCS possano, su base volontaria, eseguire le funzioni di tutoraggio finalizzate al conseguimento del tirocinio professionalizzante da parte degli studenti;

f) ai fini della valutazione dello studente, stabilire meccanismi selettivi consistenti nell'individuazione di quote minime di esami di profitto da superare per proseguire il corso di studi.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1, corredati di relazione tecnica che indichi, per ciascuna misura, l'impatto sull'organizzazione delle attività formative e corredati altresì della relazione sull'analisi di impatto della regolamentazione, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Le Commissioni possono chiedere al Presidente della rispettiva Camera di prorogare di venti giorni il termine per l'espressione del parere, qualora ciò si renda necessario per la complessità della materia o per il numero dei decreti legislativi. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere o quello eventualmente prorogato, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

3. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari di cui al comma 2, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le proprie osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni competenti per materia sono espressi

entro dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

4. Qualora i termini per l'espressione dei pareri parlamentari di cui ai commi 2 e 3 scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega previsti dai commi 1 e 6, o successivamente, questi ultimi sono prorogati di novanta giorni.

5. Nei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo provvede all'introduzione delle nuove norme mediante la modifica o l'integrazione delle disposizioni che regolano le materie interessate dai decreti medesimi e mediante l'abrogazione espressa delle norme incompatibili.

6. Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni correttive e integrative dei decreti legislativi adottati ai sensi della presente legge, o recanti le norme eventualmente occorrenti per il coordinamento formale e sostanziale con le altre leggi dello Stato, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore dell'ultimo dei decreti legislativi medesimi, nel rispetto dei principi e criteri direttivi previsti dalla presente legge e secondo la procedura di cui al presente articolo.

Art. 4.

(Disposizioni finanziarie)

1. Qualora uno o più decreti legislativi di cui all'articolo 2 della presente legge determinino nuovi o maggiori oneri, che non trovino compensazione al loro interno, essi sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie, in conformità all'articolo 17, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

€ 1,00