

AC2149 "Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria" (approvata, in un testo unificato, dal Senato) (2149)

**Audizione resa, per Anaaao Assomed, dal Dott. Giammaria Liuzzi
Responsabile Nazionale Anaaao Giovani**

Roma, 5 febbraio 2025

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio la VII Commissione della Camera per aver invitato Anaaao Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a prendere parte a questo ciclo di audizioni sul disegno di legge *"Accesso facoltà medicina ed odontoiatria"*

Accogliamo con favore questo invito della Commissione perché, come già anticipato nella nostra audizione al Senato del 23 gennaio 2024, 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 si ritiene non solo auspicabile ma nemmeno praticabile, l'abolizione completa del numero programmato alla facoltà di medicina, e tale eventualità d'altronde non è contenuta tra le finalità del disegno di legge sul quale ci stiamo confrontando.

I primi firmatari dei disegni di legge, riuniti in un testo unico nel corso dell'esame al Senato individuano 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"*; lo stesso articolo 1 del disegno di legge si limita a disporre *"Ai fini del potenziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) in termini di numero di medici chirurghi, odontoiatri e medici veterinari da stabilire sulla base delle esigenze del SSN"*

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

medesimo nonché della qualità della loro formazione, in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 – Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza, la presente legge è volta alla revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria, 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.

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.

Il disegno di legge approvato dal Senato, 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 e sintetizzato nella tabella di seguito riportata.

Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2025 e nel 2034 in base alla curva demografica dei medici dipendenti del SSN e coorti in uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100



I dati documentano infatti il progressivo abbandono del Servizio Sanitario Nazionale: secondo la Fondazione ONAOSI, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre undicimila medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato.

Alla Data del 11 settembre 2024 gli uffici competenti dell'Onaosi comunicano che risultano censiti nel sistema di elaborazione della Fondazione n. 150.407 sanitari contribuenti di cui obbligatori n. 135.448 (pari all'90,05% del totale) n. 5.194 sanitari volontari (pari al 3,45% del totale), n. 7.074 vitalizi (pari al 4,7% del totale) e n. 2.691 Trentennali (pari al 1,79% del totale).

Di costoro l'88,39% sono medici chirurghi ed odontoiatri, l'0,88% sono odontoiatri il 4,45% veterinari il 3,90% farmacisti ed il 2,38% non iscritti agli ordini (volontari, vitalizi e trentennali quindi di sanitari in pensione).

Rispetto ai dati rilevati in sede di prima revisione (aprile 2024) si registra una contrazione totale di 1.331 unità, concentrate nelle categorie dei volontari, dei vitalizi, e dei trentennali.

Ciò determina, da lato economico, ad una revisione al ribasso della stima delle entrate contributive da parte dei contribuenti volontari.

ISCRITTI ONAOSI ALL'11 SETTEMBRE 2024					
Albi di appartenenza	Dipendenti Pubblici	volontari	vitalizi*	Trentennali	Totale
Farmacisti	5.375	153	321	15	5.864
Medici Chirurghi e Medici Chirurghi e Odontoiatri	123.222	3.929	4.142	1.657	132.950
Medici Veterinari	6.291	345	42	20	6.698
Non iscritti agli Albi		65	2.517	995	3.577
Odontoiatri	560	702	52	4	1.318
Totale	135.448	5.194	7.074	2.691	150.407

Da uno studio pubblicato di recente da AnaaO Assomed e che si sintetizza di seguito, appare evidente 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 (Figura 1).

ANAAO ASSOMED

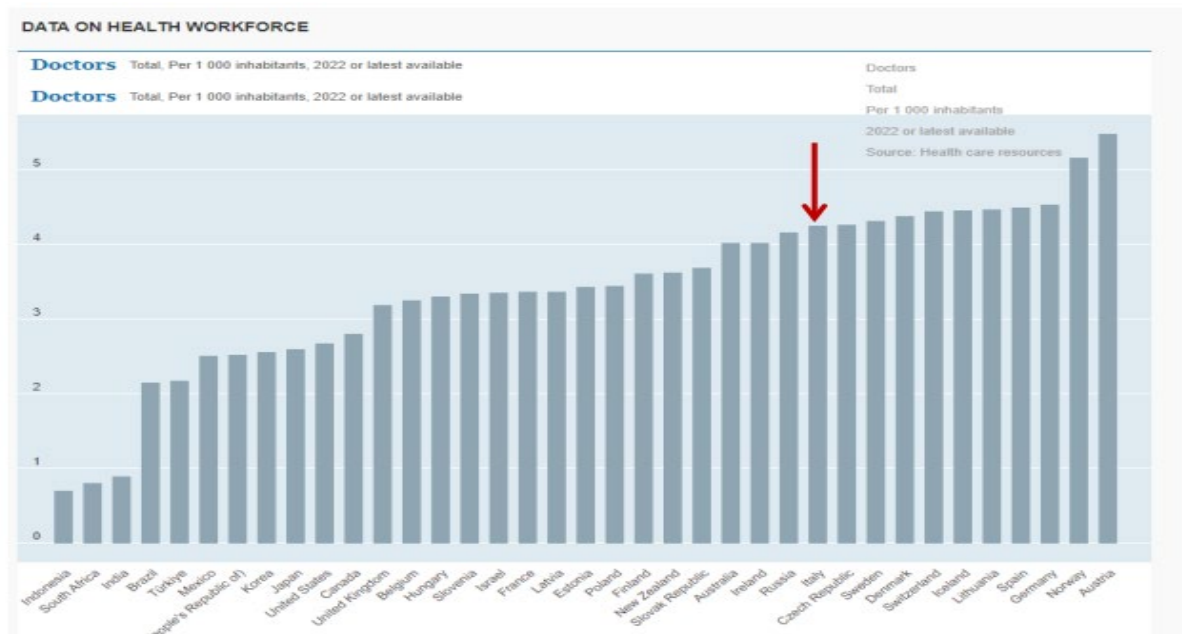
00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

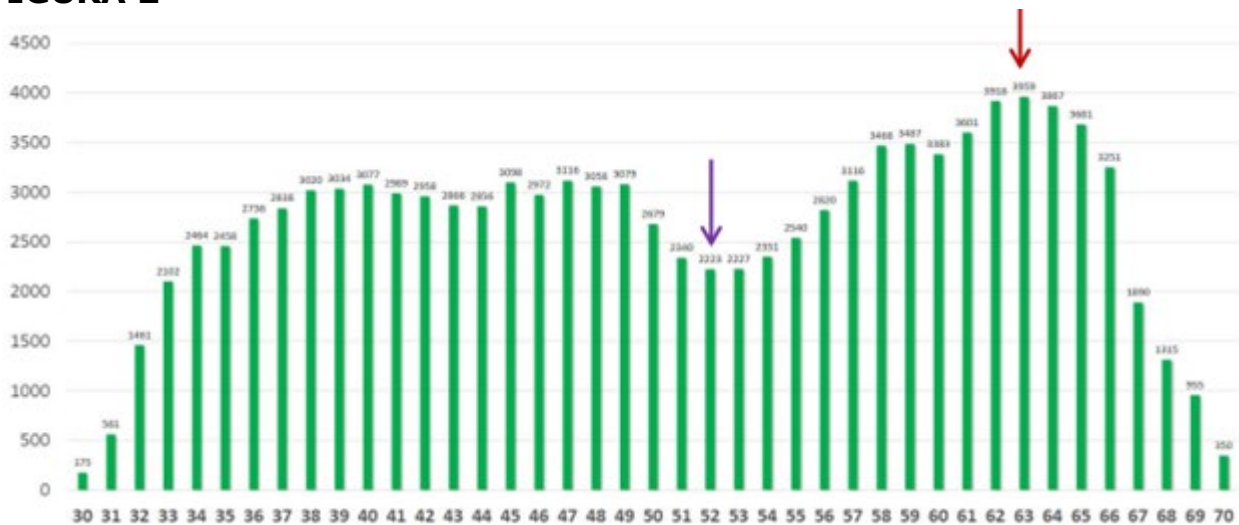
FIGURA 1



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'ospitalità privata e della riabilitazione.

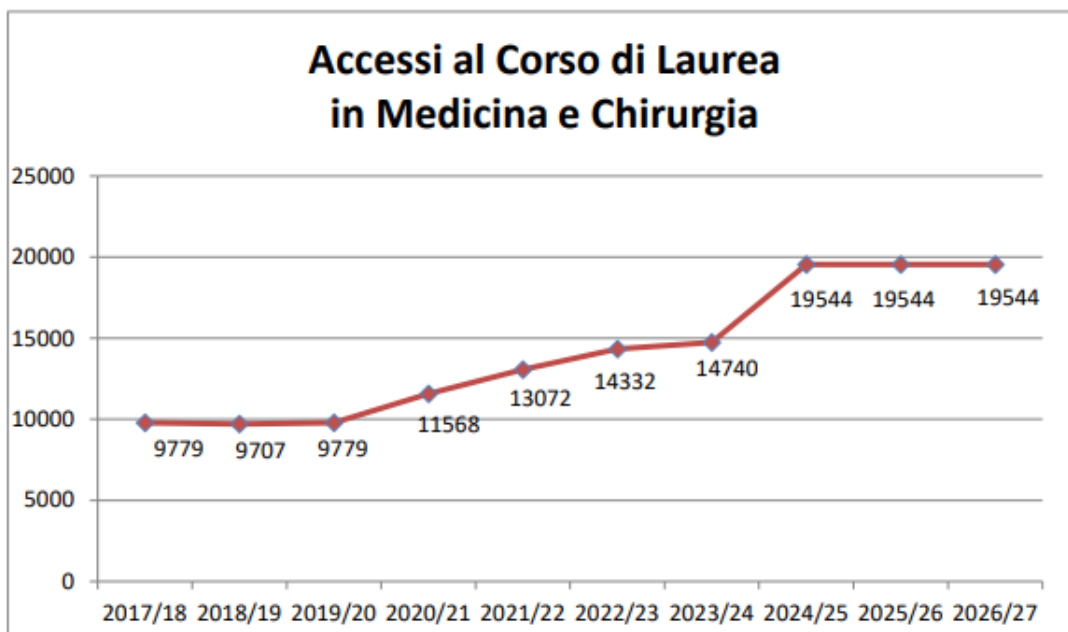
Totale: 108.700 medici in pensione nei prossimi 10 anni (Figura 2).

FIGURA 2



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!! (FIGURA 3).

FIGURA 3



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 dal disegno di legge in esame, 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.

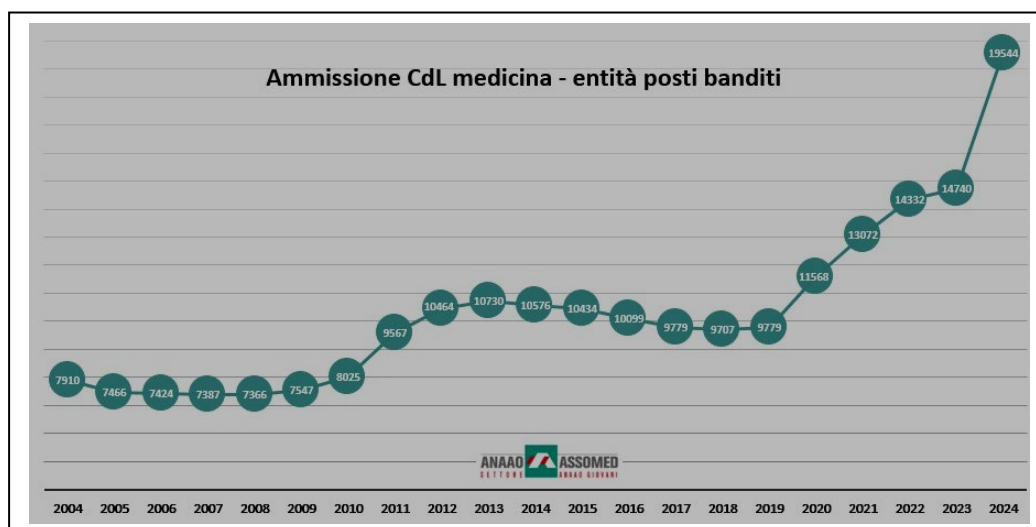
Proviamo a fare chiarezza. Il legislatore con questa delega sta chiedendo al Governo di scrivere un accesso a medicina identico al modello francese, con libero accesso nei primi sei mesi e uno sbarramento procrastinato mediante graduatoria nazionale e riservato a coloro che svolgeranno un determinato 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.



ANAAO ASSOMED

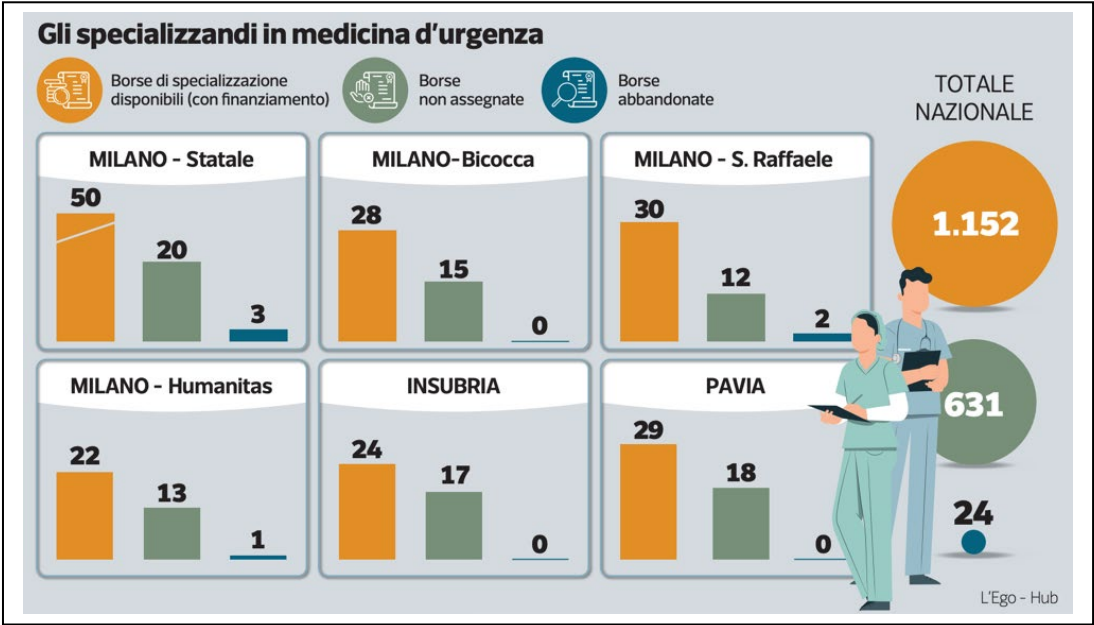
00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

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 venerologia	272	0	1	0,4%
	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

Pertanto, a fronte delle sopracitate criticità e finalità e considerato che siamo dinnanzi ad una legge delega che necessiterà di decreti legislativi per essere attuata, si ritiene opportuno illustrare brevemente i seguenti principi per Anaao imprescindibili.

In particolare:

1. Non può esserci alcuna difesa granitica sull'attuale impianto di selezione, considerato la mole di ricorsi vinti da parte di numerosi studi legali ormai iper-specializzati con introiti milionari e considerando la recente sentenza del TAR Lazio (sentenza n. 863 del 17 gennaio 2024) che ha irreversibilmente archiviato l'impianto di selezione TOLC.
2. Non si può non considerare una reale programmazione dell'entità di medici da formare, soprattutto dopo la recente sentenza del TAR Lazio che ha dichiarato, *"il numero dei posti banditi nell'ambito della programmazione degli accessi ai corsi di laurea per cui è causa sarebbe frutto di un'istruttoria carente e approssimativa da parte del Ministero dell'Università"*.
3. Non si può ipotizzare un sistema in cui l'aspirante studente di medicina ha l'illusione di essere iscritto alla facoltà di medicina poiché egli è costretto per un semestre a seguire lezioni in attesa di sostenere un test d'ingresso che viene non abolito ma solo procrastinato.
4. Non si può ipotizzare che davanti a tale sistema l'eventuale voto degli esami svolti possano avere un peso, insieme al test d'ingresso, per l'effettiva iscrizione alla facoltà di medicina poiché si

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

potrebbero venire a creare numerose differenze di voto in base alle conoscenze dei professori esaminatori con i giovani allievi, creando uno scandalo molto più grave rispetto a quello delle domande TOLC e la percezione di centinaia di migliaia di famiglie che si è riusciti a peggiorare il sistema.

5. Non si può ipotizzare che il test d'ingresso avvenga mediante la somministrazione di domande che vengono sorteggiate da un database noto e liberamente consultabile poiché esso è l'antitesi delle finalità sovraespresse 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”* poiché lo studente sarà costretto a utilizzare il semestre prima del test non a frequentare i corsi e sostenere gli esami ma svolgere un mero esercizio mnemonico che fa assomigliare il giovane studente ad una intelligenza artificiale.

6. Non si può, infine, ipotizzare di far svolgere le lezioni di questo semestre quasi totalmente online poiché la maggioranza assoluta delle materie del primo anno di medicina come Anatomia Umana, Citologia Umana ed Istologia Umana, solo per citarne alcune, non possono non essere comprese senza la frequenza di laboratori specializzati al fine di avere uno standard eccellenze per quelle figure professionali che, erogando salute, cureranno l'intera popolazione italiana.

Pertanto, evidenziata la difficoltà per la motivazione suesposte e l'impossibilità al limite dell'utopia dell'abolizione totale del numero chiuso alla facoltà di medicina, la proposta dell'ANAAO ASSOMED di riforma della modalità d'ingresso coerentemente con le finalità già individuate dal testo del disegno di legge è quella di elaborare un sistema di test d'ingresso nazionale, svolto anche due volte l'anno e senza un precedente semestre comune, mediante la somministrazione di domande a risposta multipla, essendo l'unica modalità standardizzata che rispetta totalmente il merito .

Per far emergere *“le reali capacità degli studenti e la loro attitudine e predisposizione ad intraprendere il corso di studi”*, occorre che il test d'ingresso nazionale contenga solo domande perfettamente sovrapponibili a materie mediche, senza alcuna domanda di cultura generale, e che l'aspirante medico abbia a disposizione una bibliografia nota ovvero un insieme di libri e compendi da studiare per avere la certezza non solo che ci si sta preparando per superare il test ma che, durante tale studio, possa rendersi conto se e quanto tali materie siano gradite e quanto si sia predisposti ad esse. A tale bibliografia nota è opportuno associare un corso pubblico online organizzato dal Ministero dell'Università per meglio sostenere gli aspiranti medici e soprattutto è opportuno impiegarlo e far tesoro del cosiddetto *“liceo biomedico”*, con progetti – pilota già in corso da tempo e con risultati preliminari molto incoraggianti sull'individuazione *“del reale merito e motivazione”* degli aspiranti medici e sanitari.

In breve, un sistema come quello illustrato sarà totalmente gradito a tutta la “*coorte di aspiranti studenti medicina*”, i quali sono consapevoli che abolire il numero chiuso è una strada impraticabile; peraltro il sistema sovraesposto garantirebbe finalmente regole chiare sulla modalità di preparazione, un sistema di selezione standardizzato atto a superare qualsivoglia disparità di trattamento, un duplice strumento (liceo biomedico e corsi ministeriali online ad hoc) quale strumento idoneo ad iniziare già molti anni prima a prepararsi a diventare medico senza disperdere migliaia di euro in corsi di preparazione privati

Dott. Giammaria Liuzzi

Responsabile Nazionale Anaao Giovani