

MEDICINA: numero chiuso SÌ numero chiuso NO

Il senso di un dibattito carsico

■ Un titolo di studio da sempre riservato ai ceti più abbienti ha visto un boom di accessi tra gli anni Settanta e Ottanta. Così è nata la necessità di limitare gli accessi ai corsi di laurea

Con la stessa ineluttabile precisione con cui ogni anno si annuncia il solstizio d'estate, così nelle settimane precedenti l'esame di ammissione per accedere ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria si presenta inevitabilmente il dibattito sul numero chiuso (o programmato come sarebbe più giusto chiamarlo) per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria.

Dibattito che sembra dividere, con la stessa passione e intensità dei Guelfi e Ghibellini, la politica, l'opinione pubblica e le organizzazioni sindacali mediche, ma che, dopo poche settimane dalla pubblicazione delle graduatorie di ammissione, sparisce dall'agenda politica e dall'orizzonte dei mass media come un fiume carsico che scompare e che fatalmente ricompare prima degli esami di ammissione dell'anno successivo.

Ritenendo, invece, che il dibattito richieda attenzione e che debba essere sostenuto da un adeguato approfondimento senza sporsare in maniera preconcetta nessuna tesi, cercheremo in questo breve articolo di focalizzare laicamente gli aspetti più significativi di questa problematica.

Un po' di storia

La laurea in Medicina nella storia è sempre stata di fatto riservata ai ceti più abbienti. Già ai tempi della Scuola Medica Salernitana di norma erano gli studenti delle famiglie più agiate dell'area del mediterraneo che avevano la possibilità di frequentare i corsi per diventare medico. La Scuola Medica Salernitana è stata forse la prima a formalizzare un curriculum studiorum impegnativo costituito da: 3 anni di logica (precursore del Liceo Classico); 5 anni di medicina (comprese chirurgia e anatomia); 1 anno di pratica con un medico anziano (oggi lo

chiameremo tirocinio obbligatorio); la previsione ogni 5 anni di un'autopsia di un corpo umano (una sorta di Educazione Continua in Medicina ante litteram).

Ancora nei primi del Novecento la facoltà di Medicina era accessibile esclusivamente a chi avesse frequentato il liceo classico e solo con la Riforma Gentile le sue porte si aprirono anche per chi proveniva dal liceo scientifico. Per la liberalizzazione degli accessi all'Università bisogna aspettare il post-sessantotto con la promulgazione della "legge Codignola" (n. 910 dell'11 dicembre 1969). Legge che, prevedendo l'iscrizione a qualsiasi corso universitario con qualsiasi diploma ottenuto dopo un corso di studi di cinque anni, introdusse in Italia la cosiddetta Università di massa, fenomeno che interessò gran parte delle Università Europee.

Il combinato disposto della legge Codignola, il desiderio di promozione delle classi sociali fino ad allora escluse dalla formazione universitaria, l'impatto delle generazioni nate dopo il 1945 (baby boomers), il fascino del prestigio - sia sociale che economico - della professione medica fece crescere, a dismisura e improvvisamente, nelle poche Facoltà di Medicina degli anni 70, il numero degli iscritti ai corsi di Medicina e Chirurgia. Si stima che nel solo anno 1971 siano stati oltre 20.000 gli studenti immatricolati a Medicina senza alcun adeguamento delle strutture e dei docenti.

In Italia, si creò in pochi anni il fenomeno della "plethora medica" con intere coorti di medici in serie difficoltà nel trovare una dignitosa collocazione lavorativa, con la riduzione di fatto della qualità complessiva dei laureati in Medicina (privi di una adeguata formazione universitaria sia per le carenze delle strutture sia per la carenza di docenti) e con l'inevitabile perdita di prestigio sociale della figura del medico.

AMELIA FILIPPPELLI

Ordinaria di Farmacologia
Università degli Studi di Salerno, Direttrice UOC Farmacologia Clinica AOU San Giovanni e Ruggi Salerno

NICOLA FERRARA

Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Napoli Federico II
Direttore UOC Medicina Interna

Si stima che nel solo anno 1971 siano stati oltre 20.000 gli studenti immatricolati a Medicina senza alcun adeguamento delle strutture e dei docenti

Il tema centrale di tutto il dibattito dovrebbe essere le capacità formative degli Atenei nell'area medica sia in termini di docenza che di strutture

Questa corsa alla acquisizione del titolo di laureato in medicina e chirurgia durò per tutti gli anni '70 e fino alla metà degli anni '80 epoca in cui si è assistito a una contrazione fisiologica delle immatricolazioni e all'introduzione spontanea in alcuni atenei di un test di ammissione. Nel 1987 il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ottaviano Zecchino, tramite un Decreto Ministeriale introdusse il principio della necessità di una relazione tra il numero degli studenti iscrivibili e la capacità formative delle Università, sia in termini di strutture didattiche sia di personale docente.

Tuttavia lo strumento del Decreto Ministeriale fu sottoposto a numerose critiche e ricorsi non essendo ritenuto uno strumento legislativo idoneo per regolare una materia così delicata che va a incidere su un diritto come quello allo studio e sulla libertà di scegliere il percorso di studio secondo le proprie inclinazioni e desiderata, sentito dalla opinione pubblica e dalla politica come un diritto non negoziabile.

Il numero chiuso fu, quindi, regolamentato da una legge ad hoc promulgata nel 1999 e, in realtà, sollecitata anche dall'Europa, nella previsione di una omogeneizzazione europea dei processi formativi e in particolare per una libera circolazione dei medici con una formazione teorico/pratica che ne garantisce la qualità. Numerosi furono i ricorsi anche rispetto a questo provvedimento legislativo, ma ad oggi la legge n. 264/99 ha superato anche le eccezioni di costituzionalità poste dai tribunali e persino dal Consiglio di Stato.

Capacità formative degli atenei

A nessuno sfuggirà, nell'interesse della collettività e in considerazione della libera circolazione europea dei laureati in medicina, che il tema centrale di tutto il dibattito dovrebbe essere le capacità formative degli Atenei nell'area medica sia in termini di docenza che di strutture (aule, posti letto, ambulatori, laboratori etc.). Parlando del nostro meridione continentale, se negli anni '70 le uniche Università sedi di Facoltà di Medicina erano Bari e Napoli, oggi possiamo annoverare un notevole mutamento con un incremento significativo delle università sedi di Scuola di Medicina (Università della Campania, di Salerno, della Lucania, del Molise, di Foggia, del Salento, di Catanzaro e di Cosenza). Parlando dell'Italia, in generale, complice la contrazione delle risorse a partire dal 2008, il numero di docenti dell'area CUN 06 (Scien-



ze Mediche) non si è incrementato, anzi si è significativamente ridotto. Al 31/12/2008 (circa 15 anni fa) i docenti dell'Area CUN 06 erano 11430, tutti docenti di ruolo (Ordinari, Associati e Ricercatori) e tutti con pieni obblighi didattici (Fonte MUR). A settembre 2022 sono 9500 i docenti dell'area 06 di cui 2087 Ricercatori a Tempo Determinato con obblighi didattici fortemente ridotti rispetto ai docenti di ruolo. Il risultato è quello di una riduzione netta di circa il 17% in 15 anni del numero dei docenti e di una riduzione ancora maggiore per quanto riguarda gli obblighi didattici complessivi.

I tanti che periodicamente auspicano l'uscita dal numero chiuso e l'apertura dell'accesso a Medicina sarebbero senz'altro più credibili se avessero combattuto con uguale forza la riduzione delle risorse alle Università e in particolare all'area della Medicina.

Pertanto, se si vogliono incrementare le matricole nei corsi di laurea in Medicina non è possibile eludere il problema del numero e della qualità dei docenti insieme al problema delle strutture didattiche e assistenziali a servizio della formazione.

La programmazione

È alta la percezione, sia tra gli addetti ai lavori sia nell'opinione pubblica, che ci sia oggi un'oggettiva carenza di medici sia nell'ambito della medicina generale sia nell'ambito della medicina ospedaliera specialistica. In realtà, tali carenze riguardano in particolare alcune figure professionali specialistiche (Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza e accettazione, Chirurgia, ecc.) e i medici di medicina generale.



Questa percezione trova conferma nella difficoltà a trovare medici disposti a presentarsi ai concorsi per alcune discipline e nella particolare elevata mobilità con cui i medici frequentemente cambiano sede di lavoro, mobilità quasi sconosciuta fino a qualche decennio fa.

Questo dato sembra confliggere, in parte, con la osservazione, anch'essa vera, di un numero significativo di medici che trovano idonee collocazioni, talvolta prestigiose, all'estero sia in ambito europeo, che extra-europeo. Questo dato conferma l'alta e competitiva qualificazione dei nostri laureati e la bassa attrattività del sistema lavorativo sanitario sia in termini di salari sia in termini di gratificazione professionale e sociale, non ultimo il contenzioso medico-legale e le violenze nei luoghi di lavoro.

Fatte queste considerazioni è indubbio che il numero chiuso, interpretato in senso restrittivo, e il conseguente basso numero delle immatricolazioni degli anni 90 e del primo decennio degli anni 2000 hanno contribuito alle difficoltà del nostro Servizio Sanitario, sia pubblico che privato, ad acquisire nuove e adeguate risorse umane e a permettere un ordinato turn over delle strutture sanitarie rispetto al picco dei pensionamenti osservato negli ultimi anni e che continuerà negli anni a seguire. Situazione che potrebbe aggravarsi per le prossime incrementate esigenze della medicina territoriale in vista della creazione delle nuove strutture previste dal PNRR nell'ambito della salute.

In sintesi un grave difetto di programmazione che non ha saputo prevedere sia le

rinnovate esigenze del SSN in termini di territorio e ospedale, in particolare quelle legate all'emergenza, sia il più che prevedibile pensionamento delle generazioni di medici nate tra la fine degli anni 40 e tutti gli anni 50.

Per comprendere se questo difetto di programmazione sia stato corretto negli anni recenti, sarebbe opportuno, prima di ogni cosa, analizzare il numero degli iscritti alle scuole di medicina degli ultimi 6 anni che prevedibilmente rappresenteranno la nuova classe di medici dei prossimi sei/sette anni. Dal 2017 al 2022 sono entrati nelle Scuole di Medicina statali, attraverso la selezione nazionale, circa 72.000 studenti a cui vanno aggiunti circa 2000 studenti che hanno vinto i ricorsi negli anni 2018, 2019, 2021 per un totale di circa 74.000 unità, un numero nettamente superiore rispetto agli iscritti dei sei anni precedenti (2011-2016) stimabile a circa 57000 (+30%). A questi numeri vanno aggiunti gli iscritti alle scuole di medicina delle Università Italiane non statali che negli ultimi anni si sono significativamente incrementati. Sono sufficienti questi nuovi laureati a coprire le future esigenze del SSN sia dell'area pubblica che privata nel prossimo decennio? Onestamente non è facile affermarlo, ma sicuramente sarebbe facile stimare il numero dei medici che nel prossimo decennio andrà prevedibilmente in quiescenza e capire se questi numeri siano almeno in grado di reggere il turn over fisiologico.

Test di ammissione

Oltre al dibattito, spesso urlato e privo di un background razionale, relativo al numero chiuso a Medicina e alle estemporanee richieste di eliminazione "tout court" dello stesso, un altro momento che caratterizza il dibattito relativo all'ammissione ai Corsi di Laurea in Medicina è quello sulle modalità di accesso e sulla idoneità o meno dei quiz a risposta multipla a rispondere a questa esigenza.

Partiamo dalle novità. Il Ministero dell'Università ha pubblicato recentemente il decreto per il passaggio dal tradizionale test di medicina al TOLC (l'acronimo di Test OnLine CISIA in Medicina): prove ad aprile e luglio e in presenza. La somministrazione dei test verrà effettuata in presenza presso la sede scelta dal candidato all'atto della iscrizione alla prova. Le domande del nuovo test di medicina, il TOLC-MED saranno così suddivise: 7 quiz di comprensione del testo, conoscenze acquisite negli studi - 15 minuti; 15 quiz

Invece si discute sulle modalità di accesso e sulla idoneità o meno dei quiz a risposta multipla

È pur vero che è impossibile individuare attraverso i quiz gli strumenti più idonei a diventare medici

di biologia - 25 minuti; 15 quiz di chimica e fisica - 25 minuti; 13 quiz di matematica e ragionamento - 25 minuti. Il nuovo test "medicina 2023" durerà, quindi, 90 minuti. Di fatto sono state eliminate le domande di cultura generale, ma la vera novità è quella relativa alla possibilità che lo studente a partire dal IV anno delle scuole superiori possa cimentarsi su più prove e decidere la prova migliore su cui verrà valutato ai fini dell'ammissione. Sostanzialmente cambia poco rispetto alla logica dei quiz tradizionali, tuttavia, elimina, almeno in parte, una quota di casualità legata alla probabilità di rispondere più o meno bene ai quiz per le ragioni più varie e del tutto casuali.

Tra le varie critiche alle attuali modalità di ammissione legate ai quiz vi è quella relativa alla impossibilità attraverso questo mezzo di individuare gli studenti più idonei a diventare medici.

Tuttavia, chi critica questo strumento sembra ignorare a) che questo test non ha mai avuto l'ambizione di valutare le attitudini degli studenti 18/19enni ad essere dei buoni medici in futuro; b) che i quiz cosiddetti attitudinali sono complessi, non sempre validati, e dovrebbero prevedere anche dei colloqui con personale esperto nelle valutazioni attitudinali; c) che la complessità di questa valutazione è di fatto improponibile vista la necessità di valutare in breve tempo decine di migliaia di studenti (quest'anno oltre 60.000); d) che questi test attitudinali, legati anche a colloqui "one to one", sarebbero ritenuti non obiettivi e trasparenti.

Il quiz, di cui non si possono non riconoscere alcuni limiti, permette valutazioni in tempi brevissimi per decine di migliaia di candidati. Tali valutazioni sono comunemente ritenute oggettive e trasparenti, condizioni indispensabili attesa la grande aspettativa da parte dei candidati e dei loro familiari nonché dell'opinione pubblica su questo tema. Inoltre, permettono valutazioni automatiche che di per sé soddisfano sia il tema della trasparenza che dei tempi stretti relativi alla pubblicazione ufficiale della graduatoria.

Anche le recenti proposte di ammettere tutti al primo anno e rimandare la selezione al secondo anno, tenendo eventualmente conto dei risultati degli esami del primo anno (il cosiddetto metodo francese) sembrano poco utili e attuabili in quanto: a) sarebbe necessario prevedere, innanzitutto, strutture e docenti adeguati per dare formazione qualificata al primo anno per diverse

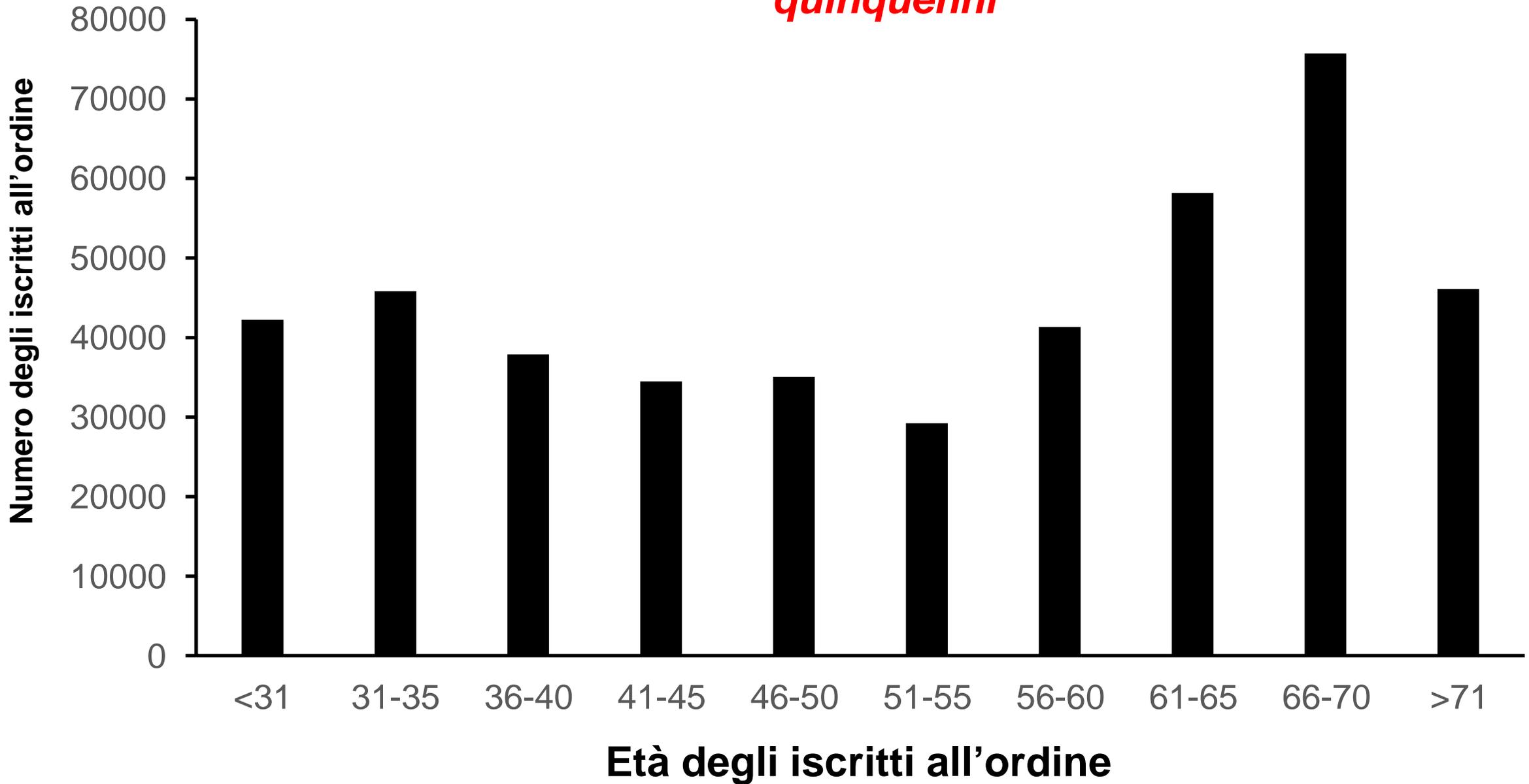
decine di migliaia di studenti in medicina con costi, inefficienze e disagi di non poco conto; b) bisognerebbe garantire una adeguata trasparenza per gli esami di valutazione dei corsi del primo anno con necessità di una organizzazione complessa (tipo CINECA) non per una singola valutazione ma per tutti gli esami previsti e per tutte le sedi; c) rimanderebbe di un anno la scelta definitiva del percorso con disagi e ritardi che ricadrebbero sugli studenti e sulla economia delle loro famiglie.

Conclusioni

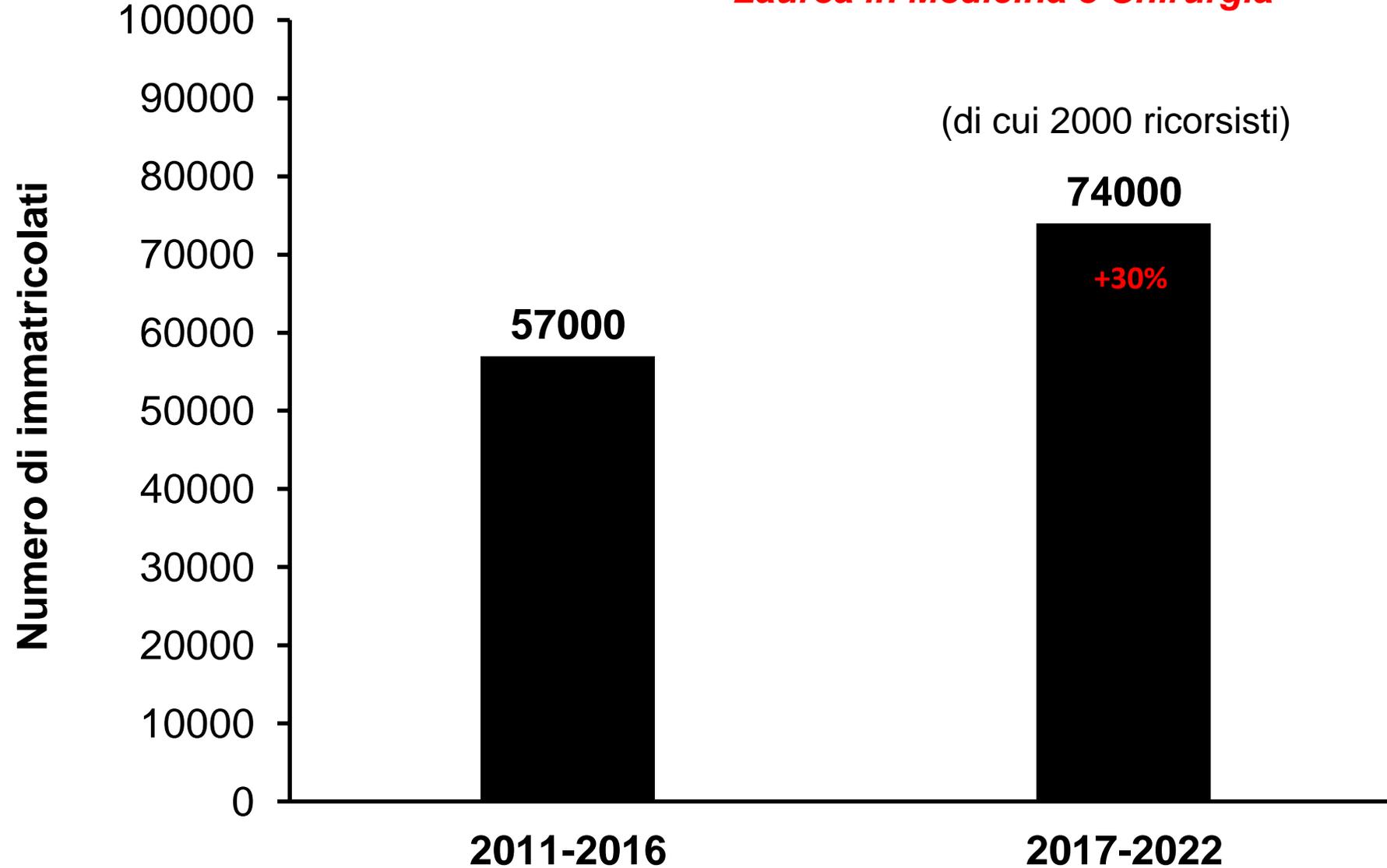
Da quanto su esposto è necessario:

- una, per quanto possibile, adeguata previsione delle necessità - in un arco temporale almeno decennale di laureati in medicina - mettendo in relazione il numero degli iscrivibili ai corsi di laurea in Medicina con il numero dei pensionandi, al fine, quantomeno, di permettere un ordinato turn over;
- sperimentare modelli previsionali che permettano di immaginare di incrementare il numero degli aspiranti medici rispetto a prevedibili esigenze che vanno al di là dei pensionamenti soprattutto per quanto riguarda le necessità del territorio e delle aree ospedaliere in sofferenza;
- prevedere condizioni di lavoro (incluso la sicurezza e le possibilità di progressione di carriera ridotte significativamente dalla logica ragionieristica con cui le aziende ospedaliere e sanitarie sono state gestite) e salariali che siano competitive rispetto ai nostri partner europei per ridurre le migrazioni di personale qualificato e incentivare una "migrazione di ritorno";
- adeguare il personale universitario e le strutture alle necessità formative di un numero sempre crescente di studenti in Medicina senza ritenere che tale incremento sia una variabile indipendente e ad isorisorse e superando anche le difficoltà di "governance" tra le Aziende Ospedaliere e le Università permettendo una reale integrazione delle diverse missioni di cui tali strutture sono portatrici;
- valutare la capacità degli attuali strumenti di selezione all'ingresso correlando le votazioni ottenute nella selezione con la qualità del percorso (voti, laurea nel rispetto dei tempi previsti, superamento della selezione all'ingresso della specializzazione, etc.) al fine di proporre modifiche che siano supportate dalle evidenze e non dalle percezioni di massa. ■

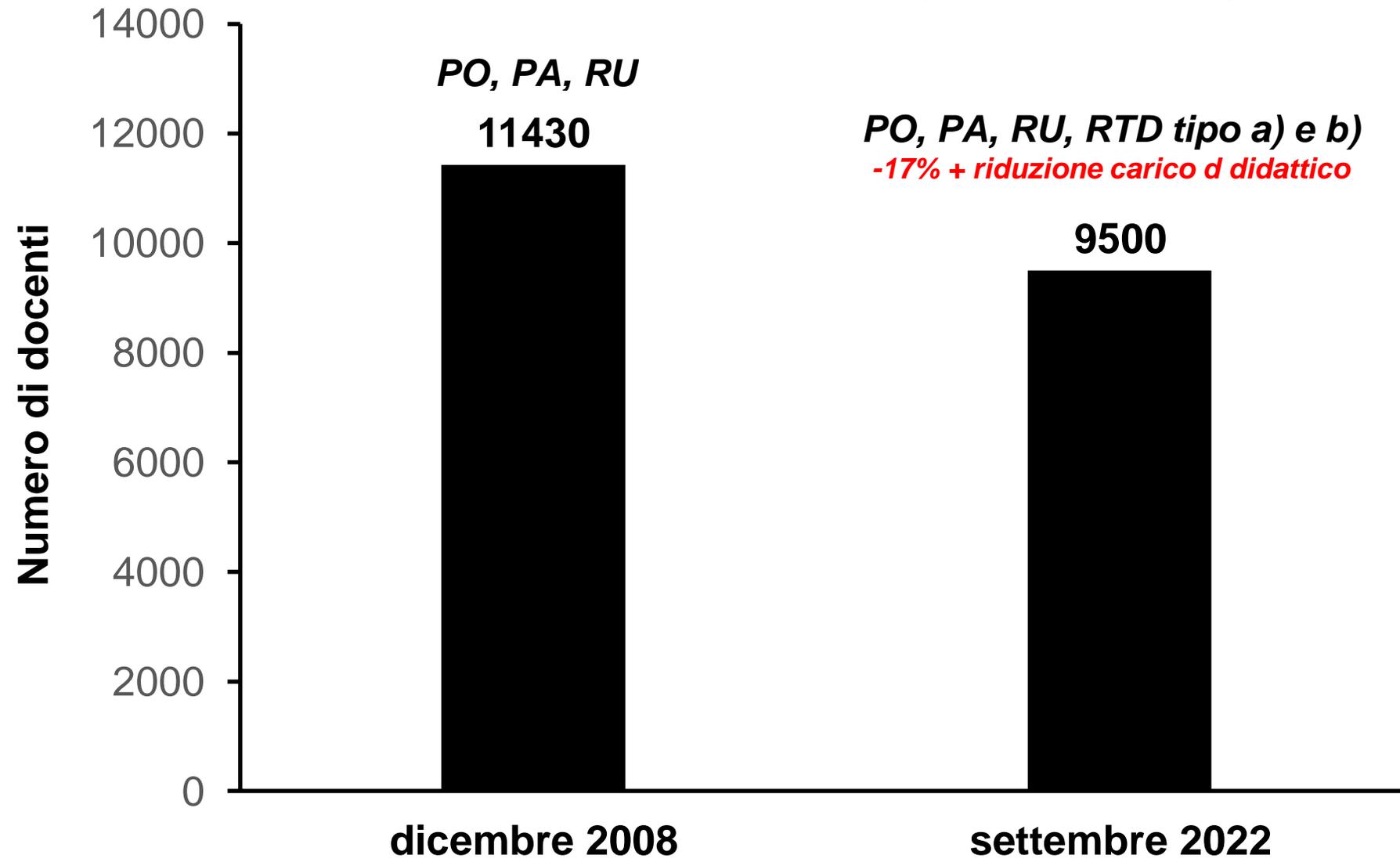
***Numero dei medici iscritti agli ordini professionali italiani divisi per
“quinquenni”***



**Numero di studenti immatricolati nei corsi di
Laurea in Medicina e Chirurgia**



**Numero di docenti universitari
Area CUN 06 (scienze mediche)**



In sintesi, la metà degli iscritti all'ordine dei Medici ha più di 56 anni; molto rilevante (circa 110.000) il numero degli iscritti con età superiore ai 66 anni, quindi prossimi alla pensione.

Nell'esennio 2017-2022 il numero annuo di iscritti a Medicina è stato incrementato di più del 30% rispetto ai 6 anni precedenti.

Tale incremento, i cui risultati, con la laurea e la successiva immissione nel mondo del lavoro, saranno visibili non prima di 3-4 anni e saranno sufficienti verosimilmente e riequilibrare i pensionamenti.

Ulteriori incrementi rischiano di generale una ulteriore plethora medica, come quella verificatasi negli anni 1970-1980, incresciosa se si pensa ai costi che lo stato deve investire per formare un medico.

Inoltre, un incremento delle matricole nei corsi di laurea in Medicina non può trascurare il problema della sostenibilità dei corsi di laurea, del numero e della qualità dei docenti, insieme al problema dei servizi agli studenti e delle strutture didattiche e assistenziali a servizio della formazione.