

## **Riflessioni sull'ammissione agli studi medici e sui disegni di legge nn. 915, 916, 942 e 980**

Ringrazio per l'opportunità che mi viene fornita di mettere a disposizione dei Legislatori l'esperienza acquisita in un lungo percorso svolto nell'area medica, che ha incluso 8 anni come presidente del corso di laurea magistrale (CdLM) in medicina e chirurgia, 4 anni come direttore di un dipartimento di area medica e 3 anni come presidente della scuola di medicina, prima di essere eletto rettore dell'università di Pisa. Nell'interesse della chiarezza e della brevità articolerò il mio contributo alla discussione su questi disegni di legge (DDL) in alcuni punti schematici.

### **Limiti del sistema attuale**

1) La selezione con un test nazionale ha indubbiamente una componente aleatoria, ed è vista come una lotteria in cui i candidati si giocano il proprio futuro, che viene spesso deciso da una o due domande, magari di cultura generale. Questo aspetto è sottolineato nelle premesse a tutti i DDL presentati ed è certamente condivisibile.

2) La selezione non considera minimamente l'attitudine alla professione e la capacità di instaurare un rapporto empatico con il paziente. Questo aspetto, che non è toccato da nessun DDL, è a mio avviso è ancora più importante del precedente. La mia personale valutazione è che stiamo formando medici di elevato livello tecnico-professionale, ma inferiori ai loro predecessori nella capacità di instaurare una adeguata relazione umana con il paziente. La comune osservazione che i giovani medici hanno un'ottima relazione con il computer e le nuove tecnologie, ma una insoddisfacente relazione con il paziente, ha purtroppo un fondo di verità.

3) Una valutazione fatta con un test a scelta multipla non può mai essere accurata come una selezione che si svolga al termine di un percorso formativo interattivo. Qui si pone una questione politica rilevante, ovvero se il sistema riponga o meno fiducia nell'onestà e capacità dei docenti. Al momento questo non avviene per i docenti delle università pubbliche, in quanto l'attuale procedura di selezione è stata concepita per escluderli completamente. Tale atteggiamento è in contrasto con quanto accade nella maggior parte dei paesi europei (tranne la Francia), e anche con quanto accade nel nostro paese per università private (es. Cattolica, Campus Biomedico), istituzioni militari (es. Accademia Navale) e scuole di eccellenza (es. Scuola Sant'Anna), che svolgono procedure di ammissione gestite autonomamente. Credo che sia giunto il momento di superare queste incongruenze.

## Vincoli

1) Negli ultimi anni a livello nazionale il numero dei candidati iscritti alla selezione è circa 5 volte superiore al potenziale formativo degli atenei e il numero dei candidati che si presentano al test è circa 4 volte superiore al potenziale formativo. Dato che la formazione deve rispettare precise norme europee e includere attività formative professionalizzanti svolte in strutture assistenziali accreditate, laureare tutti i candidati, come sembrano assumere i DDL 916 e 942, è improponibile. Ciò non toglie che sia opportuno coinvolgere sempre più estesamente i medici del SSN (non universitari) nelle attività tutoriali e di tirocinio (come indicato nel DDL 942), come del resto già avviene nella maggior parte delle sedi.

2) Le stime del fabbisogno di medici suggeriscono una aumentata domanda nei prossimi anni, ma le proiezioni a lungo termine mostrano che la domanda si riduce negli anni successivi (si veda la dettagliata relazione presentata dalla CRUI, che corregge alcune affermazioni troppo generiche incluse nelle premesse ai DDL 916, 942 e 980) e cifre pari all'attuale numero di candidati sono comunque nettamente superiori a ogni stima della domanda futura. Le criticità attuali riguardano eminentemente due settori, ovvero l'emergenza medica (pronto soccorso) e la medicina generale, e richiedono interventi mirati specificamente a questi settori. Per fare un esempio, negli ultimi anni centinaia di posti di specializzazione in medicina d'urgenza non sono stati assegnati perché la carriera viene giudicata poco attrattiva, per una serie di ragioni che sarebbe opportuno esaminare a parte: elevato rischio di contenziosi legali, conseguente necessità di stipulare onerose assicurazioni private, sovraccarico di lavoro nel settore così come è attualmente organizzato, scarsa possibilità di esercitare la libera professione.

3) Qualsiasi riforma dell'accesso in senso estensivo richiede risorse in termini di reclutamento di personale docente e potenziamento delle strutture formative. Questo aspetto è riconosciuto dal DDL 980, e un preciso impegno economico è imprescindibile per ogni ipotesi di riforma.

4) L'eventuale ricorso alla didattica a distanza va valutato accuratamente. L'esperienza maturata con la pandemia ha confermato che la didattica a distanza non può mai garantire gli stessi risultati della didattica in presenza, soprattutto in ambiti nei quali l'interazione diretta dei docenti con gli studenti e degli studenti fra loro è fondamentale, come nel nostro caso. La didattica a distanza può certamente essere utilizzata come strumento integrativo, ma va gestita congiuntamente al progetto didattico globale. Per questa ragione utilizzare le università soltanto come fornitori di corsi di preparazione a distanza in vista di un test nazionale (DDL 915), o addirittura assegnare compiti formativi a università telematiche (DDL 915 e 942), mi sembra inadeguato.

## **Alcune ipotesi specifiche**

Il DDL 915 suggerisce di operare la selezione dopo un percorso semestrale. L'idea è condivisibile, come indicato sopra al punto 2 della sezione "limiti del sistema attuale", ma non credo possa essere realizzata nei termini indicati nel DDL stesso. A mio avviso esistono fondamentalmente due opzioni.

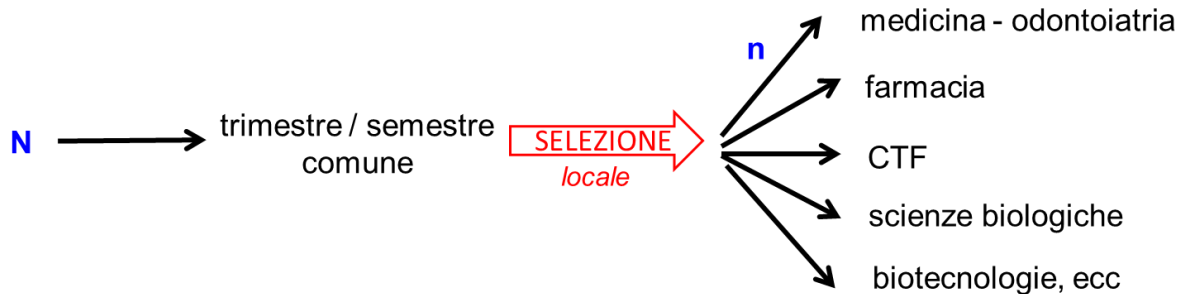
### *A) Nessun filtro iniziale (sistema "francese")*

Il DDL 915 va in questa direzione, ma far coincidere il primo semestre dei corsi di studio in medicina e chirurgia, biotecnologie mediche e scienze motorie e sportive, indicando come materie specifiche fisica medica, biologia cellulare, genetica e l'anatomia, non mi sembra una soluzione praticabile. Già oggi la maggior parte degli studenti che partecipano senza successo al concorso di ammissione a medicina si iscrivono poi a corsi dell'area delle scienze della vita (la percentuale nell'Università di Pisa è pari al 70% circa), ma i due corsi menzionati (biotecnologie mediche e scienze motorie e sportive) sono prescelti soltanto da una esigua minoranza dei candidati, mentre la maggioranza si orienta verso altri corsi di studio dell'area di biologia o farmacia. Inoltre, il numero dei crediti formativi di anatomia è molto maggiore a medicina che negli altri due corsi citati e non sembra ragionevole includere l'anatomia nel percorso iniziale comune.

Se si vuole perseguire questa impostazione occorrerebbe a mio avviso ammettere di tutti i candidati a un trimestre o semestre di studi comune a molti corsi di studio nell'ambito delle scienze della vita (che includa fra gli altri i corsi di studio in Farmacia, Chimica e tecnologie farmaceutiche, Scienze Biologiche, oltre a quelli indicati nel DDL 915), seguito da una selezione che tenga conto del profitto negli insegnamenti impartiti ed eventualmente di test o prove specifiche, anche di tipo psico-attitudinale, gestite a livello locale.

Effettuare una selezione sulla base di un test nazionale, come prospettato nel DDL 915 a imitazione del modello francese, sarebbe a mio avviso inappropriato, per le ragioni discusse sopra, nel punto 3 della sezione "limiti del sistema attuale".

Di seguito uno schema riassuntivo:



**n** reale potenziale formativo della sede  
**N** è numero di candidati, attualmente pari a circa 5n

Realizzare questa proposta richiede interventi normativi e procedure organizzative complesse. In concreto occorrerebbe rivedere gli ordinamenti/regolamenti di tutti i corsi interessati, verificando il rispetto di tutti i vincoli UE e coinvolgere nel percorso comune il corpo docente dei dipartimenti non medici.

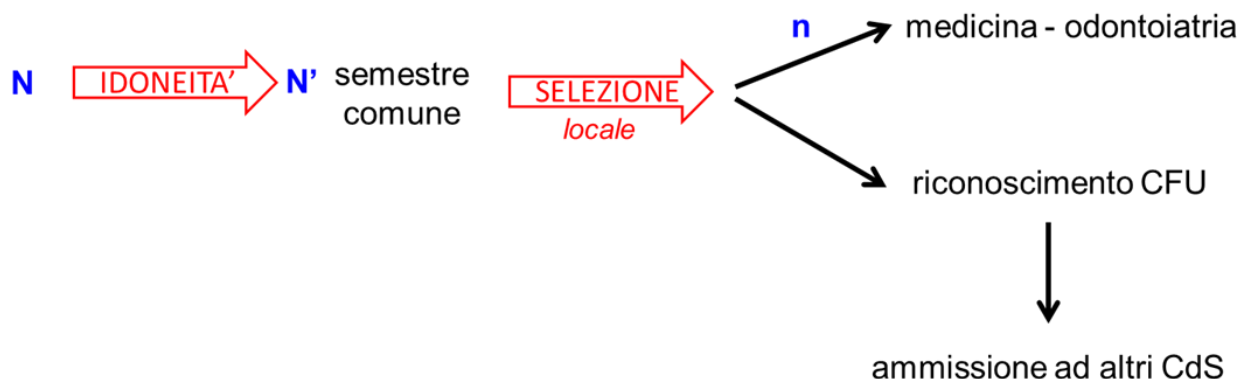
## B) Preselezione iniziale

Se si vuole preservare l'idea (propria del DDL 915) che la selezione avvenga dopo un congruo periodo di studi universitari, senza però ristrutturare estesamente l'organizzazione degli studi in tutta l'area delle scienze della vita, è necessario operare una preselezione. Questa dovrebbe essere intesa come una prova di idoneità, che combini conoscenze di base in ambito fisico-chimico-biologico e una valutazione psicoattitudinale. In linea generale sarebbe logico considerare nella selezione iniziale anche il risultato dell'esame di maturità, se si potesse risolvere il problema della disomogeneità nella distribuzione dei voti a livello nazionale.

La prova dovrebbe essere tarata per selezionare un numero di idonei pari a circa il doppio dell'effettivo potenziale formativo della sede. Ricordiamo nel 2022 (prima dell'introduzione del TOLC) la frazione di idonei al test di ammissione nazionale era di quest'ordine di grandezza. Resto comunque dell'idea che la prova potrebbe essere meglio gestita a livello locale.

Si procederebbe quindi in modo simile a quanto esposto nell'ipotesi A), con un semestre di insegnamenti relativi a materie propedeutiche (fisica, chimica, genetica, ecc), alle scienze umane e al rapporto medico-paziente, ma coinvolgendo soltanto docenti dell'area medica. Dopo la selezione, operata sulla base del profitto negli insegnamenti impartiti ed eventualmente di test o prove specifiche, gli studenti che non proseguono nel CdLM in medicina e chirurgia vedrebbero riconosciuti i crediti formativi acquisiti per la frequenza ad altri corsi di studio dell'area delle scienze della vita. Le università potrebbero anche

disciplinare la loro eventuale ammissione ad altri corsi a numero programmato (Farmacia, Chimica e tecnologie farmaceutiche, ecc) stabilendo, ove necessario, soglie di profitto e/o limiti di numerosità massima.



**n** reale potenziale formativo della sede

**N** è numero di candidati, attualmente pari a circa 5n

**N'** numero da definire, probabilmente pari a circa 2n

In questa ipotesi sarebbe comunque opportuna una revisione dell'ordinamento e del regolamento del CdLM in medicina e chirurgia.

Restando a disposizione per ogni chiarimento, ringrazio ancora la Commissione, alla quale auguro buon lavoro.

Riccardo Zucchi  
Rettore, Università di Pisa