Il semestre filtro cambia l'accesso a Medicina

La riforma dell'accesso ai corsi di laurea in Medicina, Odontoiatria e Veterinaria segna una svolta storica nel sistema universitario italiano. Con l'introduzione del semestre filtro al posto del tradizionale test d'ingresso, cambiano non solo le modalità di selezione degli studenti, ma l'intera organizzazione degli atenei e la programmazione del fabbisogno sanitario nazionale. Entrata in vigore per l'anno accademico 2025/2026, la riforma modifica la legge 264/1999 sostituendo il test preliminare con un periodo formativo di sei mesi durante il quale gli studenti sostengono tre esami su materie di base, ripetibili in due sessioni. Un cambiamento che genera interrogativi, aspettative e timori tra i diversi attori coinvolti. Per comprendere la portata di questa trasformazione, abbiamo raccolto quattro prospettive complementari.

Selezione e formazione dei medici: equilibrio tra domanda, qualità e passione

Fabrizio Consorti
Specialista in Chirurgia generale
Consigliere onorario della Società italiana di Pedagogia medica

Il numero chiuso indica la scelta autonoma di una università di limitare il numero di studenti per un certo corso. Il numero programmato discende dalla previsione di quanti medici serviranno sei anni dopo

La necessità di una regolamentazione dell'accesso ai corsi di laurea in Medicina discende dall'esigenza di conformità con una norma europea, che chiede che il numero di studenti sia commisurato alle risorse didattiche (aule, spazi ospedalieri e del territorio per la pratica) e che siano certificate 5500 ore di didattica sotto la diretta supervisione di un docente o un tutor. Senza il rispetto di questi criteri, la laurea non avrebbe valore legale nell'Unione europea. Anche per questo motivo, formare un medico nell'università pubblica costa molte centinaia di migliaia di euro alla collettività. Perciò, non è giustificato formare più medici di quanti ne servano al Paese, perché significa spendere denaro pubblico per creare futuri disoccupati, cosa che è innanzi tutto ingiusta verso i nostri giovani.

I corsi di medicina non sono a numero chiuso ma a numero programmato. Il numero chiuso indica la scelta autonoma di una università di limitare il numero di studenti per un certo corso, il numero programmato discende dalla previsione di quanti medici serviranno sei anni dopo, per le esigenze del Servizio sanitario nazionale. La previsione si allunga a nove/undici anni, se si include anche il percorso di formazione post-laurea (scuola di medicina generale o specializzazione). Tali numeri sono decisi ogni anno dal Ministero dell'università e della ricerca, sentito il parere di un tavolo tecnico ad hoc e della Conferenza Stato-Regioni, perché solo le Regioni conoscono il loro fabbisogno futuro di medici. Come si comprende, si tratta di una decisione che, se pur fondata sui dati di anzianità dei medici in attività e sul loro turnover, è pur sempre molto difficile.

Scopo principale della procedura selettiva ai corsi a numero programmato dovrebbe essere quello di scegliere studenti che hanno la probabilità più alta di diventare buoni medici. L'ammissione non è perciò un premio meritocratico, ma una scelta tecnica che deriva dall'obbligo di fornire il miglior servizio possibile al Paese. Solo

per fare un esempio, l'ammissione alla Polizia di Stato è – comprensibilmente – assoggettata anche a valutazione psico-attitudinale dei candidati (agiranno armati, per la nostra sicurezza). Sembra perciò incredibile che ammettere una ragazza o un ragazzo ventenni agli studi medici avvenga solo perché sa rispondere a domande di discipline scientifiche di base, in qualsiasi formato vengano esse poste.
È pur vero che dovrebbe essere dovere e competenza specifica dei corsi di laurea in medicina facilitare lo sviluppo negli studenti degli orientamenti etici e deontologici della professione medica, della capacità di riconoscere e accogliere le emozioni violentissime che si accompagnano alla cura, confrontati come siamo col dolore, la sofferenza, la marginalità, la morte. Inoltre, i futuri medici devono acquisire la capacità di utilizzare una mole enorme di conoscenza per risolvere problemi, con soluzioni basate su prove scientifiche di efficacia ma anche adattate ai gruppi sociali e comunità, così come al singolo e condivise dalla persona, soggetto compartecipe delle cure. Tuttavia, poter partire da un gruppo iniziale che dimostra le migliori potenzialità per realizzare questa impresa meravigliosa, la renderebbe un po' più facile ed efficace.
Per questo, nel 2016 la Conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea in medicina avviò uno studio longitudinale e multicentrico sul benessere e le attitudini degli studenti di medicina, i cui risultati, nelle diverse fasi dello studio previste (all'inizio del corso, all'inizio del terzo anno e alla fine del sesto anno) e a due anni dopo la laurea, dovrebbero dare importanti indicazioni su come migliorare la valutazione delle caratteristiche psicoattitudinali dei candidati, finalizzato a fornire evidenze per un migliore processo di selezione. La pandemia ha causato un arresto forzato dello studio subito dopo la raccolta dei risultati al terzo anno, ma i dati e l'alto livello di adesione degli studenti coinvolti dimostrano che è possibile e significativo raccogliere anche queste informazioni su coloro che aspirano alla carriera medica. Il problema della selezione non è solo italiano ma internazionale e – pur nelle differenze – l'indicazione di

massima che viene dalla letteratura e dalle esperienze di molti Paesi è che il sistema migliore è una miscela di valutazioni delle abilità cognitive e psicoattitudinali.
Per quanto attiene la situazione attuale in Italia, il numero di posti nei corsi di laurea in medicina è stato aumentato e c'è già la previsione di aumentarlo ulteriormente negli anni prossimi, cosa che rischia di inginocchiare la capacità formativa delle facoltà mediche, già strutturalmente ai limiti, con un ricorso obbligato sempre più ampio alla didattica a distanza. Ciò produrrà ovviamente un aumento del numero dei neolaureati e potenzialmente il prodursi in una nuova pletora medica. Permane però l'imbuto formativo nella formazione post-laurea, con un numero di posti disponibili inferiori ai neolaureati.
Ma questo è solo parte del problema. Infatti, ci sono specializzazioni in cui il numero di posti disponibili non viene coperto da candidati (esempio tipico è la chirurgia, in grave crisi di vocazione) e si moltiplicano le segnalazioni di giovani colleghe e colleghi che abbandonano il sistema sanitario pubblico per quello privato o verso l'estero.
In questo contesto, personalmente non ho motivi di ritenere che il semestre filtro o aperto sia più equo dei sistemi precedenti. Si tratta pur sempre una valutazione parziale, meritocratica ma non funzionale alla selezione dei candidati più adatti. Il numero di coloro che si sono iscritti è più o meno equivalente a quello di coloro che negli anni scorsi si sottoponeva alla prova di ammissione e non c'è motivo di ritenere che sia anche diversa la composizione demografica e sociale. È improbabile che le facoltà mediche abbiano aule a sufficienza per questo numero di studenti, quindi, molti di loro stanno frequentando a distanza: sarà interessante osservare se ciò causerà una differenza significativa di riuscita.
In questo contesto, personalmente non ho motivi per ritenere che il semestre filtro o aperto sia più equo dei sistemi precedenti. Si tratta pur sempre di una valutazione parziale, meritocratica ma non funzionale alla selezione dei candidati più adatti. Il numero degli iscritti è più o meno equivalente a quello di coloro che negli anni scorsi si sottoponevano alla prova di ammissione, e non c'è motivo di ritenere che sia diversa anche la composizione demografica e sociale. È improbabile che le facoltà di medicina dispongano di aule sufficienti per accogliere questo numero di studenti; di conseguenza, molti di loro stanno seguendo le lezioni a distanza. Sarà interessante osservare se ciò determinerà differenze significative nei risultati
Da ultimo, un grave problema è la sorte di coloro che non si qualificheranno in graduatoria per proseguire gli studi medici. Non saranno pochi, più della metà di coloro che stanno frequentando, considerando anche i posti offerti dalle università private (che, per censo, non sono alla portata di tutte le famiglie). Professioni nobili come quella dell'educatore professionale, dell'assistente sociale, di uno qualsiasi dei ruoli tecnici, per non parlare dell'infermieristica, non possono essere considerate la seconda scelta per un giovane che voleva fare il medico. I posti sono assicurati, perché i corsi di studio hanno la possibilità di ammettere fino al 20 per cento di studenti in sovrannumero e la posizione in classifica determinerà anche la sede universitaria di frequenza, come già avveniva in passato.
Rimane il problema che tutte le professioni sanitarie richiedono una vocazione specifica e una scelta di ripiego contraddice il principio fondamentale di una selezione efficace.

L'indicazione di massima che viene dalla letteratura e dalle esperienze di molti Paesi è che il sistema migliore è una miscela di valutazioni delle abilità cognitive e psicoattitudinali