



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori BINETTI e DE POLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MARZO 2018

Disposizioni concernenti l’ammissione ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia nonché l’esame di abilitazione all’esercizio della professione medica

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge opera nell'ambito degli impegni della Conferenza dei presidi e dei presidenti del consiglio del corso di laurea specialistica (CCLS) in medicina e chirurgia per migliorare la formazione dei futuri medici, perché sappiano rispondere ai bisogni emergenti e alle nuove richieste di qualità professionale, che la società pone alla classe medica nella sua triplice funzione di prevenzione, assistenza e riabilitazione. Per fornire risposte soddisfacenti però sono necessari nuovi modelli didattico-formativi, che utilizzino tecnologie didattiche avanzate, anche sul piano dell'esperienza clinica, senza tuttavia rinunciare a insegnare come coltivare le relazioni interpersonali, con il paziente e con i colleghi, vero paradigma dell'agire medico e della sua intrinseca qualità etica. Altro aspetto determinante della formazione nei primi anni accademici è la partecipazione degli studenti all'attività di ricerca, indispensabile per assicurare un costante livello di qualità all'attività di assistenza.

Per questo diventa necessaria una rivisitazione dei modelli di valutazione con cui sono pensati e proposti i momenti chiave nella selezione-formazione degli studenti di medicina e chirurgia nelle varie tappe del loro *iter* formativo: in ingresso, *in itinere* e in uscita. Quest'ultima valutazione si basa sul bilancio delle competenze cliniche realmente acquisite dagli studenti e deve essere in continuità diretta con le prove di ammissione alle varie scuole di specializzazione. Il laureato in medicina e chirurgia, nel momento in cui conclude la sua preparazione di base, deve possedere una formazione generale sufficientemente solida e completa, prima di entrare nella scuola di specializza-

zione scelta. Mentre al termine della scuola di specializzazione frequentata dovrà essere certificata l'effettiva competenza acquisita dai giovani medici nello svolgere, in autonomia e in *équipe*, la propria professione medica risolvendo problemi a complessità crescente.

La consapevolezza di dover garantire a tutti i laureati in medicina e chirurgia un livello di preparazione complessiva di alto profilo, in linea con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e con la loro ricaduta sul piano assistenziale, sta stimolando nel corpo docente un'attenta riflessione sulle modalità di valutazione degli studenti. Sono quattro le fasi principali della valutazione dello studente in medicina e chirurgia prima e del giovane medico dopo, in un arco di tempo che si attesta mediamente sui dieci anni:

a) la valutazione in ingresso, con i test di selezione e con la nuova graduatoria nazionale;

b) la valutazione al termine del corso di studi e l'indispensabile carattere abilitante che esso deve possedere per l'esercizio della professione;

c) la valutazione in ingresso nelle diverse scuole di specializzazione con il concorso nazionale;

d) la valutazione al termine della scuola di specializzazione.

Ogni fase della valutazione richiede comunque una solida visione d'insieme dell'intero processo formativo, perché lo studente che supera la selezione iniziale affronta uno sforzo rilevante al termine degli studi della Scuola media superiore (SMS), ha grandi aspettative in questa selezione, che spesso ripete per due tre volte, tanto forte è

la sua motivazione. Analogamente, al termine degli studi, e una volta conseguita la laurea, il neolaureato in medicina e chirurgia sa bene che non potrà esercitare la sua professione senza una specializzazione medica, per cui torna nuovamente a concentrarsi sugli esami di ammissione alla scuola di specializzazione, disposto a ripeterli ancora una volta per due tre volte, se necessario. Un *iter* di studi, già lungo di per sé: dieci anni in media! Se si calcola anche il tempo necessario per ottenere l'abilitazione, corre il rischio di allungarsi di altri quattro-cinque anni prima di poter offrire un risultato oggettivamente spendibile sul piano professionale.

Esame di Ammissione.

Gli studenti che sostengono gli esami di ammissione a medicina e chirurgia sono molto motivati e ben coscienti della difficoltà di superare uno dei test più selettivi per rapporto tra numero di candidati e posti disponibili. Nonostante una preparazione di partenza spesso superiore alla media, come conferma il voto ottenuto agli esami di maturità, sanno di dover acquisire una preparazione specifica nelle discipline oggetto di esame: chimica, fisica, matematica, biologia e genetica. In molti casi si tratta di materie affrontate nei primi anni di liceo, come la chimica o la biologia ad esempio, e non sempre messe in relazione con scelte future. Solo nel corso dell'ultimo anno di liceo, quando la scelta della facoltà si consolida, afferrano l'importanza del rapporto tra le materie di studio della SMS e i successivi esami di ammissione all'università. E' allora che il loro studio si fa più diretto e concreto, ma riguarda solo le materie dell'ultimo anno, per esempio matematica e fisica. Per le altre attendono le vacanze estive per aggiornare, ampliare e approfondire le discipline oggetto di esame. Gli aspiranti medici dedicano di fatto l'intera estate dopo la maturità a preparare questo esame.

La Doxa ha svolto un'indagine per capire come si preparano i ragazzi che superano il test di ingresso alla facoltà di medicina e chirurgia. Il quadro è chiaro: gli studenti ammessi a medicina e chirurgia provengono in grandissima percentuale dai licei e un quarto di loro ha già tentato una volta l'ammissione. Quasi tutti (97 per cento) hanno fatto uno studio specifico per il test di ammissione, utilizzando strumenti appositi: accanto ai libri e ai corsi, hanno svolto esercitazioni e simulazioni *on line*. Dall'indagine emerge che il 94 per cento di chi ha superato il test viene dal liceo, il 68 per cento dallo scientifico e il 26 per cento dal classico, percentuali ben superiori a quelle riferite agli immatricolati a tutte le altre facoltà. Gli studenti che entrano al primo tentativo sono il 73 per cento, mentre il 27 per cento ha già provato almeno una volta. Le professioni dei genitori sono le più varie e la percentuale dei «figli d'arte» è contenuta: i padri medici o dentisti sono il 18 per cento, le madri il 13 per cento.

Confezionare le domande a scelta multipla non è cosa facile e negli ultimi anni si sono trovate domande giustamente contestate dagli studenti perché offrivano più di una risposta esatta, o perché l'impianto della domanda appariva ambiguo. Il vistoso *spread* tra partecipanti e posti disponibili e il frequente ricorso ai tribunali amministrativi regionali (TAR) dei delusi ha reso indispensabile creare un modello di esame in cui la correzione sia affidata a un sistema ottico automatico che proceda direttamente a redigere la graduatoria. Non è il miglior sistema possibile per la selezione, perché non tutte le qualità del futuro medico possono essere tradotte in domande a scelta multipla, ma lo è certamente per oggettività e trasparenza. La selezione viene tradizionalmente effettuata attraverso domande a scelta multipla (DSM), che implicano un ragionamento che conduca lo studente a individuare l'unica risposta che soddisfa tutti i requisiti presenti

nella domanda. Le domande, per essere realmente selettive e permettere di redigere una graduatoria con un solido e credibile impianto meritocratico, non possono essere né troppo facili né troppo difficili, altrimenti verrebbe meno il carattere selettivo richiesto dalla prova

Infatti è proprio il rapporto tra partecipanti e ammessi, che in genere si attesta su 9 a 1, che crea un numero di scontenti altissimo che cerca di orientarsi iscrivendosi a un altro corso di laurea, considerato affine, per poi potersi ripresentare l'anno successivo. Oppure si rivolge a una università straniera: recentemente si sta affermando un orientamento prevalente verso l'Albania o la Romania, dove non c'è esame di ammissione, nella speranza di potersi inserire successivamente nei corsi di laurea italiani, facendosi riconoscere gli esami sostenuti. Oppure fa ricorso al TAR che non di rado, appellandosi a vizi di forma, accoglie il ricorso e ammette gli studenti, spesso in numero rilevante, con il risultato di sbilanciare la struttura del corso, creando non pochi problemi alle facoltà che di questi studenti debbono curare la formazione.

L'11 dicembre 2013 la Corte costituzionale ha emesso la sentenza n. 302 che conferma la legittimità costituzionale della legge 2 agosto 1999, n. 264, sul numero chiuso. La sentenza arriva a seguito di una questione sollevata dal Consiglio di Stato, in cui si metteva in dubbio la legittimità dell'articolo 4 della citata legge, che fissa i criteri per le facoltà a numero chiuso, perché non prevede l'istituzione di una graduatoria unica nazionale. Tutto partiva da un ricorso al TAR effettuato contro le prove svoltesi nel 2011, quando era ancora in uso il sistema delle graduatorie di ateneo perché, a opinione del ricorrente, non garantivano la necessaria equità nell'ammissione dei candidati dei vari atenei a parità di punteggio. La sentenza della Corte costituzionale, che nel 1998 aveva chiarito la legittimità costituzio-

nale del numero programmato, è in sintonia con il pronunciamento della Corte europea dei diritti dell'uomo, che il 2 aprile 2013 ha dichiarato legittimo il sistema del numero chiuso per l'ammissione all'università, secondo i criteri previsti dalla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950. La Corte costituzionale ha ritenuto che, a prescindere dalle scelte operate negli anni passati con l'adozione di graduatorie per singoli atenei o per accorpamenti di più atenei, la legge con cui si è istituito il numero programmato è legittima. Il sistema delle graduatorie di ateneo, oggetto del ricorso, è stato superato con l'introduzione di una graduatoria unica nazionale prevista per l'anno accademico 2014-2015.

Per l'accesso alle scuole di specializzazione una delle maggiori difficoltà della selezione è data dal numero dei contratti messi a disposizione a livello ministeriale, un numero che risponde più alle logiche del Ministero dell'economia e delle finanze che non alle logiche della sanità.

Ma un'altra difficoltà riguarda la valutazione del livello di competenze dei neo-laureati maturate sul piano clinico. L'accesso alle scuole di specializzazione fatto solo sulla base dei *quiz* appare limitato e limitante. Le due Conferenze, quella dei presidi e quella dei presidenti del consiglio di laurea in medicina e chirurgia, hanno intensamente lavorato, insieme alla Società italiana di pedagogia medica, per elaborare un *core curriculum* condiviso tra i vari corsi di laurea di sedi diverse (Vettore L., Gaddi A., Tomasi A. «Il core curriculum negli studi medici. Il suo significato e qualche suggerimento per costruirlo ed applicarlo»). Solo in presenza di uno stesso *curriculum* diventa plausibile un comune modello di esame di Stato, e uno stesso esame di ammissione alla scuola di specializzazione (Binetti P. «Educazione medica al bivio. Cosa cambia con il nuovo esame di Stato», Roma, 2004).

In effetti solo avendo presente un impianto unitario dei corsi di laurea è possibile immaginare uno stesso esame conclusivo dell'intero *iter* di studi e uno stesso esame di accesso alle scuole di specializzazione, secondo il criterio previsto della graduatoria nazionale.

Diversa è la situazione di altri due esami di valutazione: quello di laurea e quello al termine della scuola di specializzazione. In questi casi tutti i partecipanti possono, almeno in via potenziale, ottenere il massimo dei voti previsti perché non c'è bisogno di redigere una graduatoria, ma solo di certificare i livelli di competenza acquisiti nel corso degli anni di studio e di lavoro. Ci sono concreti motivi di perplessità sull'effettiva capacità che un esame possa garantire un giudizio oggettivo, che soddisfi tutti i parametri che dovrebbero caratterizzare la scelta dei decisori accademici. Si tratta di una valutazione che, per quanto oggettiva, non potrà mai essere esaustiva. Gli studenti, d'altra parte, si lamentano spesso perché il metodo di valutazione con cui vengono valutati, qualunque esso sia, non riflette mai abbastanza le loro capacità, non le valorizza adeguatamente e non ha quelle caratteristiche di validità e di riproducibilità che dovrebbe avere un'analisi rigorosa. È noto, ad esempio, l'effetto «alone» dei giudizi di alcuni docenti, che trattano meglio gli studenti con votazioni più alte e nutrono diffidenza nei confronti degli studenti con una media più bassa o con ritmi di apprendimento più lenti, rendendo ad essi sempre più difficile migliorare la loro posizione nelle varie graduatorie. Oppure ci sono docenti che guardano con maggiore benevolenza i «propri» studenti, quelli che li seguono con maggiore interesse o con maggiore compiacenza. Ci sono modi di essere degli studenti che intercettano il consenso dei docenti, a prescindere dal loro effettivo livello di competenze. In altri termini, ogni forma di esame, accanto a indubbi aspetti positivi, rivela ogget-

tive carenze, sintetizzabili in tre aggettivi: incompleto per quanto attiene i contenuti e le competenze messe alla prova; autoreferenziale, per docente e studente, per quanto attiene alla *performance* dello studente nel momento dell'esame stesso; mutevole per quanto attiene alla correlazione con i risultati già conseguiti o conseguibili in esami successivi.

Solo da pochi anni in Italia si sta diffondendo una cultura valutativa attenta a specifiche esigenze, che vanno oltre l'esclusivo impianto teorico, per includere anche le competenze cliniche e organizzativo-gestionali, indispensabili per la soluzione effettiva dei problemi presentati dal paziente. I docenti abitualmente si concentrano sulla valutazione delle competenze cliniche, attraverso la soluzione di casi-problemi strutturati *ad hoc*. Più raramente cercano di dare una valutazione integrata della preparazione dello studente, superando sia gli steccati disciplinari, che i possibili steccati di natura relazionale. I famosi corsi integrati, invece di dare vita a un unico esame multidisciplinare aiutando lo studente a fare sintesi tra saperi affini, si sono spesso risolti in una sommatoria di micro-esami con una valutazione finale di tipo aritmetico. In molte facoltà si nota, però, un fermento di sperimentazione metodologica, che cerca di diffondere tra i docenti nuovi modelli di esame, che vanno dall'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) alle griglie di osservazione, dai test con domande a scelta multipla (DSM) a quelli con risposta breve aperta (SQ); dal coinvolgimento di pazienti veri all'ipotesi di pazienti standardizzati; dall'osservazione diretta delle performance comunicative, alla videoregistrazione. Si assiste, in altri termini, alla diffusione di un atteggiamento ispirato ai principi della *Best Evidence Medical Education*.

Ma sperimentare nuovi modelli di esame presuppone anche la possibilità di sperimentare nuove modalità didattiche per consentire

agli studenti di familiarizzarsi prima con modelli didattici innovativi per essere valutati su obiettivi diversamente formulati e programmati. Una delle difficoltà che gli studenti lamentano con maggiore frequenza davanti al cambiamento dei modelli di valutazione è quella che riguarda la scarsa possibilità di sperimentarli in anticipo, soprattutto quando dai nuovi modelli di valutazione dipende il loro futuro professionale. In altri termini, c'è un'etica della valutazione che impone di comunicare agli studenti, soprattutto nel caso di valutazioni selettive, l'esatta modalità della prova, sia che si tratti di accedere al corso di laurea in medicina e chirurgia sia che si tratti di accedere subito dopo alle scuole di specializzazione. Nel primo caso sono oltre venti anni che i test di ammissione hanno dato vita a una miriade di iniziative di preparazione agli esami di accesso, con una produzione di testi abbondante e di discreta qualità, ma anche con un sistematico ricorso ai TAR. E molto spesso i TAR hanno dato loro ragione. Nel caso delle scuole di specializzazione i livelli di ansia scatenati dalla graduatoria nazionale e dal numero insufficiente di borse di studio non hanno ancora incontrato le risposte necessarie per ottenere dalle istituzioni risposte soddisfacenti. D'altra parte, la richiesta di cambiare le modalità di esame per le scuole di specializzazione è venuta in grandissima misura proprio su sollecitazione degli specializzandi di molti corsi di laurea sparsi per tutta l'Italia, che lamentavano un approccio clientelare tutt'altro che meritocratico e in alcuni casi perfino umiliante e ricattatorio nei loro confronti.

È necessario monitorare in modo rigoroso i livelli di competenza effettivamente e progressivamente raggiunti dagli studenti per farne la piattaforma del processo di miglioramento della loro qualità professionale. Il noto aforisma «*Assessment drive learning*» rappresenta una volta di più un riferimento importante nella progettazione didattica e

nel monitoraggio della qualità formativa. L'obiettivo più interessante resta comunque il cambiamento che può prodursi negli studenti quando si sentono esposti a nuove sollecitazioni e si concentrano sul proprio stile di apprendimento e di lavoro. Conoscere i modelli di valutazione con cui saranno misurate le proprie performance aiuta a prevedere come passare dall'auto-percezione della propria preparazione a una valutazione oggettiva, per attivare un processo che consenta di migliorare sia i risultati ottenuti che la consapevolezza della propria competenza. Non basta sollecitare gli studenti a migliorare in modo quasi meccanico i propri risultati attraverso una sorta di addestramento ripetitivo. Una buona valutazione aiuta a far riflettere sugli errori e sulle strategie di soluzione, per fare leva su aspetti di meta-competenza necessari per modificare il proprio stile di apprendimento attraverso un apprendimento critico, capace di individuare con prontezza il problema, per valutare pro e contro delle soluzioni possibili e scegliere di conseguenza. Il vero problema è l'assoluta insufficienza del numero dei contratti di formazione rispetto al numero dei laureati in medicina e chirurgia che concorreranno in sede nazionale.

Il presente disegno di legge cerca di definire come un tutto unico l'*iter* formativo del medico chirurgo, cominciando dalle modalità di ammissione al corso di laurea, per concludersi con la sua specializzazione. In Italia c'è bisogno di medici e di medici specialisti, capaci di affrontare la complessità dei problemi dei pazienti con una visione fortemente integrata. In questa logica vanno viste anche le nuove modalità di accesso alle scuole di specializzazione con la graduatoria nazionale. La formazione di base del futuro medico va intesa come un unico processo in due tempi: il corso di laurea e la scuola di specializzazione. Per questo sia il numero degli iscritti che la tempistica dei due corsi devono essere strettamente coordi-

nati per evitare che in un ciclo di formazione lungo e complesso si crei un'inutile dispersione di tempo e soprattutto per evitare che i laureati in medicina e chirurgia non possano completare la loro formazione con l'opportuna specializzazione. Il disegno di legge scaturisce dunque dalla necessità di venire incontro ai due problemi urgenti in questo momento:

a) raccordare il numero degli iscritti al corso di laurea con il numero dei contratti di formazione per le scuole di specializzazione;

b) proporre tempi e modalità di esami con un elevato grado di certezza e di tempestività, soprattutto quando hanno carattere selettivo, come avviene per i due esami di ammissione. Le informazioni dovranno essere pubblicate almeno un anno prima di quando diverranno operative.

Il disegno di legge consta di cinque articoli, ognuno dei quali prende in esame uno dei momenti caratterizzanti dell'*iter* formativo del medico chirurgo: dalla sua iscrizione al corso di laurea alla sua specializzazione.

A) Esame di ammissione: articoli 1 e 2.

Le domande a scelta multipla devono fare riferimento soprattutto alle capacità di ragionamento degli studenti e meno a quelle di tipo mnemonico-nozionistico. Per questo devono porre problemi di carattere logico e vertere sull'interpretazione di brevi testi di

tipo scientifico. Le scuole dovranno investire una parte dei fondi previsti per l'orientamento in questa direzione. L'esame ha carattere nazionale non solo per quanto riguarda i test da affrontare (uguali per tutti) ma anche per la graduatoria nazionale.

B) Esame di abilitazione: articolo 3.

L'esame di abilitazione, strettamente collegato temporalmente all'esame di laurea, conserva le attuali caratteristiche di valutazione delle competenze di tipo clinico e delle conoscenze a «360 gradi» sui grandi temi culturali affrontati nell'arco dei sei anni, sul modello di un *progress test* adattato. La prova scritta, suddivisa in due batterie, verte su domande disponibili nell'ampissimo quizzario del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

C) Esame di accesso alle scuole di specializzazione: articolo 4.

La prima cosa è sganciare il numero dei contratti disponibili dalla legge di bilancio e agganciarlo invece al numero degli studenti iscritti e laureati, che in genere è pari al 90 per cento. La seconda cosa è garantire una effettiva meritocrazia. Gli studenti devono concorrere con la speranza concreta di poter ottenere il posto che desiderano, se lavorano bene e con impegno.

D) Piano di studi: articolo 5.

Stabilisce la durata e il carattere interdisciplinare del piano di studi.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Iscrizione alla facoltà di medicina e chirurgia e titoli di ammissione)

1. L'iscrizione al corso di laurea in medicina e chirurgia prevede il superamento di un esame di ammissione a cui possono accedere tutti gli studenti con titolo di diploma di scuola secondaria di secondo grado o equipollente.

2. Il numero di posti disponibili per l'accesso al corso di laurea in medicina e chirurgia è stabilito ogni anno con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominata «Conferenza Stato-regioni».

3. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con il Ministero della salute e con la Conferenza Stato-regioni, fissa ogni anno il numero di posti disponibili nelle scuole di specializzazione, prevedendo un numero di contratti di formazione pari almeno all'85 per cento dei posti messi a concorso per l'ammissione ai corsi di laurea in medicina e chirurgia.

Art. 2.

(Esame di ammissione)

1. L'ammissione ai corsi di laurea in medicina e chirurgia in lingua inglese si svolge in una data fissata dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, che precede di almeno una settimana gli esami

di ammissione ai corsi di laurea in medicina e chirurgia in lingua italiana. Gli esami di ammissione ai corsi di laurea in medicina e chirurgia delle università statali si svolgono in data stabilita dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, successivamente al superamento dell'esame di maturità. Le università non statali possono fissare una data diversa, che va comunicata al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca almeno un anno prima.

2. Le scuole secondarie di secondo grado, nell'ambito delle iniziative di orientamento previste dal decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2013, n. 128, prevedono concrete opportunità di formazione per gli studenti che desiderano partecipare all'esame di ammissione di cui al comma 1, facilitando incontri e seminari con i docenti dell'area scientifica, sia attraverso la creazione di una piattaforma su cui gli studenti possano esercitarsi nella soluzione delle prove, sia offrendo loro fonti bibliografiche aggiornate.

3. L'esame di ammissione consiste in una batteria di domande a scelta multipla, di tipo logico e scientifico-culturale, coerenti con i programmi previsti dalla scuola secondaria di secondo grado. Le domande proposte agli studenti valutano in particolare la capacità di ragionamento e di interpretazione dei problemi presentati attraverso brevi testi, limitando le domande di tipo nozionistico.

4. All'atto dell'iscrizione all'esame di ammissione il candidato deve indicare l'ordine di preferenza delle sedi universitarie per cui concorre.

Art. 3.

(Esame di abilitazione)

1. Il corso di laurea in Medicina e chirurgia ha carattere abilitante e l'esame di abilitazione può essere sostenuto dopo aver

conseguito la laurea in medicina e chirurgia al termine delle tre sessioni di discussione delle tesi, nella sede accademica del candidato.

2. Agli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo sono ammessi i possessori della laurea in medicina e chirurgia conseguita ai sensi dell'ordinamento previgente alla riforma di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e i possessori della laurea specialistica afferente alla classe 46/S o della laurea magistrale LM-41 in medicina e chirurgia.

3. L'esame di abilitazione di cui al comma 1 consiste in un tirocinio pratico e in una prova scritta:

a) il tirocinio, che può essere svolto durante il sesto anno del corso di laurea in medicina e chirurgia, ha una durata di tre mesi e deve svolgersi per il primo mese presso un reparto di medicina, per il secondo mese presso un reparto di chirurgia e per il terzo mese presso un medico di medicina generale. Il tirocinio previsto presso i reparti di medicina e di chirurgia può essere svolto anche presso strutture ospedaliere, purché convenzionate con l'università. Il medico di medicina generale presso il quale si svolge il tirocinio è scelto dall'università nell'ambito di un elenco di medici di medicina generale accreditati;

b) la prova scritta prevede la soluzione di 80 domande a risposta multipla, divise in due batterie. La prima batteria riguarda le discipline di base e la seconda le discipline cliniche. Le due batterie di domande coprono l'intera gamma delle conoscenze richieste a un neolaureato in medicina e chirurgia alla conclusione del suo *iter* formativo curriculare.

4. Ai fini della preparazione all'esame di abilitazione, il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca rende disponibile nel proprio sito istituzionale una piattaforma che contiene domande a risposta multipla ai

fini della preparazione alla prova scritta di cui al comma 3, lettera b).

Art. 4.

(Esame di accesso alle scuole di specializzazione)

1. Le scuole di specializzazione sono riservate a coloro che hanno conseguito la laurea specialistica in medicina e chirurgia e relativa abilitazione e, limitatamente a specifici indirizzi, ai laureati abilitati di altre discipline. La medicina di base o medicina generale è considerata alta specializzazione e rientra nell'ambito delle specializzazioni di area medica.

2. L'esame di accesso alle scuole di specializzazione di cui al comma 1 è strutturato come un concorso nazionale per titoli ed esami, ai sensi di quanto previsto dal decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 24 febbraio 2014, e si svolge entro il mese di novembre di ogni anno per consentire l'inizio delle attività delle scuole di specializzazione entro il 1^o gennaio dell'anno successivo.

3. Tra i titoli di cui al comma 2 sono compresi:

a) la media aritmetica dei voti degli esami sostenuti durante il corso di laurea e il voto di laurea;

b) gli esami fondamentali del corso di laurea, per un numero massimo di cinque, in rapporto alla tipologia, medica o chirurgica, della scuola di specializzazione scelta, secondo una tabella prefissata dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, in accordo con il Ministero della salute;

c) il titolo di dottorato nei settori scientifico-disciplinari affini alla tipologia della scuola di specializzazione scelta.

4. Gli esami di cui al comma 2 consistono in una prova scritta con 140 quesiti a risposta multipla ciascuno con cinque op-

zioni di risposta su argomenti caratterizzanti il corso di laurea in medicina e chirurgia e su argomenti inerenti i settori scientifico-disciplinari di riferimento delle diverse tipologie di scuola inerenti il concorso. La predisposizione dei quesiti è affidata al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con il supporto tecnico-operativo del Consorzio interuniversitario Cineca.

5. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca rende disponibile nel suo sito istituzionale una piattaforma che contiene domande con risposta multipla ai fini della preparazione alla prova scritta di cui al comma 4. Le domande sono predisposte da un'agenzia esterna al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

6. All'atto dell'iscrizione il candidato deve indicare l'ordine di preferenza della scuola di specializzazione e l'ordine di preferenza delle sedi delle scuole di specializzazione per cui concorre.

7. La presentazione degli specializzandi nelle rispettive sedi scelte è previsto per il 28 dicembre di ogni anno solare. L'inizio delle attività delle scuole di specializzazione è previsto per il 1° gennaio.

8. Le scuole di specializzazione hanno una durata analoga a quella delle rispettive scuole europee, simili per obiettivi, conoscenze, competenze e abilità. I tirocini necessari all'acquisizione di queste competenze possono svolgersi anche presso strutture ospedaliere accreditate, ferma restando la responsabilità dell'università e della direzione della scuola di specializzazione nella valutazione finale del futuro specialista.

9. La Scuola di Medicina generale rientra tra le specializzazioni di area medica e ha le stesse caratteristiche di selezione delle altre specializzazioni. Almeno un terzo dei docenti della scuola di specializzazione è costituito da medici di medicina generale in possesso dei relativi requisiti, fissati dal Consiglio della scuola di specializzazione.

Art. 5.

*(Piano di studi, durata e carattere
interdisciplinare)*

1. La durata del corso di laurea in medicina e chirurgia è di sei anni e comprende un biennio di scienze di base, pari a centoventi crediti, un triennio di scienze cliniche e un anno di tirocinio nelle diverse aree fondamentali per la formazione generale del medico.

2. I tirocini formativi possono essere distribuiti anche nell'arco del triennio clinico purché complessivamente non siano inferiori a sessanta crediti.

3. I docenti curano in modo particolare il carattere interdisciplinare dei diversi corsi e la costante e continua integrazione delle conoscenze teorico pratiche. Particolare rilievo durante i sei anni di corso è dato alla conoscenza della deontologia medica e agli aspetti etici, economici e organizzativi legati alla professione.

€ 1,00