

30 gennaio 2024

Audizione 7^a Commissione del Senato

Disegni di legge nn. 915, 916, 942 e 980

Accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia

Mario Del Vecchio
Università di Firenze
SDA Bocconi

PERCHE' LE POLITICHE DI *NUMERUS CLAUSUS*

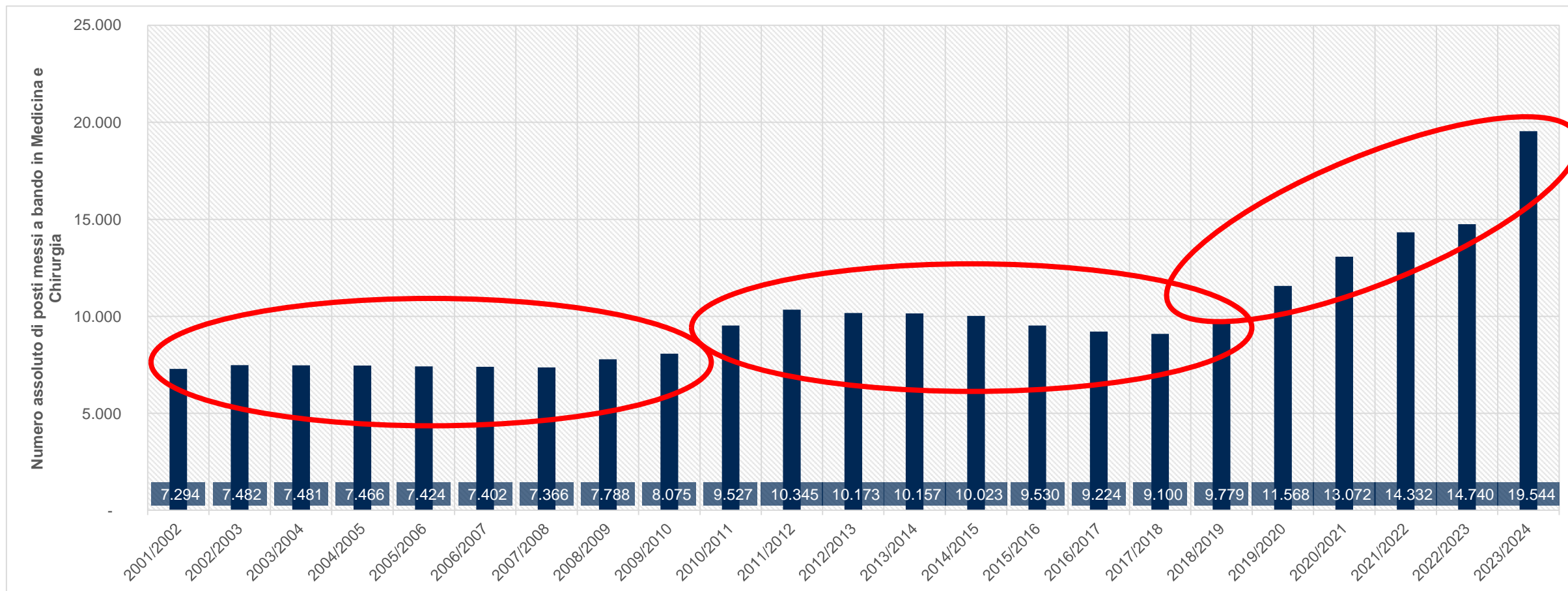


- La necessità di assicurare una qualità adeguata del sistema di offerta rispetto a processi formativi lunghi, complessi e articolati (sapere, saper fare, saper essere)
- I rilevanti investimenti richiesti alla collettività e agli attori coinvolti per sostenere adeguatamente i processi formativi stessi
- Il mantenimento di standard elevati della professione attraverso una adeguata selezione all'ingresso
- Il rischio di un effetto SID (Supply Induced Demand): un sovraconsumo alimentato da un eccesso di offerta di professionisti in cerca di «fatturato»
- Un unico «settore di sbocco» per i laureati

CRITICITÀ SPESSO SOTTOVALUTATE NEL DIBATTITO

- Le decisioni sugli accessi a medicina di oggi producono i loro effetti fra 10 anni, si tratta decisioni *long fuse big bang*. In un'altra prospettiva: i medici a disposizione del sistema nei prossimi 10 anni sono largamente definiti da decisioni già prese.
- Le istituzioni formative non sono fisarmoniche: ogni variazione della capacità produttiva (se si vogliono mantenere certi standard qualitativi) richiede tempo e investimenti adeguati (infrastrutture fisiche, docenti, opportunità di tirocinio)
- La domanda di professionisti e le sue dinamiche dipendono anche dalle risorse messe a disposizione attraverso circuiti diversi
 - risorse pubbliche destinate a strutture pubbliche e private convenzionate (previste in diminuzione rispetto al PIL)
 - risorse private determinate da scelte individuali
- Le scelte sul percorso di medicina vanno anche valutate rispetto ai possibili effetti su altre carriere universitarie e sui bisogni/preferenze della collettività
 - professioni sanitarie (es. carenza infermieristica)
 - professioni e competenze STEM

I MEDICI: LE SCELTE GIÀ FATTE E IL RIMPIAZZO FUTURO



Distribuzione dei professionisti medici per età							
	< 35 anni	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Anno
Totale	23.516	43.474	41.794	74.028	57.145	4.484	2021 EUROSTAT
SSN	6.778	28.834	27.280	36.758	8.603	-	2021 Conto Annuale
Altro	16.738	14.640	14.514	37.270	48.542	4.484	

I MEDICI: LE SCELTE GIÀ FATTE E IL RIMPIAZZO FUTURO

Le uscite nel decennio 32 41

Uscite decennio 32-41			
	totale	SSN	NON SSN
minimo	41.794	27.280	14.514
massimo	64.002	38.307	25.695
intermedio	51.464	30.123	21.341

Le entrate nel decennio 32 41

HP1 Mantenimento livelli attuali

200.000

HP2 Decremento nel decennio fino a 10.000

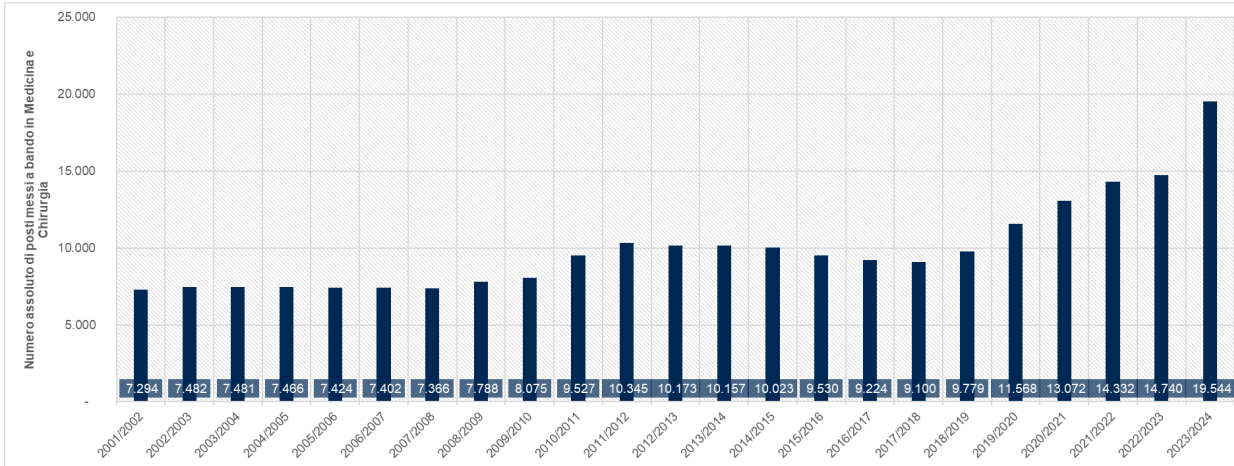
150.000

HP3 Drastica riduzione a 5.000 (per 9 anni)

65.000

- Le differenze tra uscite ed entrate possono trovare compensazione in
 - aumento della densità medica (costoso, in controtendenza con i *benchmark* europei, impatti sullo status)
 - produzione per l'export (da incorporare nelle politiche e nei percorsi, ma destinando risorse pubbliche all'estero)
 - disoccupazione o sotto-occupazione (al termine di investimenti formativi rilevanti)

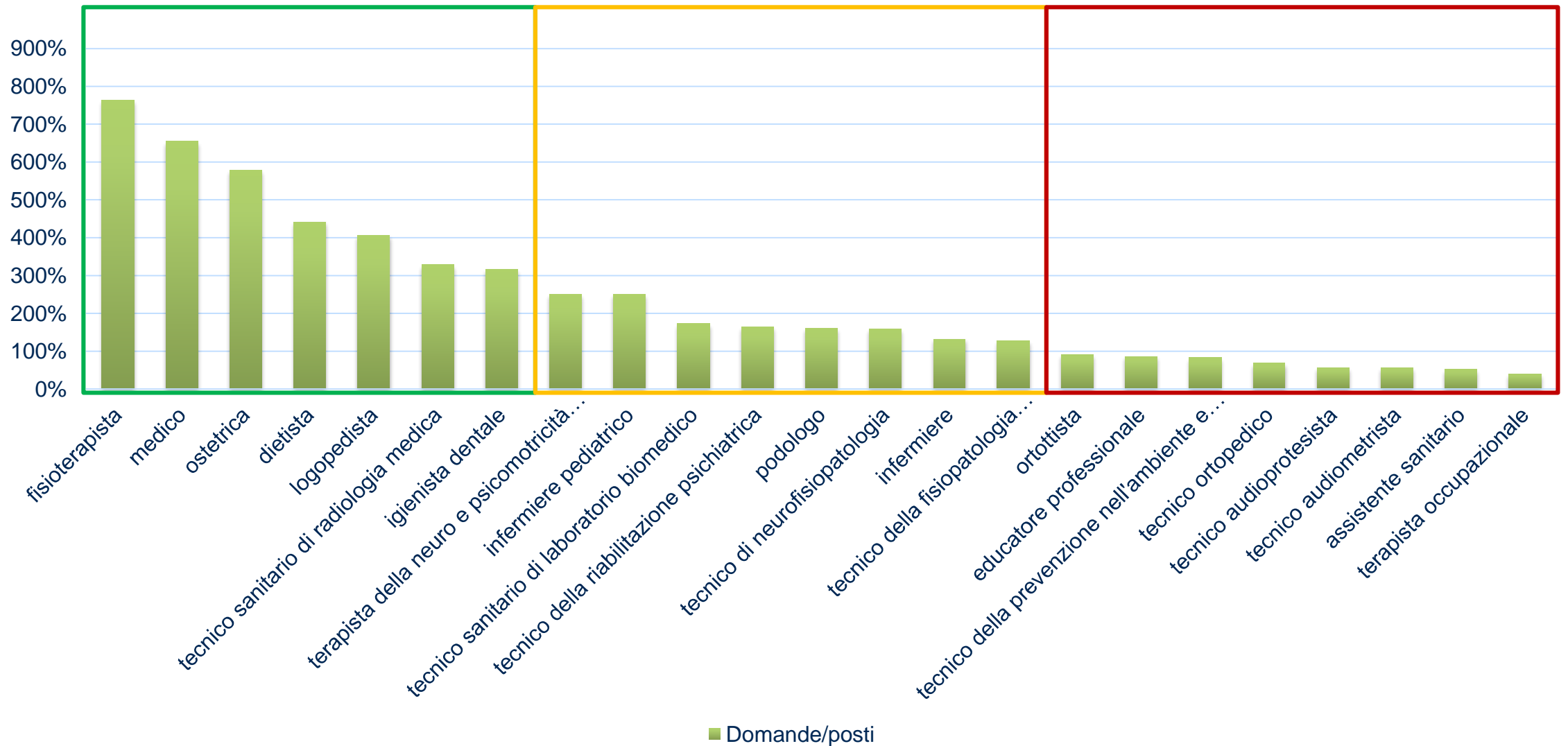
I posti messi a bando



I docenti: una proxy delle risorse a disposizione

	Scienze mediche
2001-02	10.669
2002-03	11.241
2003-04	10.979
2004-05	11.327
2005-06	11.510
2006-07	11.364
2007-08	11.430
2008-09	10.970
2009-10	10.397
2010-11	10.085
2011-12	10.104
2012-13	9.896
2013-14	9.637
2014-15	9.398
2015-16	9.131
2016-17	9.048
2017-18	8.982
2018-19	8.911
2019-20	8.994
2020-21	9.030
2021-22	9.205
2022-23	9.512

LE PREFERENZE DEI GIOVANI E LE INTERDIPENDENZE



RIFLESSIONI PER LA DECISIONE

- Il QUANTO dovrebbe essere preliminare al COME o perlomeno essere contestualmente considerato.
- La messa in discussione del COME è una occasione per un dibattito pubblico (*evidence based*) sul QUANTO (le prospettive che vogliamo offrire a chi si laurea in medicina)
- Affinché le scelte degli individui siano consapevoli e le decisioni pubbliche siano coerenti, la definizione del QUANTO dovrebbe essere esplicitamente ancorata a una delle possibili prospettive:
 - attese delle famiglie e dei giovani (indipendentemente da capacità produttiva e domanda futura di professionisti) => **60/80.000 annui?**
 - capacità produttiva delle strutture formative (da meglio valutare in relazione agli standard qualitativi desiderati e indipendentemente da domanda futura) => **15.000 annui?**
 - domanda (fabbisogno di rimpiazzo) di professionisti nel decennio successivo => **5.000/7.000 annui?**
- Il COME deve temperare
 - equità nei processi di selezione (non è detto che processi più lunghi, l'ipoteca di un anno, siano meno socialmente discriminatori di un test preliminare concentrato)
 - il costo sociale (individui e famiglie) connesso alla esclusione dopo un «pezzo» di anno accademico anche in relazione alle concrete opportunità di recupero dell'investimento fatto (in quali corsi di laurea sufficientemente appetibili è possibile spendere l'investimento fatto)
 - gli effetti (spiazzamento o stimolo) su preferenze e scelte rispetto a corsi di laurea da sostenere, sanitari e non
 - Il diritto allo studio, che però è un diritto a contenuto «economico», e deve cioè essere relazionato alle risorse che la collettività ritiene opportuno dedicargli

UNA PROSPETTIVA RAGIONEVOLE

- Un riorientamento del dibattito pubblico sulle prospettive delle professioni sanitarie e di quella medica in particolare
- Un ridimensionamento, il più rapido possibile, degli accessi a medicina (stiamo già producendo *surplus* futuri)
- Incorporare nei percorsi prospettive occupazionali legate al mercato internazionale
- Migliorare l'attrattività (la distanza) delle altre professioni sanitarie
- Mantenere, con miglioramenti tecnici sostanziali, l'idea di fondo di un test concentrato preliminare alle scelte dei corsi di laurea, favorendo per quanto possibile successivi travasi