

## SALUTE PUBBLICA

## Scarsità d'infermieri e offerta di medici, i nodi della sanità

Giovanni Fattore

La crisi pandemica ha messo in evidenza i limiti delle politiche sul personale sanitario. Le affronto in modo inevitabilmente sommario data la complessità del tema. Primo: l'accesso ai corsi di laurea in medicina. Da diversi fronti si propone l'eliminazione del numero chiuso per aumentare l'offerta di medici. Ritengo che farlo sarebbe un tuffo nel passato, inutile e sostanzialmente sbagliato. L'Italia ha un numero di medici rispetto alla popolazione in linea con quello dei Paesi Ocse, quindi non si tratta di un problema strutturale di lungo periodo. Togliere il numero chiuso rischierebbe di aprire le porte a studenti meno bravi e motivati e di ridurre la qualità della didattica. La forte selezione all'ingresso ai corsi di laurea in medicina garantisce studenti con alte potenzialità e la possibilità ai corsi di laurea di insegnare in classi con pochi studenti, unendo alla formazione frontale attività di tutoraggio e attività pratiche. Inoltre, questa scelta avrebbe effetti solo tra 6 o 7 anni, un tempo troppo lungo.

Un secondo tema sono i medici di famiglia per i quali forti resistenze corporative e scarsa lungimiranza politica e dei tecnici che la supportano, hanno impedito di fare programmazione di lungo periodo e di prevedere anche per loro un percorso specialistico equivalente a quello degli altri medici. La mancanza di scuole di specialità per la medicina di famiglia, lasciando sostanzialmente alle regioni e alle società scientifiche la loro formazione, ha reso la preparazione di questi medici inadeguata e l'attrattività di questa professione limitata. Qui la soluzione è relativamente semplice: istituire le scuole di specialità in medicina generale nelle università, potenziando l'organico con professori adeguati, eventualmente anche tramite politiche di reclutamento sul mercato internazionale. Vi è poi il tema più generale della formazione dei medici specialisti. È qui che si assiste ad un collo di bottiglia in cui l'offerta è scarsa rispetto alla domanda. Anche in questo caso le politiche degli ultimi 20 anni sono state sostanzialmente miopi e per due motivi: da un lato non è stato potenziato il numero delle borse di studio per allargare la platea degli specializzandi, dall'altro, aspetto più grave, non è stata fatta programmazione sulle specifiche specialità creando disequilibri importanti, con scuole di specialità con troppi posti e altre sacrificate. Di questa situazione è principalmente

responsabile il sistema universitario in cui sono prevalsi interessi particolari a scapito di quelli generali.

Infine, ed è forse il tema più importante di tutti, l'Italia ha una dotazione insufficiente di infermieri.

Rispetto agli altri Paesi Ocse, l'Italia registra un basso rapporto tra infermieri e popolazione. Ad esempio, questo rapporto è nel nostro Paese poco più della metà di quello della Germania. Le ragioni di questo deficit sono molteplici: retribuzioni troppo basse (nel pubblico), un sentire collettivo dell'infermiere come un professionista di serie B, la mancanza di una piena consapevolezza del significato di assistenza. Questa situazione può essere affrontata in tempi relativamente brevi (l'accesso alla professione avviene con una laurea triennale) ma a patto di un ripensamento radicale della divisione del lavoro tra medici e infermieri. In sintesi, occorre fare un *upgrading* di entrambi le professioni. I medici dovrebbero fare meno assistenza e più diagnosi e cura, tra l'altro investendo più tempo ed energie per aggiornarsi sul piano tecnico-scientifico, mentre gli infermieri dovrebbero espandere il loro spazio professionale ad ambiti attualmente monopolio dei medici. Faccio un esempio: organizzare l'assistenza domiciliare con frequenti visite da parte di medici è inappropriato e costoso. Questo tipo di assistenza può essere svolta molto meglio da infermieri ben formati che, ovviamente, dovrebbero fare riferimento ai medici per tutto quello che riguarda l'attività diagnostico-terapeutica. Promuovere l'aderenza terapeutica, consigliare la famiglia sulla gestione dei pazienti fragili, fornire indicazioni pratiche sugli stili di vita e, più in generale, costruire un rapporto fiduciario tra sistema sanitario e paziente è un lavoro più coerente con un profilo professionale infermieristico che medico. Ho fatto riferimento al rapporto tra infermieri e medici, ma un discorso analogo vale anche per le altre professioni sanitari: anche per tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, fisioterapisti e tante altre professioni occorre ripensare allo *skill-mix*. Il Pnrr non dovrebbe essere solo una grande operazione immobiliare: è un'occasione concreta per ammodernare il nostro sistema sanitario con riforme pragmatiche e specifiche che assicurino la sostenibilità del Ssn; disegnare ed attuare politiche sul personale è una di queste.

Cergas-Sda, Università Bocconi

© RIPRODUZIONE RISERVATA