

#COVER  
STORY

# Per un'HTA delle competenze

L'acuirsi della carenza di medici specialisti, in particolare in aree critiche come quella dell'emergenza/urgenza, e il recente test nazionale per l'ammissione al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, sono stati occasione per il riaffacciarsi sui media del tema del numero chiuso in questo corso di Laurea

di OTTAVIO DAVINI

**D**a molti anni, tutti coloro che si occupano – seriamente – di sanità pubblica segnalavano la natura precisa del problema: la carenza non di medici, ma di medici specialisti, che avrebbe avuto nel decennio in corso, per ragioni anagrafiche (l'ar-

rivo all'età del pensionamento della generazione "boomer"), il suo apice. Per chiarire questo punto sono sufficienti pochi dati. Il numero di medici per 1000 abitanti in Italia (dati Ocse 2019) è di 4, leggermente superiore alla media Ue (3,8); in Francia sono 3,2. Quindi i medici ci sono. Ne consegue che il problema non è il numero

chiuso. Si può discutere a lungo sulle modalità ottimali di selezione, vedremo se quelle che entreranno in vigore l'anno prossimo si dimostreranno maggiormente efficaci; è certo che l'idea – che come un fiume carsico ogni tanto riemerge – di lasciare le porte aperte all'ingresso al corso di laurea produrrebbe almeno due inevitabili conseguenze: un elevatissimo numero

di studenti che non si laureerà mai (facendo loro sprecare risorse economiche e anni di vita) e un crollo della qualità della formazione (le strutture universitarie non sarebbero in grado di formare adeguatamente una tale massa di studenti).

Passiamo quindi oltre: per lavorare nel Ssn è necessario – giustamente – essere specializzati.

E il problema è esattamente qui: mediamente, negli ultimi dieci anni, si sono laureati in medicina 9-10.000 studenti all'anno. Ma sino al 2015 le borse per gli specialisti erano 5.000. Si è così creato, nel tempo, un imbuto che ha ingrossato le fila dei medici non specializzati e ridotto progressivamente il serbatoio di specialisti necessari per garantire l'inevitabile turn-over anagrafico.

Possibile che nessuno se ne sia accorto? Certo, lo sapevano tutti, ma aumentare le borse di specialità costa (oltre 100.000 di euro a borsa), e la politica con la "p" minuscola guarda



mente a quello che capiterà tra un lustro, quando chi entra in specialità oggi potrà finalmente lavorare nel pubblico.

Nota collaterale: oltre a non avere medici specialisti, in Italia mancano anche gli infermieri: nell'Ue27 sono 8,2 per mille abitanti, in Italia 5,7. Il rapporto infermieri/medici è nell'Eu27 mediamente di 2,3, in Italia 1,4. Tutto questo danneggia entrambe le professioni.

Nell'ultimo biennio il Governo è corso ai ripari: 13.200 borse di specialità nel 2020/21 e 17.400 nel 2021/22: sono numeri importanti, ma c'è da assorbire un enorme "arretrato". Bene, molto bene, si può dire, ma i risultati li vedremo tra 4-5 anni.

**Intanto, su questa vistosa carenza di risorse – che metteva in crisi il Ssn già nel 2019 – si è abbattuta la pandemia.**

Per qualche settimana è sembrato che tutti (dai cittadini ai Presidenti di Regione) comprendessero il ruolo insostituibile del Ssn. Ma la retorica che ha aleggiato nei primi tempi della pandemia si è presto schiantata contro il muro dei fatti.

I cittadini si trovano di fronte servizi sempre

**“Ogni invenzione o tecnologia è un'estensione o un'autoamputazione del nostro corpo, che impone nuovi rapporti e nuovi equilibri tra gli altri organi e le altre estensioni del corpo”. È quanto scrive il sociologo canadese, Marshall McLuhan nel libro “Gli strumenti del comunicare” (sottotitolo originale appunto “The Extension of Man”).**

**In questa prospettiva l'elettricità diventa addirittura un'estensione «globale» del sistema nervoso centrale. Alla base del pensiero di McLuhan (e della cosiddetta Scuola di Toronto, di cui egli, insieme a W. J. Ong, è il maggiore rappresentante) troviamo un accentuato determinismo tecnologico, cioè l'idea che in una società la struttura mentale delle persone e la cultura siano influenzate dal tipo di tecnologia di cui tale società dispone.**

più inadeguati che non rispondono alle più elementari esigenze (anche di dignità); l'accesso alla Pronto Soccorso (spesso inappropriato, anche per carenza di percorsi alternativi funzionali, come le cure domiciliari o la presa in carico territoriale) è visto da molti come l'unica strada per ottenere qualche “attenzione” da parte del sistema. Ma si trovano di fronte un'organizzazione in ginocchio, con vuoti di organico talora impressionanti. E così qualcuno,

ovviamente sbagliando, perde la testa con chi è in prima linea a cercare di sopperire come può alle carenze strutturali.

**Si alimenta così un circolo vizioso, perché il lavoro dei professionisti in quelle condizioni diventa rapidamente insostenibile, e molti gettano la spugna.**

E la china scivolosa prosegue: se alcuni medici si arrendono e cercano una vita professionale più tranquilla, gli organici si prosciugano ulteriormente, e per chi resta i carichi di lavoro e di stress aumentano ancora.

Naturalmente non finisce qui: la medicina di oggi – e a maggior ragione quella di domani – sta evolvendo a un ritmo vorticoso, e le professionalità coinvolte non sono più quelle – ottocentesche – della diade medico-infermiere. Gli ospedali hanno bisogno di molteplici professionalità, come tecnici, biologi, fisici, informatici, ingegneri clinici e gestionali, chimici, farmacisti, psicologi, e altre ancora. Su questo aspetto siamo, per così dire, disattenti. Al contempo la definizione del fabbisogno di specialisti (non domani, né tra cinque anni, ma nei prossimi decenni) dovrebbe essere frutto di

una valutazione molto attenta dei mutamenti – in corso – di molteplici variabili, dal fabbisogno demografico ed epidemiologico, alle nuove tecnologie, in specie l'ia.

Quello che servirebbe è, per dirla con uno slogan, una sorta di Hta delle competenze necessarie nel futuro.

Un grande sociologo come Marshall McLuhan rappresentava la tecnologia come una progressiva estensione del corpo umano, in grado di tradurre un sistema di conoscenza in un altro. Da questa prospettiva, il primo grande patrimonio “tecnologico” del Ssn sono le competenze dei suoi operatori.

Un'ultima cosa, per gli amanti delle soluzioni “privatistiche”: è uscito a luglio su Lancet ([www.thelancet.com/public-health](http://www.thelancet.com/public-health) Vol 7, July 2022, e638) un lavoro di revisione degli effetti sulla salute delle politiche di “outsourcing” in Gb (nel caso dei PS sono i “gettonisti”); traduco dalla sintesi: “L'outsourcing corrisponde a un aumento significativo dei tassi di mortalità prevenibile, come risultato di un calo della qualità dei servizi sanitari.”

Chi governa la sanità (e l'università) dovrebbe sapere tutto questo. E capirlo. O almeno aver l'umiltà di ascoltare i professionisti, che qualche idea ce l'hanno.

**“ LA RETORICA DEI PRIMI TEMPI DELLA PANDEMIA SI È PRESTO SCHIANTATA CONTRO IL MURO DEI FATTI ”**