

PROFESSIONI SANITARIE IN EUROPA: SEMPRE DI PIU', SEMPRE PEGGIO?

Livio Garattini, Antonino Mazzone, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Oggigiorno i sistemi sanitari nei paesi Europei sono sempre più sotto pressione a livello finanziario, quindi sempre più in difficoltà nel fornire una sanità appropriata e razionale alle proprie popolazioni. Infatti, a causa degli sviluppi tecnologici e di una crescente domanda di servizi e prestazioni sanitarie da parte di popolazioni che invecchiano, le spese sanitarie sono in continua crescita. Allo stesso tempo, sta peggiorando la crisi dell'offerta di forza lavoro fra le diverse professioni cliniche, favorita dalla percezione di bassi redditi a fronte di elevati carichi di lavoro. Di converso, in molti paesi si è verificata un'espansione di nuove professioni sanitarie come strumento di risposta per contrastare la crescente carenza di quelle tradizionali.¹

In questa sede proviamo innanzitutto a fare luce sulla controversa tendenza alla crescita delle professioni sanitarie nei Paesi Europei Occidentali. Successivamente, vengono analizzati i principali problemi attualmente esistenti e sottostanti alla crisi della forza lavoro nei sistemi sanitari Europei. Infine, vengono formulate alcune raccomandazioni su come rendere più razionale e gestibile la composizione delle principali professioni sanitarie, rivedendo anche alcuni degli attuali programmi di formazione.

Professioni Cliniche

La più importante professione sanitaria è sempre stata storicamente quella del medico, un ruolo che è considerato cruciale e insostituibile nei paesi sviluppati. Conseguentemente, l'attuale carenza di medici in molti paesi Europei ha sollevato una forte e diffusa preoccupazione a livello politico e sociale.² Sebbene in nazioni come la nostra la carenza di medici sia paradossalmente associata a numeri chiusi per l'accesso alla facoltà di medicina pianificati in modo inadeguato, negando così a molti giovani studenti la possibilità di soddisfare la propria aspettativa di diventare medici, tuttavia la preoccupazione sollevata dalla carenza di medici è oramai diffusa in gran parte

dell'Europa. Fra le possibili cause, vi è la percezione che tale carenza possa essere correlata anche agli insoddisfacenti livelli di reddito dei medici. Indubbiamente, la laurea in medicina è la più lunga fra tutte le facoltà, essendo ovunque di sei anni, con l'eccezione dei cinque anni nel Regno Unito più due di praticantato remunerato.³ Inoltre, la laurea in medicina è abitualmente seguita da almeno quattro anni ulteriori per ottenere una specialità. Di conseguenza, questo lungo periodo da trascorrere prima di un potenziale impiego di lavoro a tempo pieno potrebbe rendere meno attraente la carriera del medico in questo periodo storico.¹ In realtà, un altro percorso peculiare è previsto in Olanda, dove, in linea con il c.d. "modello Bologna" seguito per quasi tutte le altre lauree, anche quella in medicina è stata suddivisa in due fasi: dopo i primi tre anni della laurea breve (in scienze), i neolaureati possono decidere di proseguire i propri studi (come accade nella stragrande maggioranza dei casi) per altri tre anni al fine di ottenere la laurea magistrale (in medicina).⁴

Nel frattempo, in molti paesi Europei la carenza di infermieri è diventata una preoccupazione addirittura superiore a quella dei medici. A prescindere dal fatto che la laurea in scienze infermieristiche sia stata inserita solo a fine anni novanta in nazioni come la nostra,⁵ gli infermieri sono tradizionalmente considerati la professione più importante per l'erogazione di cure sanitarie, integrando il ruolo clinico dei medici sia a livello di assistenza primaria che secondaria. Gli infermieri devono gestire tutte le pratiche di cui necessitano i pazienti, ricorrendo qualora necessario al contributo di altre professioni sanitarie.⁶ Grazie al loro ruolo intermedio, gli infermieri dovrebbero essere i meglio posizionati per stimolare il lavoro di squadra in gruppi multi-professionali. Tuttavia, in alcuni paesi la formazione moderna per le lauree magistrali spinge gli infermieri a diagnosticare, gestire, indirizzare e anche prescrivere farmaci autonomamente qualora necessario, portandoli a sovrapporsi in qualche modo al ruolo dei medici. L'ultima frontiera in questa direzione è rappresentata dal ruolo dell'"infermiere specializzato", importato dalla Nuova Zelanda nel Regno Unito.⁷

I Professionisti Sanitari Alleati (PSA) (un termine mutuato dagli Allied Health Professionals del NHS inglese) sono la terza forza lavoro più ampia in sanità nella maggior parte dei paesi dopo medici e infermieri.⁸ Il numero di questa categoria residuale di professioni può variare molto da un paese Europeo all'altro (ad esempio, 8 in Irlanda, 14 nel Regno Unito e 20 in Italia) e addirittura anche nello stesso paese (ad esempio, fra le quattro nazioni nel Regno Unito), conducendo a qualche incertezza sulla responsabilità organizzativa di questi ruoli a livello locale.⁹ Sebbene le tipologie di professioni incluse varino ampiamente (ad esempio, tecnici di laboratorio, terapisti dentali, dietisti, osteopati, terapisti musicali e d'arte), l'OMS ha promosso in tempi recenti la formazione dei PSA come strategia prioritaria per compensare la carenza crescente di medici e infermieri.¹⁰ Ancor più di recente, un ruolo molto dibattuto nel Regno Unito è stato quello dell'associato/assistente medico (AM, Physician Associate/Assistant), un professionista con una laurea triennale abitualmente (ma non

sempre) in materie scientifiche e due anni di formazione addizionale in sanità per conseguire la laurea magistrale.¹¹ La preoccupazione principale sollevata dall'operato degli AM è che devono essere sempre supervisionati e non possono nemmeno occasionalmente sostituire medici e infermieri onde evitare errori clinici potenzialmente pericolosi. Sebbene senza definire esplicitamente i confini del loro operare, il reclutamento degli AM nel Regno Unito è stato incentivato come un'ulteriore soluzione alla crisi della forza lavoro clinica nei primi anni 2000 e il loro successo è stato dovuto anche ai risparmi di costo complessivi indotti nel NHS.¹ Successivamente, le opportunità di impiego degli AM sono state valutate anche in altri paesi Europei come Francia e Irlanda. Diversamente dal Regno Unito, il ruolo degli AM è stato strettamente regolamentato in Francia al momento della sua introduzione nel 2019, permettendo loro di svolgere soltanto compiti di carattere amministrativo (ad esempio, registrazione degli atti medici e coordinamento degli appuntamenti con altri professionisti sanitari) e procedure cliniche molto basiche (ad esempio, avvio di terapie infusionali, misurazioni della temperatura corporea e della pressione arteriosa) al fine di alleviare la pressione sui clinici.¹ Peraltro, è tuttora difficile trovare una risposta precisa alla domanda su quale sia il valore aggiunto che gli AM possono apportare in un gruppo multidisciplinare a quello dei ruoli professionali già esistenti.

Criticità

Vi sono alcuni problemi importanti che vanno chiariti onde evitare qualsiasi confusione sulle attuali strategie messe in atto nei sistemi sanitari Europei per aumentare i professionisti sanitari in modo tale da contrastare la crescente carenza di forza lavoro di clinici.

Innanzitutto, il peggioramento della crisi della forza lavoro nei sistemi sanitari Europei potrebbe talvolta riflettere il crescente problema del doppio lavoro praticato da molti clinici che operano in tali sistemi (soprattutto da parte dei medici). Quand'anche legalmente autorizzata, qualsiasi forma di doppio lavoro solleva inevitabilmente conflitti di interesse finanziari e può soltanto danneggiare l'etica medica.¹² Inoltre, come ci insegna l'economia aziendale, è abbastanza paradossale trovare un datore di lavoro che permetta ai suoi dipendenti di lavorare contemporaneamente per la concorrenza (ad esempio, medici pubblici in ospedali privati); e, ancora più peculiare, di permettere loro di fare soldi in privato con la sua clientela durante il loro tempo libero (ad esempio, medici pubblici nei propri ambulatori).

In secondo luogo, l'organizzazione della forza lavoro in sanità è abbastanza particolare, a causa della maggiore influenza che i professionisti sanitari di base che erogano direttamente le cure hanno sui processi decisionali quotidiani.¹³ Conseguentemente, un approccio gerarchico "stile esercito" non è raccomandabile in sanità ed è più probabile che i cambiamenti nella pratica clinica abbiano maggior successo tramite strategie

manageriali “dal basso verso l’alto” piuttosto che “dall’alto verso il basso”.⁶ Quindi, un numero crescente di professioni sanitarie e di specializzazioni potrebbe compromettere la creazione di gruppi di lavoro multiprofessionali e scoraggiare lo scambio di conoscenze interprofessionali, ovvero le strategie più efficaci per migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati.

Infine, vale la pena ricordare che l’attività clinica viene solitamente considerata una missione professionale volta alla cura dei pazienti piuttosto che un lavoro comune.⁶ Quindi, un approccio positivo di piena e fattiva collaborazione dovrebbe divenire costantemente un punto di forza aziendale dei servizi sanitari. Lavorare insieme in posti di lavoro integrati e non eccessivamente influenzati dal comportamento dei singoli individui dovrebbe costituire il comportamento più produttivo e soddisfacente per i professionisti sanitari. Sforzandosi tutti di combinare le parti esistenti per formare un insieme il più possibile unitario, il vantaggio più grande dovrebbe essere quello di fornire un’assistenza veramente orientata al paziente grazie a uno spostamento da un approccio al singolare basato sull’Io a uno al plurale fondato sul Noi. Al contrario, è assai probabile che un numero crescente di lauree e specializzazioni in professioni sanitarie favorisca la frammentazione piuttosto che l’integrazione nell’ambito dei sistemi sanitari, contribuendo anche a creare lacune di conoscenza individuali che potrebbero aumentare nel lungo periodo gli errori clinici e peggiorare la qualità delle cure.¹⁴ Un esempio emblematico è costituito dall’eccesso di offerta di specialità mediche iperspecialistiche in Europa, principalmente indotta da interessi accademici autoreferenziali che hanno generato anche un numero impressionante di associazioni mediche e società scientifiche (ad esempio, circa 400 in Italia), spesso in competizione l’una con l’altra per acquisire potere e importanza.

Raccomandazioni principali

Alla luce della situazione attuale piuttosto confusa, di seguito vengono avanzate alcune raccomandazioni per rendere più razionale la composizione futura delle professioni sanitarie, senza alcuna pretesa di esaustività.

Innanzitutto, i sistemi sanitari Europei dovrebbero contrastare la crisi crescente della forza lavoro, vietando la “doppia pratica” a tutti i propri professionisti sanitari (a partire dai medici), che inevitabilmente diminuisce il loro contributo lesinando sulle ore di lavoro e quindi può sopravvalutare le carenze dei sistemi sanitari stessi. Parimenti chiaro che la pratica delle professioni sanitarie non dovrebbe comportare sacrifici illimitati e meriterebbe una remunerazione piuttosto generosa in una società moderna e sviluppata, con stipendi nazionali ancorati a un parametro comune in tutti i paesi Europei (ad esempio, il reddito medio nazionale per lavoratore dipendente). Visti i ritmi di lavoro conseguenti ai gravosi impegni, si potrebbe prevedere anche il pensionamento anticipato per le professioni più stressanti e a alto rischio di burnout.

In secondo luogo, tutto il personale clinico già formato dovrebbe essere posto allo stesso livello gerarchico, analogamente a quanto accade in ambito ospedaliero nel NHS inglese, dove non esistono medici primari e infermiere caposala e i pazienti ricoverati vengono semplicemente suddivisi per responsabilità clinica. Inoltre, si dovrebbe incoraggiare nei limiti del possibile la rotazione del lavoro di tutti i professionisti sanitari per favorire l'integrazione all'interno delle organizzazioni dei sistemi sanitari nazionali. Una volta razionalizzata la lista essenziale delle professioni sanitarie, a lungo andare questo approccio organizzativo dovrebbe contribuire anche a limitare il burnout e il disagio professionale.

In terzo luogo, il numero di società scientifiche e associazioni professionali dovrebbe essere drasticamente ridotto a livello nazionale. Si potrebbe facilmente ottenere questo risultato consentendo ai clinici che hanno un contratto di lavoro nel proprio sistema sanitario di iscriversi esclusivamente alle associazioni nazionali della propria professione. Inoltre, si dovrebbe determinare a livello Europeo un elenco delle professioni sanitarie strettamente essenziali (lauree magistrali incluse). Infatti, è assai importante distinguere quali sono le professioni sanitarie essenziali e quindi strettamente necessarie per il funzionamento dei sistemi sanitari da quelle che possono magari essere rilevanti in altri campi, ma non indispensabili per un'erogazione esaustiva dei servizi sanitari. Le prime potrebbero essere considerate materia di regolamentazione in ambito UE per renderle necessariamente disponibili a livello nazionale, non influenzabili da scelte accademiche discrezionali e possibilmente sostenute da un finanziamento pubblico per migliorarne la qualità dell'offerta di formazione e le opportunità di lavoro nei sistemi sanitari nazionali. Inoltre, si potrebbe prendere seriamente in considerazione una riduzione a cinque anni della laurea in medicina in tutti i paesi Europei; un'opzione resa plausibile soprattutto diminuendo alcuni esami nei primi tre anni. Allo stesso modo, si potrebbe prevedere una revisione rilevante delle lauree magistrali in scienze infermieristiche, con una specializzazione in campi specifici al posto dei tanti corsi di laurea attuali per PSA. Infine, si potrebbe pianificare anche un passaggio a una laurea medica della durata di 4 anni per gli infermieri già in possesso di laurea triennale che vogliono diventare medici, come già avviene in alcune università inglesi.¹⁵

C*oncludendo, riteniamo sia giunta l'ora di aprire un serio dibattito su come rendere più razionale la composizione delle professioni sanitarie nei sistemi sanitari Europei, nella speranza che tale confronto porti al risultato finale di un elenco comune di professioni essenziali nell'Unione Europea.*

BIBLIOGRAFIA

1. McKee M, Vaughan LK, Russo G. A contentious intervention to support the medical workforce: a case study of the policy of introducing physician associates in the United Kingdom. *Hum Resour Health*. 2025;23(1):4.
2. Lorkowski J, Jugowicz A. Shortage of Physicians: A Critical Review. *Adv Exp Med Biol*. 2021;1324:57-62.
3. Badinella Martini M, Garattini L, Nobili A, Mannucci PM. Why so many different specialty training programmes in general practice in Europe? *Intern Emerg Med*. 2022;17(7):1851-4.
4. de Beaufort AJ, de Goeij AFPM. Academic and scientific education in medical curricula in the Netherlands: a programme director's view. *Perspect Med Educ*. 2013;2(4):225-9.
5. Garattini L, Padula A. Clinical Governance in Italy: 'Made in England' for Import? *Appl Health Econ Health Policy*. 2017;15(5):541-4.
6. Garattini L, Badinella Martini M. Modeling European health systems: an ideal chain of services. *Eur J Health Econ*. 2024;25(2):189-92.
7. Carryer J, Adams S. Valuing the paradigm of nursing: Can nurse practitioners resist medicalization to transform healthcare? *J Adv Nurs*. 2022;78(2):e36-e38.
8. Etty S, Snaith B, Hinchcliffe D, Nightingale J. The Deployment and Utilization of the Allied Health Professions Support Workforce: A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:2251-69.
9. Eddison N, Healy A, Darke N, Jones M, Leask M, Roberts GL, Chockalingam N. Exploration of the representation of the allied health professions in senior leadership positions in the UK National Health Service. *BMJ Lead*. 2024;8(2):119-26.
10. Burbage AK, Pace AA. A scoping review of international allied health professions escape room practices and scholarship. *Med Teach*. 2025;47(1):83-98.
11. Greenhalgh T, McKee M. Physician associates and anaesthetic associates in UK: rapid systematic review of recent UK based research. *BMJ*. 2025;388:e084613.
12. Garattini L, Badinella Martini M. Modeling European health systems: a theoretical exercise. *Eur J Health Econ*. 2023;24(8):1249-52.
13. Nilsen P, Seing I, Ericsson C, Birken SA, Schildmeijer K. Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):147.
14. McKee M, Correia T. The Future of the Health Professions: Navigating Shortages, Imbalances, and Automation. *Int J Health Plann Manage*. 2025;40(2):289-92.
15. Geary U, McKee M, Petty-Saphon K. Mind the implementation gap: a systems analysis of the NHS Long Term Workforce Plan to increase the number of doctors trained in the UK raises many questions. *Br Med Bull*. 2024;150(1):1-10.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".