

## CAPITOLO 3b

### Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Di Luca V. <sup>1</sup>

#### 3b.1. Introduzione

La pianificazione del personale costituisce una leva strategica di gestione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Una pianificazione efficace necessita del supporto di previsioni affidabili basate su dati robusti che consentano di quantificare eventuali *gap* futuri di personale e porre in essere le azioni opportune per prevenirli. In Italia la leva di programmazione concretamente utilizzata per pianificare le risorse umane in sanità, in pratica, è stata quella del confronto su base puramente demografica tra le proiezioni del numero di operatori sanitari formati (offerta) e quello della popolazione di riferimento (domanda), con scarsa attenzione all'evoluzione della domanda.

A seguire si analizzano congiuntamente le varie dimensioni del problema, per contribuire al dibattito sulla quantificazione delle risorse umane prospettivamente necessarie per il SSN.

#### 3b.2. Il Personale del SSN

Nel Febbraio 2021 il Ministero della Salute ha pubblicato il rapporto annuale sul personale del SSN relativo all'anno 2018. Il *report* ha l'obiettivo di descrivere il quadro generale sul personale che opera nel mondo della sanità, affrontando sia il punto di vista puramente numerico che quello demografico.

Il SSN inquadra il personale in cinque macrocategorie: personale medico, infermieristico, tecnico sanitario, con funzioni riabilitative e dedicato a vigi-

lanza ed ispezione. Dalla comparazione dei rapporti relativi al 2017 ed al 2018 emerge che nel biennio considerato il personale è passato da 685.521 a 685.157 unità, con una flessione globale di 364 unità (- 0,05%). La riduzione più importante è individuabile nelle unità di personale assunte a tempo determinato: - 1.614 unità, corrispondenti ad una riduzione del - 4,5%. Tale riduzione è stata solo parzialmente compensata dal ricorso a forme di contratto a tempo indeterminato, che vedono un incremento di 1.275 unità (+ 0,20%).

Nel biennio di riferimento, il numero totale dei Medici di Medicina Generale è passato da 42.509 a 42.987 unità, corrispondente ad una diminuzione in termini assoluti di 478 risorse pari al 1,1% della forza lavoro.

Al contempo, si apprezza anche una diminuzione complessiva del personale medico direttamente alle dipendenze del SSN pari a - 532 unità (- 0,4%).

Per quanto attiene invece al personale infermieristico, al 31 Dicembre 2018 risultano attive presso le strutture del sistema sanitario nel suo complesso 331.605 unità, in aumento di 4.224 unità rispetto al dato 2017 (+ 1,3%). Tale numero comprende sia il personale impiegato presso le ASL, le aziende ospedaliere ed universitarie, gli IRCCS che quello relativo alle case di cura e ad altre strutture equiparate al pubblico. A differenza di quanto rilevato per il personale medico, nel biennio considerato il saldo del personale infermieristico lavorativamente attivo nel settore pubblico è positivo e pari a 2.709 unità (+ 0,9%).

In sintesi, nel pubblico, nel periodo 2017-2018 il

<sup>1</sup> Ingegnere Medico

numero di infermieri è aumentato con un tasso pari a 0,9% mentre il numero di medici è diminuito dello 0,44%.

La vera questione rimane quella dell'adeguatezza degli organici. Si consideri che a livello internazionale, in termini di numero di medici che praticano attivamente la professione, il nostro Paese, secondo i dati OECD, è in cima alle graduatorie europee: nel 2018 operano in Italia 4,06 medici per 1.000 abitanti contro 3,17 in Francia ed i 2,84 nel Regno Unito. La Spagna ha un valore simile all'Italia (4,0), mentre in Germania si registrano 4,3 medici per 1.000 abitanti. Diverso il caso del personale infermieristico attivo per il quale, all'opposto, nel nostro Paese si registra un tasso molto inferiore alla media europea. Nel 2018 in Italia operano 5,5 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,8 del Regno Unito, i 10,8 della Francia ed i 13,2 della Germania. Solo la Spagna si attesta a un tasso simile al nostro, pari a 5,8 ogni 1.000 abitanti.

**Tabella 3b.1. Numero di medici ed infermieri per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 75. Differenza tra Italia e media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna**

	Italia	Media FR, DE, UK, ES	Differenza tra IT e media FR, DE, UK, ES	Numeri assoluti
Numero di medici per 1.000 abitanti	4,06	3,58	+0,48	+28.981
Numero di medici per 1.000 abitanti over 75	35,06	37,52	-2,46	-17.189
Numero di infermieri per 1.000 abitanti	5,49	9,42	-3,93	-237.282
Numero di infermieri per 1.000 abitanti over 75	47,45	97,55	-50,1	-350.074

Fonte: elaborazione su dati OECD *Health at a Glance 2019* - © C.R.E.A. Sanità

Il Capitolo 3b del precedente rapporto CREA (XVI Edizione, Gennaio 2021) fornisce un approfondimento in merito, contestualizzando l'analisi. In sintesi, si osserva come l'Italia, pur dimostrando un buon livello di assistenza, dimostrato da una delle più alte speranze di vita in Europa, sia contraddistinta da alcune criticità: la più significativa è l'età media del

personale medico, che è la più elevata tra i principali Paesi del Mondo (secondo il rapporto sulla Sanità dell'OECD *Health at a Glance 2019*, ha più di 55 anni il 55% dei medici italiani).

In particolare, vale la pena confrontare il numero di medici ed infermieri italiani rapportati alla popolazione totale ed alla popolazione *over 75*, con la media dei rispettivi valori di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna (Tabella 3b.1.).

Rispetto alla media dei Paesi europei considerati, e riferendoci alla popolazione nel suo complesso, l'Italia presenta un potenziale *surplus* di 0,48 medici ed un *gap* di - 3,93 infermieri ogni 1.000 abitanti. Come si evince dai risultati in tabella 3b.1., il *surplus* di medici si traduce in un'eccedenza di quasi 29.000 unità mentre il *gap* di infermieri si traduce in una carenza di oltre 237.000 unità di personale.

Ripetendo le analisi con riferimento alla sola fascia *over 75*, che è in continua crescita per effetto della scarsa natalità e l'allungamento dell'aspettativa di vita, il numero di medici ogni 1.000 abitanti *over 75* risulta essere inferiore rispetto a quello della media dei Paesi europei considerati e, a maggior ragione, quello degli infermieri: allo stato attuale, mancherebbero all'appello più di 17.000 medici e 350.000 infermieri.

### 3b.3. Considerazioni sul Personale Medico

Si ribadisce che, per quanto riguarda il personale medico, le due simulazioni (su popolazione totale e *over 75*) portano a risultati diametralmente opposti: nel primo caso si riscontra un esubero di 28.981 unità; nel secondo caso, un *deficit* di 17.189 unità.

Considerato dunque che secondo il rapporto sulla Sanità dell'OECD *Health at a Glance 2019* ha più di 55 anni il 55% dei medici italiani e riprendendo la simulazione proposta nel Capitolo 3b del precedente rapporto C.R.E.A., è possibile affermare che in una proiezione a 10 anni saranno sicuramente almeno 133.000 i medici in età pensionabile. Supponendo dunque di dilazionare in 10 anni tale flusso in uscita di medici dal SSN con quota costante

e pari a 13.300 medici/anno, e volendo assorbire la decima parte della quota totale di medici in *surplus* (28.981/10 anni), ci troveremmo a dover colmare un saldo negativo annuale pari a 10.400 medici.

Aggiornando la simulazione e riferendola alla popolazione *over 75*, allo stato attuale mancherebbero all'appello 17.189 unità di personale medico. In questo caso sarà necessario rivedere la quota di medici che devono entrare nel sistema sanitario nazionale, dovendo coprire in primis le uscite per pensionamento - 13.300 unità/anno - ed in seconda istanza il *gap* rispetto alla media dei Paesi presi in considerazione. Al minimo, bisognerebbe intervenire garantendo poco più di 15.000 ingressi di personale medico per anno. Le stime appena esposte sono peraltro sottostimate, considerando la dinamica demografica, e in particolare l'invecchiamento, che fa crescere rapidamente il numero di *over 75*.

Per l'anno accademico 2021/2022 si vede come le occorrenze derivanti dai due scenari, 10.400 unità nel primo caso contro le circa 15.000 unità necessarie tenendo conto della sola fascia *over 75*, siano più che superate dal numero attuale di borse di specializzazione in Medicina e Chirurgia finanziate dallo Stato. Sono infatti 17.400 le borse messe a di-

sposizione: l'aumento ulteriore di 4.200 contratti sui 13.200 inizialmente previsti è stato possibile grazie a quanto previsto nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e per rispondere ai fabbisogni segnalati dalle Regioni e dalle Province Autonome.

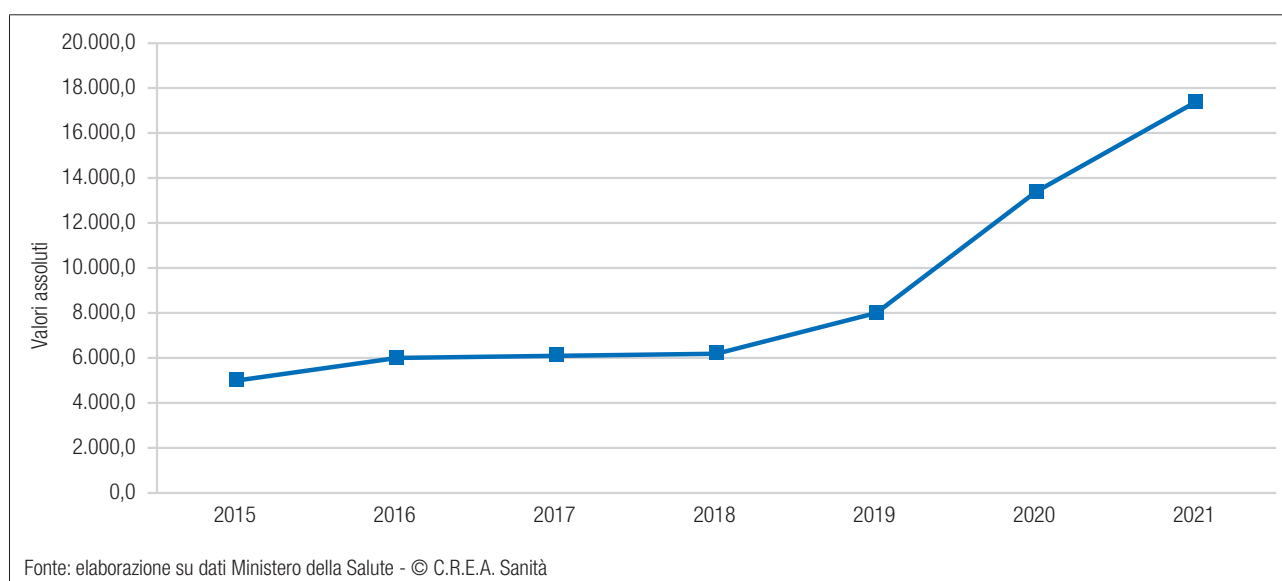
Negli ultimi anni, il numero delle borse di specializzazione finanziate dallo Stato è stato in costante crescita, passando dalle 5.000 del 2015 alle 13.400 del 2020 per toccare il massimo di 17.400 di questo anno accademico (Tabella 3b.2.).

**Tabella 3b.2. Borse di specializzazione in medicina e chirurgia**

Anno	Borse di specializzazione	Variazione assoluta rispetto anno precedente	Variazione percentuale rispetto anno precedente
2015	5.000	--	--
2016	6.000	+1.000	20,00%
2017	6.105	+105	1,75%
2018	6.200	+95	1,56%
2019	8.000	+1.800	29,03%
2020	13.400	+5.400	67,50%
2021	17.400	+4.000	29,85%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

**Figura 3b.1. Numero di borse di Specializzazione in Medicina**



### 3b.4. Considerazioni sul Personale Infermieristico

Per quanto riguarda il personale infermieristico, in entrambe le simulazioni si riscontra un importante *deficit* che va da un minimo di 237.282 unità ad un massimo di 350.074, a seconda delle fasce di popolazione in esame. Nell'ultimo caso il valore è sottostimato, così come già sottolineato riguardo al personale medico, considerando il *caveat* relativo all'invecchiamento della popolazione.

Secondo il rapporto del Ministero della Salute “// *Personale del Sistema Sanitario Italiano 2018*” ha più di 55 anni il 24,8% degli infermieri italiani. Proiettando dunque a 10 anni, possiamo sicuramente affermare che entro il 2028 raggiungeranno l'età pensionabile 82.238 infermieri. In questo caso, volendo coprire le uscite per pensionamento (8.224 unità/anno) e colmare il *gap* rispetto alla media dei Paesi EU considerati, bisognerebbe intervenire garantendo 31.952 ingressi di personale infermieristico per anno nello scenario in cui il numero di infermieri è calcolato sulla popolazione totale e ben 43.231 nel caso in cui il numero di infermieri è calcolato sulla fascia di popolazione *over 75*.

In definitiva, risulta evidente come le considerazioni sul numero dei medici in eccesso o in difetto necessitino di ulteriori approfondimenti, ma sembra chiara e prioritaria l'esigenza di intervenire in modo deciso sugli ingressi del personale infermieristico, di gran lunga sottodimensionato.

Per comprendere ancora più a fondo l'entità del problema, basti pensare che per l'ingresso a numero chiuso alla facoltà di scienze infermieristiche per l'anno accademico 2021/2022 si è registrato un aumento di 1.417 unità (+ 8,9%) rispetto al 2020, grazie alla messa a disposizione di 17.394 posti che però corrisponde al 26% in meno rispetto a quelli definiti dalla Conferenza Stato-Regioni del 4 Agosto 2021: in principio infatti l'accordo faceva riferimento a 23.719 posti per gli infermieri, una cifra sicuramente più in linea con le simulazioni che tengono conto del *gap* rispetto alla media dell'Unione Europea (EU) ed ai pensionamenti.

Inoltre, a contribuire negativamente alla risoluzio-

ne di un problema così complesso c'è un ulteriore fattore che si somma a quello economico. Ovvero, volendo provare a colmare il *gap*, lo Stato non solo dovrà preventivare una maggior spesa relativa al costo del personale ma dovrà anche sincerarsi che la capacità produttiva degli Atenei sia in linea con tale obiettivo. Infatti, come confermato dal Ministero della Salute durante l'interrogazione a risposta immediata in commissione Affari Sociali alla Camera (riferimento 5/06842) del 13/10/2021, per il corrente anno accademico la capacità formativa degli atenei italiani non si è rivelata sufficiente a coprire interamente il fabbisogno determinato con l'accordo tra il governo, le regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano. Per questa ragione, dal fabbisogno espresso pari a 23.719 unità, in ragione della capacità formativa degli atenei, i posti effettivamente resi disponibili sono stati pari a 17.394 unità. Durante l'interrogazione si conferma inoltre che il Ministero della Salute si è prontamente attivato con il MUR (Ministero dell'Università e della Ricerca) per la costituzione di un tavolo, con il coinvolgimento di tutte le parti interessate, al fine di giungere alla definizione di una congrua e condivisa programmazione degli accessi ai corsi di laurea e per garantire che l'offerta formativa, in termini di risorse, docenti e strutture, possa effettivamente adeguarsi alle nuove esigenze manifestatesi nel corso del tempo.

In ogni caso, volendo guardare oltre l'incremento del numero dei posti a concorso necessario nel breve periodo è doveroso, nel medio periodo, individuare nuove soluzioni che ridisegnino la figura e il ruolo dell'infermiere anche in vista dell'applicazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): senza una soluzione alla carenza di organico, l'assistenza e l'applicazione del PNRR, che pone al centro del futuro sistema sanitario l'assistenza territoriale, saranno fortemente penalizzati.

Per quanto attiene infatti la creazione di maggiori punti di contatto tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, nel PNRR si trovano i contributi che individuano il percorso che nei prossimi anni le aziende sanitarie dovranno intraprendere per soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei pazienti. Si prevede l'implementazione

di 2.271 Case della Comunità, di Centrali Operative Territoriali e di telemedicina, nonché la definizione degli Ospedali di Comunità, a conduzione prevalentemente infermieristica.

L'obiettivo che il SSN si pone nei prossimi 5 anni è quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni. Per raggiungere tale obiettivo, ci saranno 800.000 persone *over 65* da considerare in aggiunta alle attuali: ad oggi solo il 5,1% della popolazione *over 65* risulta preso in carico.

La tabella 3b.3. riporta la stima che Age.na.s ha presentato in audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato il 4 Agosto 2021 riguardo i numeri in gioco previsti dal PNRR, sia in termini di strutture che di personale infermieristico dedicato.

**Tabella 3b.3. Numero di strutture e di personale infermieristico previsto dal PNRR**

Tipologia di struttura	Numero di strutture previste dal PNRR	Numero di personale infermieristico medio per struttura	Numero totale personale infermieristico impiegato
Case della Comunità	1.288	8	10.304
Centrali Operative Territoriali	602	6	3612
Ospedali di Comunità	381	9	3429

Fonte: Age.na.s

A tali risorse vanno aggiunte le 12.500 unità di personale infermieristico necessarie per l'Assistenza Domiciliare Integrata. Il numero complessivo di risorse necessarie è dunque pari a 29.845.

In una ulteriore stima, l'Age.na.s considera la necessità di attivare un numero ben maggiore di strutture territoriali - 3.010 Case della Comunità e 1.205 Ospedali di Comunità - al fine potenziare in modo capillare su tutto il territorio nazionale la rete di assistenza territoriale, nonché di prevedere ulteriori

12.500 infermieri per l'Assistenza Domiciliare Integrata. In tal caso il numero di infermieri che serviranno nei prossimi anni per attivare tutte le strutture previste è stimato intorno a 55.537 unità.

La piena attuazione del PNRR si avrà a partire dal gennaio 2027 anche se le necessità cresceranno gradualmente anno dopo anno. È dunque questo un ulteriore tassello che va ad aggiungersi all'articolato mosaico della carenza di personale infermieristico.

Gli infermieri svolgono un ruolo critico nel fornire assistenza negli ospedali e negli istituti di assistenza a lungo termine in circostanze normali; il loro ruolo è stato ancora più critico durante la pandemia di COVID. Si prevede che la domanda di infermieri continuerà ad aumentare negli anni a causa dell'invecchiamento della popolazione, mentre molti infermieri si avvicinano all'età della pensione. Le preoccupazioni per la crescente carenza hanno spinto molte nazioni ad aumentare il tasso di ritenzione degli infermieri nella professione. Altre hanno anche affrontato le attuali carenze reclutando infermieri dall'estero, alleggerendo la burocrazia all'occorrenza. Ad esempio la Germania ha istituito un'apposita agenzia (DeFa) per semplificare i requisiti di visto da riconoscere agli infermieri provenienti da fuori EU.

Se ben sfruttata, quest'ultima possibilità potrebbe rappresentare un metodo molto rapido per superare a carenze di organico, fornendo al sistema una certa elasticità nel modellare adeguatamente la risposta all'eccesso o alla carenza di personale. Purtroppo, l'Italia si rivela poco efficace nello sfruttare tale possibilità, sia per quanto riguarda i medici che per quanto riguarda il personale infermieristico. Lo studio condotto nel 2021 dal consorzio SEPEN (*Support for the Health workforce Planning and forecasting Expert Network*) mostra infatti come l'Italia sia in grado di attrarre dall'estero solo lo 0,08% di medici, rapportati al totale della forza lavoro medica italiana, e lo 0,09% di infermieri, sempre rapportati al totale del personale infermieristico italiano. La media delle percentuali con cui Francia, Germania e Regno Unito sono in grado di attrarre talenti è invece pari all'1,7% per i medici e lo 0,6% per gli infermieri (Tabella 3b.4.).

**Tabella 3b.4. Flusso in ingresso di medici e infermieri, percentuale sul totale**

Nazione	Italia	Francia	Germania	UK	Media FR, DE, UK
Flusso in ingresso medici (% sul totale)	0,08	0,55	0,36	4,33	1,74
Flusso in ingresso infermieri (% sul totale)	0,09	0,06	0,47	1,16	0,56

Nota: assente il tasso relativo alla Spagna

Fonte: elaborazione su dati *Support for the Health workforce Planning and forecasting Expert Network* - © C.R.E.A. Sanità

Proprio per cercare di colmare tale carenza e reclutare in fretta professionisti durante la pandemia da COVID il governo italiano ha introdotto specifiche disposizioni, in deroga alle norme vigenti in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero, per semplificare le procedure per l'esercizio delle professioni sanitarie sul territorio italiano ai professionisti in possesso di titoli stranieri consentendo l'esercizio temporaneo della professione sul territorio nazionale. Il contributo di

tale soluzione si è rivelato comunque limitato: sono stati reclutati solo 133 medici e 125 infermieri impiegati pressoché esclusivamente al Nord nelle fasi più acute della crisi.

### 3b.5. Il Personale del SSN durante la pandemia da COVID

All'apice del periodo pandemico, la strutturale carenza di professionisti sanitari nelle strutture ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari rendendo necessario adottare misure straordinarie per consentire alle regioni e province autonome di poter reclutare, in tempi rapidissimi, professionisti con rapporti di lavoro flessibili. Dunque, oltre al favorire il reclutamento di personale dall'estero, si è consentito agli enti ed alle aziende del SSN di assumere, anche attraverso procedure semplificate ed in deroga ai vincoli di spesa vigenti, medici specialisti, infermieri ed altri professionisti sanitari, nonché medici ed infermieri già in quiescenza, medici specializzandi e laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione per l'introduzione del concetto di laurea abilitante.

**Tabella 3b.5. Fondi stanziati a favore del personale del SSN durante il periodo emergenziale**

Decreto	Stanziamiento (€ mln.)	Obiettivo
D.L. n. 14/2020, Art. 1	550	Reclutamento di personale sanitario a tempo determinato
D.L. n. 18/2020	100	Reclutamento di personale sanitario a tempo determinato
D.L. n. 18/2020	250	Remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale
D.L. n. 34/2020, Art. 1	265	Spese di personale per implementazione ADI
D.L. n. 34/2020, Art. 1, comma 5	332,6	Reclutamento personale infermieristico e introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (8 unità ogni 50.000 abitanti per un totale di 9.600)
D.L. n. 34/2020, Art. 1, comma 6	61	Personale rafforzamento Usca
D.L. n. 34/2020, Art. 1	10	Indennità personale infermieristico Usca
D.L. n. 34/2020, Art. 1, comma 7	14,3	Assunzione di assistenti sociali di supporto
D.L. n. 34/2020, Art. 1, comma 8	23,6	Spese di personale per centrali operative
D.L. n. 34/2020, Art. 2, comma 6	190	Incentivi al personale
D.L. n. 34/2020, Art. 2, comma 1, 7	189	Personale che lavora nelle UU.OO. di Terapia intensiva a seguito dell'incremento dei posti letto
D.L. n. 34/2020, Art. 2, comma 5	52	Personale impiegato nei mezzi di trasporto per i trasferimenti dei pazienti in emergenza
D.L. n. 104/2020, comma 2	112,4	Recupero ricoveri ospedalieri
D.L. n. 104/2020, comma 3a	355,8	Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale
D.L. n. 104/2020, comma 3b	10,0	Incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna

Tabella 3b.6. Il personale del SSN assunto durante l'emergenza

	Assunzioni totali	Assunzioni a tempo indeterminato	% assunzioni a tempo indeterminato	Assunzioni a tempo determinato
<b>Medici</b>	10.759	1.350	12,5%	9.409
<b>Medici specializzandi</b>	5.039	--	--	--
<b>Medici abilitati non specializzati</b>	5.616	--	--	--
<b>Infermieri</b>	31.990	8.757	27,4%	23.233
<b>Altro personale</b>	29.776	7.044	23,6%	22.732

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

L'emergenza sanitaria ha portato alla definizione di numerose misure che prevedono interventi sul sistema sanitario; provvedimenti con una specifica dotazione finanziaria e che miravano ad incidere sugli aspetti più problematici dell'assistenza, imputati soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni.

Tra le misure varate ci sono quelle dirette ad aumentare le dotazioni di personale delle strutture sanitarie sottoposte sin dall'inizio della pandemia ad una forte pressione e che lamentavano già da prima una contrazione del personale a tempo indeterminato e un crescente ricorso a contratti a tempo determinato o a consulenze che non consentivano di mantenere una adeguata qualità dell'offerta.

Nella tabella 3b.5. sono indicati gli importi stanziati per il personale sanitario dai Decreti Legge (D.L.) n. 14, 18, 34 e 104 per fronteggiare l'emergenza. Lo stanziamento complessivo di fondi definito dai decreti comprende, oltre al reclutamento di personale, anche fondi per indennità, lavoro straordinario e premialità. In particolare, sono previsti per il potenziamento delle strutture esistenti:

Sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni e Province Autonome a fine Aprile 2021, risultano essere state reclutate a vario titolo dall'inizio dell'emergenza sanitaria 83.180 unità di personale. Si tratta per il 25,7% di medici (21.414) e per il 38,5% di infermieri (31.990). Il restante personale (29.776 unità) è costituito da altri operatori sanitari quali tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari e biologi (Tabella 3b.6.).

Tali reclutamenti, inizialmente nati per far fronte con immediatezza alla crisi sanitaria e per rispondere ad un fabbisogno prevalentemente straordinario e

reversibile, hanno portato ad una forte crescita nel ricorso a contratti libero professionali e a rapporti individuali o a tempo determinato. In teoria, tali rapporti sono destinati, man mano che la fase emergenziale tenderà a ridursi, ad essere riassorbiti.

Dei medici, il 23,5% è rappresentato da specializzandi, sia quelli che hanno potuto sottoscrivere un rapporto di collaborazione libero-professionale con le aziende sanitarie (4.068), sia quelli (971) che frequentano l'ultimo o il penultimo anno di specializzazione e che hanno avuto incarichi individuali a tempo determinato di non più di sei mesi ex articolo 2-ter, comma 5 del D.L. n. 18/2020. Oltre il 26% sono invece medici abilitati ma non specializzati. Degli altri rapporti instaurati solo per il 12,5% si è trattato di assunzioni a tempo indeterminato (1.350). Maggiore è la quota di personale che ha sottoscritto un contratto a tempo indeterminato tra gli infermieri: dei 31.990 infermieri, il 27,4% ha instaurato rapporti di lavoro a tempo indeterminato. Inferiore è invece la definizione di un rapporto di lungo termine nel caso delle altre figure professionali: sono solo il 23,6% del totale quelle per cui si è prevista tale soluzione contrattuale.

In accordo a quanto riportato in tabella 3b.6., allo stato attuale il SSN può godere del supporto di 9.409 medici e 23.233 infermieri assunti a tempo determinato. Come esposto nel corso del capitolo, tenendo conto di tutti i fattori tra cui l'età del personale e dunque dei pensionamenti, l'età della popolazione italiana di riferimento, la capacità degli atenei, i flussi migratori ed il numero di borse di specializzazione messe a disposizione, possiamo asserire che la trasformazione dei contratti a tempo indeterminato di poco più di 9.000 medici potrebbe non essere vitale

quanto lo sarebbe invece l'assunzione dei 23.233 infermieri. Infatti, prendendo in considerazione i due scenari secondo cui bisognerebbe intervenire sul sistema garantendo 31.952 ingressi di personale infermieristico per anno nello scenario in cui il numero è calcolato sulla popolazione totale e ben 43.231 nel caso in cui il numero di infermieri è calcolato sulla fascia di popolazione *over 75*, tali assunzioni consentirebbero, almeno nel breve periodo, di tamponare la grave carenza di personale.

Dal punto di vista dei costi, la sola assunzione diretta di 23.233 infermieri comporterebbe un aumento di spesa annuale stimata pari a € 1.045.485.000. Considerato che l'emergenza da COVID ha comportato nel 2020 un forte aumento della spesa sanitaria e che, a consuntivo, la spesa sanitaria ha raggiunto € 123,5 mld. con un incremento di quasi € 7,8 mld. rispetto al 2019, la spesa relativa all'assunzione diretta del personale infermieristico dovrebbe far riflettere sul definitivo passaggio ad un nuovo paradigma di spesa corrente per il sistema sanitario nazionale.

Il discorso sulla spesa diventa inoltre ancora più essenziale, non prevedendo il PNRR risorse per la spesa corrente. Volendo quantificare economicamente l'ammontare del costo medio annuo di medici ed infermieri necessari a colmare il *gap* che l'Italia ha nei confronti dei Paesi europei presi a riferimento, ci accorgiamo di come le stime siano molto lontane tra loro a seconda della fascia di popolazione considerata.

Nell'ipotesi in cui si considera il *gap* riferito agli *over 75* - che è la simulazione più vicina alle reali necessità della popolazione, data la distribuzione demografica italiana - l'impatto sulla spesa corrente ammonta a quasi € 18 mld., dovendo in questo caso colmare una carenza relativa ad entrambe le figure professionali. Considerando invece la popolazione nel suo complesso, la spesa a regime diminuisce notevolmente in quanto l'Italia dovrebbe incrementare in misura minore il numero di infermieri e al contempo assorbire i medici in esubero, portando la spesa

a regime pari a poco più di € 7 mld..

Le tabelle 3b.7. e 3b.8. riportano con maggior dettaglio le quantificazioni<sup>2</sup>.

**Tabella 3b.7. Spesa corrente per colmare il *gap* di personale riferito alla popolazione *over 75***

	<i>Gap</i> Italia vs Paesi EU considerati (unità di personale)	Valore assoluto costo medio annuo con oneri riflessi totale (€)
<b>Medici</b>	-17.189	2.062.680.000
<b>Infermieri</b>	-350.074	15.753.330.000
<b>Costo totale</b>	--	17.816.010.000

Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

**Tabella 3b.8. Spesa corrente per colmare il *gap* di personale riferito alla popolazione generale**

	<i>Gap</i> Italia vs Paesi EU considerati [unità di personale]	Valore assoluto costo/risparmio medio annuo con oneri riflessi totale (€)
<b>Medici</b>	+28.981	3.477.720.000 (risparmio)
<b>Infermieri</b>	-237.282	10.677.690.000 (costo)
<b>Costo totale</b>	--	7.199.970.000 (costo)

Fonte: elaborazione - © C.R.E.A. Sanità

### 3b.6. Riflessioni finali

In sintesi, dal punto di vista strategico il sistema sanitario nazionale si sta muovendo nella giusta direzione. Più forte è l'assistenza territoriale minori sono i costi totali sul sistema sanitario e maggiore è l'*outcome* di salute per la popolazione di riferimento (Age.na.s 2021).

Dalle considerazioni fatte si evince come il numero di risorse di personale, soprattutto per quanto attiene gli infermieri, sia insufficiente a garantire un'assistenza sanitaria al livello di quella garantita dalle nazioni europee prese come riferimento. Si conferma dunque l'urgenza di un'attenta pianificazione del sistema dal punto di vista degli ingressi di personale, alla luce delle previsioni sulle uscite future e sul

<sup>2</sup> La simulazione considera un costo medio unitario annuo pari a € 120.000€ per i medici e € 45.000 per gli infermieri



ruolo che la tecnologia potrà giocare nell'imminente futuro. Infatti, attraverso il PNRR, l'Italia si impegna a fare un significativo passo avanti nell'ambito della digitalizzazione dei servizi sanitari: la telemedicina potrebbe rivelarsi uno degli elementi chiave in grado non solo di migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria e il percorso dei pazienti ma anche di aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali.

In chiusura, si sottolinea come la carenza nell'offerta di personale sanitario non è una peculiarità solo italiana ma è indicata tra le tre principali sfide sanitarie per 18 Paesi europei su 28 (SEPEN consortium 2021, *Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28*). Molti rappresentanti di tali Paesi prevedono che la soluzione della crisi della forza lavoro non sia tanto l'aumento esponenziale del personale sanitario, difficilmente realizzabile, quanto la riorganizzazione dei sistemi sanitari, dedicando un ruolo più importante alla prevenzione e alle cure primarie. Diversi Paesi vedono infatti un potenziale significativo nello spostamento dei compiti, nell'ottimizzazione dello *skill-mix* e nel lavoro di squadra multidisciplinare, in modo che l'utilizzo delle competenze dei professionisti della salute possa essere migliorato a tutti i livelli di cura.

## Riferimenti bibliografici

- Atto Camera – Interrogazione A Risposta Immediata  
In Commissione 5/06842; Legislatura: 18, Seduta di annuncio: 576 del 13/10/2021
- Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato di Mercoledì 4 agosto 2021 del Dott. Domenico Mantoan – Direttore generale Agenas, *Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale*
- Corte dei Conti, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*
- C.R.E.A. Sanità, XVI Rapporto Sanità *Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN*
- Ministero della Salute, *Il personale del sistema sanitario italiano – Anno 2018*
- OECD/European Union 2020, "Availability of nurses", in *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris
- Semestrale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Anno II Numero 45 – 2021, *Piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione salute*
- SEPEN consortium 2021, *Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28*