

Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **19ª edizione**, è stato pubblicato per la prima volta nel 2003, per iniziativa di alcuni ricercatori dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, interessati a diffondere i risultati della propria attività di ricerca nel settore dell'economia, politica e *management* sanitario, fornendo elementi a supporto dei *decision maker* in campo sanitario.

A tal fine elabora riflessioni e valutazioni sulle *performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La 19ª edizione del Rapporto Sanità è stata realizzata da C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), già Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.).

La pubblicazione e la diffusione del Rapporto sono rese possibili dal supporto non condizionato di un *pool* di Aziende (**AbbVie S.r.l.**, **Amgen S.r.l.**, **Astellas Pharma S.p.A.**, **Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.**, **Galapagos Biopharma Italy S.r.l.**, **Medtronic Italia S.p.A.**, **Menarini Ricerche S.p.A.**, **Nestlé Italiana S.p.A.**, **Sanofi S.r.l.**, **Takeda Italia S.p.A.**, **W. L. Gore & Associati S.r.l.**) che si dimostrano sensibili all'importanza di finanziare la conoscenza utile al dibattito di politica sanitaria e a quella di sviluppare *partnership* fra settore produttivo e ricerca.

Il Rapporto è strutturato in 4 parti: la prima parte ospita un'analisi economico-statistica del contesto in cui muove la Sanità, facendo il punto su finanziamento e spesa, nonché sulle *performance* del sistema (efficienza, equità); seguono analisi specifiche per singola area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, ambulatoriale di base, domiciliare, provvidenze economiche in denaro per la non-autosufficienza; la terza parte è dedicata ad un focus sull'impatto economico-industriale del comparto sanitario; chiude una sintesi dei risultati di alcuni lavori promossi da C.R.E.A. Sanità su alcune patologie.

Ciascun capitolo è dotato di una sintesi in lingua inglese e da una sezione di *key indicators*. Alla fine delle monografie è stato, infine, realizzato un riepilogo regionale dei principali indicatori che descrivono il sistema sanitario.

Il **Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)**, già consorzio promosso nel 2013 dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari nel settore sanitario, finalizzato all'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità sviluppa ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi.

The **Health Report**, now in its **19<sup>th</sup> edition**, is a project launched in 2003 by researchers of University of Roma Tor Vergata with the aim of disseminating the research activities in the fields of health economics, policies and management, and providing useful information on the current performance and future outlook of the Italian health system, encouraging a debate on the issue among experts and members of the public, professionals and the business world. In order to support it, evaluations about performance of healthcare system and of their future perspectives are carried out, by fueling a debate between stakeholders of the system, citizens, professionals and industry included. The 19<sup>th</sup> edition of health care report has been carried out by C.R.E.A. Sanità (Center for the healthcare applied economic research), before Consortium promoted by the University of Rome Tor Vergata and the Italian Federation of General Practitioner (F.I.M.M.G.).

Editing and publication of the *Health Report* has been possible thanks to the unconditional support of: **AbbVie S.r.l.**, **Amgen S.r.l.**, **Astellas Pharma S.p.A.**, **Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.**, **Galapagos Biopharma Italy S.r.l.**, **Medtronic Italia S.p.A.**, **Menarini Ricerche S.p.A.**, **Nestlé Italiana S.p.A.**, **Sanofi S.r.l.**, **Takeda Italia S.p.A.**, **W. L. Gore & Associati S.r.l.** sensibles to the importance to finance the knowledge helpful for health policies debat and to develop partnership between productive sector and research.

The Report is structured in 4 parts: the first opens with an economic and statistical analysis of the Health context, followed by the point on funding and system expenditure; clode an assessment of the system performance (efficiency and equity); the second part contains analysis for each health care sectors: prevention, hospital care, residential care, specialistic care, pharmaceuticals care and medical device, ambulatory (family) care, home care, and cash benefit; the third part carry out an analysis of the economic and industrial impact on the Health care system; the last part expects a review of the main results from work promoted by C.R.E.A. Sanità.

All chapters foresee an **english synthesis** and a section of **key indicators**. A **regional synopsis** of main indicators is reported at the end of the Report.

The **Center for economic research applied in healthcare (C.R.E.A. Sanità)**, before consortium established in 2013 by Tor Vergata University of Rome and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.), aims at becoming a focus for multi-disciplinary skills to develop analyses, studies and training projects targeting the health and social care professions.

The C.R.E.A. research team, carries out researche in the fields of economics and health management, develops databases, provides training and support to public and private sector entities, develops HTA and pharmacoeconomics assessments, and organizational and consulting services.



19° Rapporto Sanità



2023



## 19° Rapporto Sanità

**Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione**

### 19<sup>th</sup> Health Report

**The (uncertain) future of the NHS, between macroeconomic compatibility and the urgency of reprogramming**

A cura di / Edited by:  
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI  
ECONOMIA E FINANZA

ISBN 978-88-99078-71-3

© 2023 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2023  
presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)  
per conto di Locorotondo Editore

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

## CAPITOLO 3b

### Il personale del SSN

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

#### 3b.1. Introduzione

La forza lavoro sanitaria rappresenta una componente fondamentale del sistema sanitario italiano, contribuendo a garantire l'erogazione di servizi medici e assistenziali di qualità ai cittadini. Negli ultimi anni, sia a livello nazionale che internazionale, si è assistito a crescenti dibattiti sulla necessità di investire nella formazione, nel reclutamento e nella ritenzione del personale sanitario al fine di rispondere in modo efficace alle sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche. Proprio quest'ultimo punto porta un ulteriore elemento di complessità; infatti, le continue innovazioni tecnologiche e scientifiche hanno un impatto diretto sulle competenze e sulle modalità di lavoro del personale sanitario. L'adozione di strumenti digitali, come la Telemedicina e i sistemi informativi sanitari, richiede nuove competenze e una formazione continua, al fine di garantire la sicurezza del paziente e l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

La forza lavoro sanitaria in Italia rappresenta un elemento chiave per garantire la salute e il benessere della popolazione. Le sfide e le opportunità legate alla sua gestione e formazione richiedono una visione strategica e integrata, che tenga conto delle esigenze del sistema sanitario, delle aspettative dei professionisti e dei bisogni di salute della popolazione. Solo attraverso un approccio olistico e basato sull'evidenza sarà possibile garantire un sistema sanitario resiliente, equo e di alta qualità.

#### 3b.2. I rinnovi contrattuali

Il Conto Annuale del Ministero dell'Economia e delle Finanze certifica che nel 2021 la retribuzione media del comparto sanità è stata pari a € 42.400,00, in aumento del 9,0% rispetto alla retribuzione media del 2012, che valeva € 38.900,00. Andando a guardare nel dettaglio, nel medesimo arco temporale, per i medici l'aumento di retribuzione medio è stato del 16,8% (passando da € 73.845,0 a € 86.257,0), mentre per gli infermieri l'aumento è stato solo del 4,0% (da € 32.636,0 a € 33.940,0).

Nel 2022 la spesa per i redditi da lavoro dipendente nel settore sanitario è stata pari a € 40,4 mld., in aumento del 5,7% rispetto al 2021. Tale crescita è legata principalmente agli oneri, inclusivi di arretrati, dovuti al rinnovo contrattuale del personale non dirigente per il triennio 2019-2021. Per il 2023, secondo le previsioni del DEF 2023, per i redditi da lavoro dipendente si evidenzia un livello di spesa pari a € 42,2 mld., equivalente a una crescita del 4,5% rispetto al 2022. Tale aumento è influenzato dall'ipotesi di perfezionamento del rinnovo contrattuale del personale dirigente degli enti del SSN per il triennio 2019-2021.

Per il 2024, per quanto concerne il pubblico impiego, vengono stanziati le risorse per i rinnovi contrattuali del personale delle amministrazioni statali, con particolare attenzione ai lavoratori del settore sanitario, per i quali è inoltre previsto un incremento della tariffa oraria potenziata per il triennio 2024-2026. La Legge di Bilancio 2024, tramite gli articoli 10 e 42, indirizza infatti somme specifiche al perso-

<sup>1</sup> Ingegnere Medico

nale del SSN: viene incrementato il livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale per un importo di € 3 mld. nel 2024, dove parte di queste risorse sono destinate al rinnovo dei contratti del personale di comparto - € 2,5 mld. - e all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale operante nelle aziende e negli enti del Servizio Sanitario Nazionale (€ 280 mil.).

In riferimento a quest'ultimo punto, l'articolo 42, al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, estende fino al 31.12.2026 la facoltà di ricorrere agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico prevista, per l'anno 2023, dall'articolo 11, comma 1, del D. L. n. 34/2023 (pari a € 100 orari lordi onnicomprensivi); contestualmente, dispone che tale incremento riguardi, dal 2024 al 2026, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Per le medesime finalità è prevista l'applicazione fino al 31.12.2026 delle disposizioni richiamate anche alle prestazioni aggiuntive svolte dal personale sanitario operante nelle citate Aziende ed Enti del SSN. Viene poi stabilito che l'aumento della tariffa possa arrivare fino a € 60 lordi onnicomprensivi (invece degli € 50 previsti dal D. L. n. 34/2023).

Per le finalità dell'articolo 42 sopra indicate è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 la spesa di € 200 mil. per il personale medico e di € 80 mil. per il personale sanitario del comparto.

### 3b.3. Focus sul personale

Nei capitoli dedicati al personale del SSN dei precedenti Rapporti C.R.E.A. Sanità si è scelta la strada, pragmatica, di confrontare i numeri ufficiali relativi a medici ed infermieri italiani, impiegati nel pubblico e nel privato, con quelli dei principali Paesi dell'Europa occidentale, quali ad esempio Germania, Francia, Spagna e Regno Unito. In questa edizione del Rapporto si approfondisce l'analisi, anche alla luce del fatto che la determinazione del *gap* di personale rispetto alla media europea va interpretata con cau-

tela, dovendosi tener conto di diversi fattori tra cui, in primis, la diversa articolazione dei servizi sanitari nazionali.

In primis, osserviamo che, nonostante un livello di spesa sanitaria relativamente basso se confrontato con quello dei Paesi limitrofi, gli esiti di salute in Italia sono in generale considerati buoni, indicando che il SSN è un sistema sostanzialmente efficiente, anche se il risultato è probabilmente stato ottenuto a scapito delle sue risorse umane.

A riprova dell'ultima affermazione, lo stipendio attuale dei medici, a parità di potere d'acquisto, in Germania e Regno Unito è rispettivamente del 79% e del 40% più alto rispetto a quello italiano. Stesso discorso per gli infermieri, con differenze retributive più contenute ma comunque significative: sempre a parità di potere d'acquisto, gli stipendi annuali in Germania, Svizzera e Regno Unito sono rispettivamente del 56%, 46,2% e 20,0% superiori a quelli italiani (OECD, 2022).

Inoltre, va considerato che è la fascia di popolazione *over 75* quella che ha maggior bisogno di assistenza sanitaria.

Analizzando l'evoluzione della dotazione organica dal 2003 all'ultimo dato disponibile, possiamo registrare come, in termini assoluti, sia aumentata: dai 208.093 medici del 2003 ai 230.621 del 2012 per arrivare alle 242.721 unità nel 2021; analogamente per gli infermieri, che passano da 300.364 a 367.378 unità (+22,3%).

Confrontando l'evoluzione della dotazione con quella della popolazione (Tabella 3b.1.), assistiamo ad un aumento dell'indicatore numero di medici ed infermieri per 1.000 abitanti: nel periodo considerato da 3,64 a 4,11 medici su 1.000 abitanti (+13,0%) e da 5,25 a 6,22 infermieri su 1.000 abitanti (+18,5%).

Se, però, si rapporta la dotazione alla popolazione *over 75*, che è cresciuta nel periodo del 42,6%, registriamo che l'indicatore passa da 42,3 medici per 1.000 abitanti *over 75* del 2003 ai 34,6 del 2021 (37,1 nel 2012).

Qualora si considerasse "adeguata" la dotazione iniziale, si evidenzerebbe un *gap* di 54.018 unità di personale medico rispetto al 2003, o di 18.019 unità rispetto al 2012.

**Tabella 3b.4. Numero di assistenti alle cure disponibili nel 2011 e nel 2021 e numero di assistenti alle cure disponibili per la popolazione *over 65* e *over 75* nel 2021**

	Assistenti alle cure, 2011 [unità]	Assistenti alle cure, 2021 [unità]	Aumento % 2021-2011	Assistenti alle cure su popolazione <i>over 65</i> 2021 [ogni 1.000 ab]	Assistenti alle cure su popolazione <i>over 75</i> 2021 [ogni 1.000 ab]
<b>Germania</b>	443.000	669.000	+51,01	35,85	70,32
<b>Spagna</b>	467.533	542.733	+16,08	96,42	114,62
<b>Francia</b>	--	1.094.525	--	52,98	175,82
<b>Italia</b>	411.235	619.357	+50,61	44,56	86,44
<b>Olanda</b>	312.000	250.000	-19,87	69,42	192,31
<b>Regno Unito</b>	943.886	1.243.860	+31,78	96,42	211,11

Fonte: elaborazione su dati Eurostat per Francia (2019) e OECD.Stat - © C.R.E.A. Sanità

Quando si parla di personale dedicato alle cure, infine, raramente si fa riferimento ai cosiddetti assistenti alle cure: figure che hanno un *background* di conoscenze atto a supportare attivamente il paziente cronico, garantendo l'aderenza terapeutica. Gli assistenti alle cure, a livello internazionale solitamente sotto la supervisione di un infermiere, forniscono assistenza diretta alla persona in diversi contesti sanitari, quali ospedali, cliniche e strutture di assistenza residenziale, sotto la diretta supervisione di medici e infermieri (c.d. *Healthcare assistants in institutions*, ISCO-08 5321 – *Definitions, Sources and Methods*, OECD Health Statistics, 2023). A tali figure si affiancano gli assistenti domiciliari (c.d. *Home-based personal care workers*, ISCO-08 5322 – *Definitions, Sources and Methods*, OECD Health Statistics, 2023) che, in altri termini, sono gli addetti all'assistenza personale a domicilio: forniscono assistenza personale di routine e supporto nelle attività della vita quotidiana a persone che ne hanno bisogno a causa degli effetti dell'invecchiamento, di malattie, lesioni o altre condizioni fisiche o mentali, in case private e in altri contesti residenziali indipendenti.

Nel 2021, secondo l'OECD, l'Italia poteva contare su 619.357 assistenti alle cure. Tale valore è relativo all'unione delle due categorie sopra menzionate, include quindi il personale che presta servizio in contesto domiciliare e sanitario, come ad esempio gli Operatori Socio Sanitari (OSS), mentre esclude il personale infermieristico. Il suddetto personale è in

aumento del 50% rispetto al primo dato ufficiale registrato, riferito al 2011 (411.235 unità). In termini assoluti, nel 2021, hanno più risorse dell'Italia solo Regno Unito (1.243.960), Francia (1.094.525) e Germania (669.000), ma facendo riferimento alla popolazione *over 65* e *over 75*, l'Italia si colloca peggio anche di Spagna e Olanda (Tabella 3b.4.).

Italia e Germania sono le nazioni con il minor numero di assistenti alle cure rapportati alla popolazione anziana, ma sono anche quelle che ne hanno registrato una crescita superiore al 50% in 10 anni, rispettivamente pari al 50,6% ed al 51,1%. L'Olanda ha invece visto una diminuzione degli Assistenti, probabilmente per una diversa allocazione di ruoli e risorse all'interno del proprio sistema sanitario; Spagna e Regno Unito sono comunque cresciute, ma con un tasso meno elevato (Figura 3b.1.).

Le interpretazioni possono essere molteplici. Sicuramente nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento della fascia di popolazione più anziana e ad una maggiore richiesta di prestazioni socio-sanitarie: sistemi sanitari come quello italiano, dato che hanno visto crescere con un tasso più basso il numero di medici (+4,8% in 10 anni) ed infermieri (+18,9% in 10 anni) rispetto al numero di assistenti alle cure (+50,6% in 10 anni), hanno probabilmente riversato la ricerca di una risposta ad alcuni bisogni di salute proprio su queste ultime figure professionali, sia nel contesto sanitario che domiciliare.

Per riassumere (Tabella 3b.5.), qualora si volesse

di personale medico, considerando l'anzianità della popolazione, potrebbero andare da un minimo di 7.241 unità ad un massimo di 43.240.

Per quanto riguarda gli infermieri, i ragionamenti che è possibile fare sono analoghi. Per tali professionisti il problema è sicuramente numerico, con alla base però forti carenze motivazionali. Se infatti ai test di ingresso della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'A.A. 2023-2024 si sono presentati più di 80.000 candidati per 19.544 posti messi a bando, per Infermieristica si sono presentati solo 22.957 candidati per 20.059 posti, con un rapporto domande/posti pari a 1,1. In quest'ultimo caso appare significativo il paragone con il dato dello scorso anno, quando sono stati 25.539 gli aspiranti infermieri per 19.375 posti messi a bando, con un rapporto domande/posti pari a 1,3. Inoltre, una volta intrapreso il percorso di studi, il tasso di successo stimato per i candidati infermieri è minore che per i medici, valutabile pari al 75% (Age. Na.s., 2023).

Nella ricerca della mancanza di attrazione della professione, possiamo ricordare che gli stipendi dei medici italiani, a parità di potere d'acquisto, pur essendo spesso inferiori a quelli dei colleghi di molti Paesi dell'Europa occidentale, sono comunque pari a 2,9 volte il salario medio, per gli infermieri il salario non si discosta da quello medio nazionale. Inoltre, essendo lo stipendio medio di un infermiere italiano inferiore del 19% (€ 35.300 PPP vs € 28.400 PPP) rispetto allo stipendio medio, a parità di potere d'acquisto, di quello di 20 nazioni europee prese come riferimento, sarà difficile attrarre personale dall'estero o, almeno,

dalla EU.

Si ricorda a tal proposito che il D. L. n. 34/2023 si muove proprio nella direzione di attrarre dall'estero consentendo, fino al 31.12.2025, il riconoscimento in deroga delle qualifiche professionali conseguite all'estero e riconoscendo ai professionisti la possibilità di esercitare in modo temporaneo presso strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, private o private accreditate.

In aggiunta, va sottolineato il rischio di guardare al personale formato fuori Italia ma di non riuscire a trattenere il personale infermieristico che ogni anno sceglie di andare a lavorare all'estero: dal 2000 al 2018 l'emigrazione è andata via via aumentando soprattutto negli anni subito successivi al blocco dei contratti e ai primi blocchi del *turn-over*. Nel 2021, ad esempio, sono emigrati circa 3.800 infermieri (erano arrivati a 6.000 negli anni precedenti).

Tenendo conto dei tassi di uscita annui, e considerando i 21.050 pensionamenti previsti nel quinquennio 2022-2027, possiamo stimare che nel 2027 ci saranno 21.710 infermieri disponibili in più rispetto a quelli attuali, a fronte di un *gap* che, usando come riferimento il 2003, sarebbe di 60.950 unità (Tabella 3b.3.). Senza, poi, considerare che tra 4 anni la fascia di popolazione *over 75* sarà ulteriormente aumentata e richiederà risorse e quindi dotazioni aggiuntive.

Come anticipato, l'Italia è una nazione che invecchia e l'epidemia di oggi è quella della non autosufficienza, dove i bisogni sono a cavallo tra i bisogni sociali ed i bisogni sanitari.

**Tabella 3b.3. Infermieri al 2027 e *gap* da colmare rispetto al 2003**

Saldo infermieri (infermieri formati - pensionamenti - estero)	<i>Gap</i> rispetto al 2003	Saldo netto	Numero di ulteriori ingressi/anno per colmare il <i>gap</i>
+21.710	-60.950	-39.240	+7.848

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

Tabella 3b.1. Numero di medici e infermieri in Italia

Anno	Medici			Infermieri		
	Totale [unità]	Su popolazione totale [ogni 1.000 ab]	Su popolazione over 75 [ogni 1.000 ab]	Totale [unità]	Su popolazione totale [ogni 1.000 ab]	Su popolazione over 75 [ogni 1.000 ab]
2003	208.093	3,64	42,25	300.364	5,25	60,98
2012	230.621	3,84	37,12	304.196	5,06	48,96
2021	242.721	4,11	34,55	367.378	6,22	52,30
Variazione % 2012-2003	+10,83	+5,44	-12,14	+1,28	-3,64	-19,71
Variazione % 2021-2012	+5,25	+7,16	-6,91	+20,77	+22,97	+6,81
Variazione % 2021-2003	+16,64	+13,00	-18,21	+22,31	+18,49	-14,24

Fonte: elaborazione su dati OECD - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3b.2. Medici (di medicina generale e specialistica) gap al 2026

Saldo medicina specialistica (medici formati - pensionamenti - estero)	Saldo medicina generale (medici formati - pensionamenti)	Gap rispetto al 2003	Saldo netto	Numero di ulteriori ingressi/anno per colmare il gap
+12.061	-3.632	-54.018	-45.589	+11.398

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

Gli infermieri erano 61,0 ogni 1.000 abitanti *over 75* nel 2003 e arrivano a 52,3 nel 2021 (il minimo è stato toccato nel 2012, con 49,0). Nuovamente, anche assumendo come "adeguate" le dotazioni del 2003, mancherebbero ormai 60.950 infermieri.

È necessario considerare che i professionisti escono dal sistema, nella maggior parte dei casi, per andare all'estero o in pensione; vanno anche considerati i movimenti interni quali quelli medici che passano dal pubblico al privato (circa 3.000 all'anno); le entrate nel sistema, invece, dipendono dal numero di posti messi a bando (sebbene si osservi una scarsa partecipazione a determinati concorsi, quali quelli per l'emergenza-urgenza) e dagli incentivi posti in essere (con particolare riferimento agli infermieri si veda il precedente rapporto in cui si sottolineava come la professione non avesse più un così grande *appeal* tra i giovani).

Secondo i dati OECD, sono poco meno di 13.000 i medici formati in Italia che operano all'estero, con un flusso che tra il 2019 e il 2021 si è collocato al di sopra delle 1.100 unità annue. Per quanto riguar-

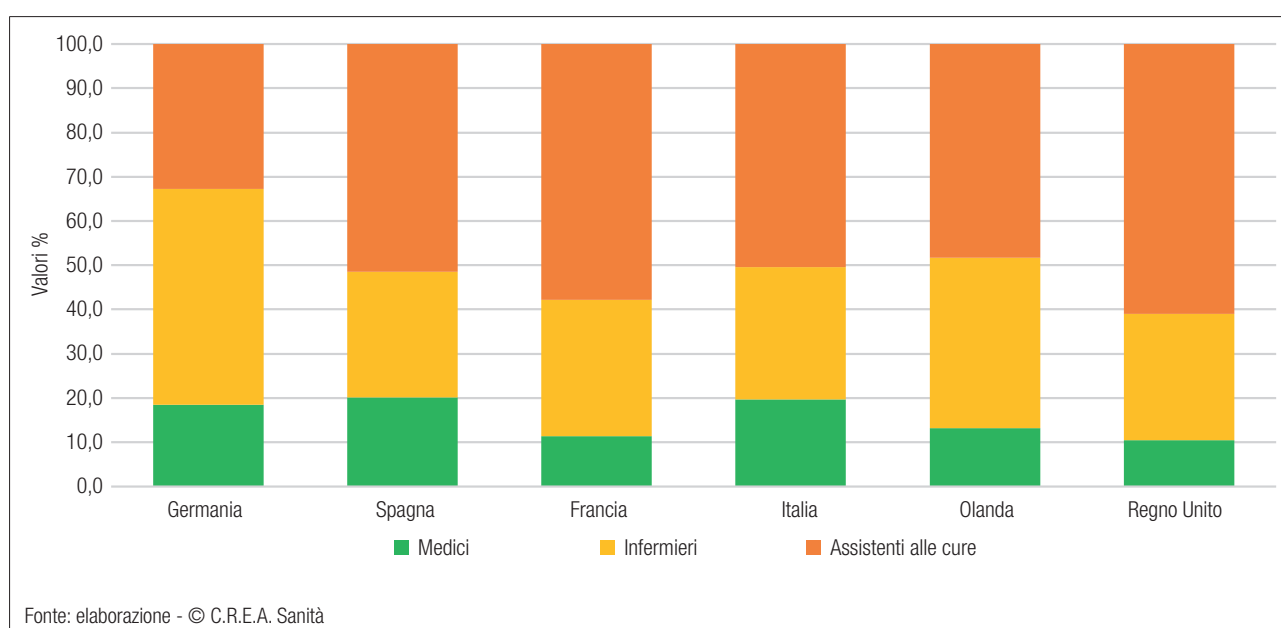
da i pensionamenti, si stima che siano circa 4.950 gli specialisti ambulatoriali e 27.350 i dirigenti medici (totale 32.300) che andranno in pensione entro il 2026. Per la medicina generale, invece, ci troviamo nella porzione più critica della gobba pensionistica, che genererà 13.780 uscite entro il 2025, non compensate dai 10.148 ingressi stimati, evidenziando un deficit di 3.632 unità (OECD). Considerando un tasso di successo negli studi pari al 95%, si ritiene che nel 2026 il numero di nuovi specialisti pronti ad entrare nel sistema, formati dal 2018 al 2026, sarà pari a 49.710 (il 75% dei quali, 37.282, quelli stimati da Age.Na.s nel SSN); considerando le 32.300 uscite per pensionamenti e le circa 1.000 unità l'anno di personale che scelgono di emigrare (con il caveat che siano tutti allocati sulla medicina specialistica), notiamo come nel 2026 ci saranno circa 14.000 specialisti in più (Tabella 3b.2.), un numero che però rimane insufficiente per colmare l'attuale squilibrio, stimabile nel range 18.019 - 54.018 unità di personale, a seconda se si prende come anno di riferimento il 2012 o il 2003. Nel 2026, quindi, i fabbisogni reali

colmare il *gap* riferito alla popolazione *over 75* rispetto alla media dei Paesi europei presi come riferimento (297,35 unità ogni 1.000 abitanti *over 75* abitanti), all'Italia mancherebbero 901.033 unità di personale dedicato alle cure (medici, infermieri e assistenti alle cure); sarebbero 243.812 unità se il confronto fosse sulla popolazione *over 65*. Per rendersi conto della portata di tali carenze è sufficiente guardare il dato assoluto di Francia e Regno Unito, che contano rispettivamente 1.891.731 e 2.042.058 unità di personale dedicato alle cure, contro il dato italiano che è

fermo alle 1.229.456 unità (rispettivamente -35% e -39%).

Si noti che il numero di assistenti alle cure per infermiere è allineato con quello medio europeo, a riprova che è in generale tutta la componente non medica in sofferenza, anche se saranno necessarie future considerazioni per comprendere appieno quale potrebbe essere il rapporto ottimale per bilanciare la spesa per il personale con il soddisfacimento degli esiti di salute della popolazione.

**Figura 3b.1. Distribuzione di medici, infermieri ed assistenti alle cure per nazione**



**Tabella 3b.5. Numero totale di medici, infermieri e assistenti alle cure disponibili per la popolazione *over 65* e *over 75* nel 2021**

	Medici [unità]	Infermieri [unità]	Assistenti alle cure [unità]	Totale [unità]	Totale su popolazione <i>over 65</i> [ogni 1.000 ab.]	Totale su popolazione <i>over 75</i> [ogni 1.000 ab.]	Rapporto assistenti su infermieri
<b>Germania</b>	376.852	1.001.000	669.000	2.046.852	109,69	215,16	0,67
<b>Spagna</b>	212.735	300.567	542.733	1.056.035	109,09	223,03	1,81
<b>Francia</b>	215.722	581.484	1.094.525	1.891.731	91,49	303,60	1,88
<b>Italia</b>	242.721	367.378	619.357	1.229.456	88,45	171,59	1,69
<b>Olanda</b>	68.363	199.506	250.000	517.869	143,81	398,36	1,25
<b>Regno Unito</b>	213.839	584.359	1.243.860	2.042.058	158,30	346,58	2,13

Fonte: elaborazione su dati Eurostat per Francia (2019) e OECD.Stat per gli altri Paesi (2021) - © C.R.E.A. Sanità



### 3b.4. Riflessioni finali

Con riguardo al necessario potenziamento delle risorse umane, la difficoltà di reperire il personale e la perdita di attrattività del SSN stanno diventando un'emergenza, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri e alcune categorie di medici, da affrontare con una adeguata programmazione del personale, l'incremento dell'offerta formativa e l'adozione di misure volte a restituire attrattività al lavoro nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico.

In linea con i precedenti Rapporti, pur modificando il punto di vista, ovvero abbandonando il mero confronto con le dotazioni degli altri Paesi, e considerando invece il depauperamento degli organici rispetto ai bisogni della popolazione, determinatosi nel tempo in Italia, si conferma che nei prossimi 5 anni si dovrà fronteggiare una carenza di 43.240 medici e di 39.240 infermieri. Il fatto che rispetto al modello di confronto utilizzato nei precedenti Rapporti la carenza di infermieri non sia preponderante su quella dei medici, induce a pensare che nel 2003, preso come riferimento, ci fosse già una significativa carenza di infermieri.

A questo si aggiunga la carenza di cosiddetti "assistenti alle cure", figure essenziali sia in contesto residenziale che domiciliare. Si tratta di una figura strategica nell'assistenza alle non auto-sufficienze, tipicamente coordinata dagli infermieri. Anche per-

ché, trascorrendo molto tempo al fianco della persona assistita, sono da considerarsi i destinatari principali dei percorsi di alfabetizzazione digitale volti ad incentivare il ricorso a strumenti di cura digitale e di Telemedicina.

### Riferimenti bibliografici

- Audizione della Corte dei Conti sulla Nota di Aggiornamento al DEF 2023, Ottobre 2023
- Approfondimenti Age.Na.s. (2023). "Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale"
- Documento Programmatico di Bilancio 2024 – Ministero dell'Economia e delle Finanze. 16 Ottobre 2023
- Legge di Bilancio 2024, A.S. n. 926 Annesso – Dossier XIX Legislatura. 6 Novembre 2023
- Mastrillo A., Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'A.A. 2023-2024
- OECD (2022). Health at a Glance
- MEF Ragioneria generale dello Stato (2023). "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario". Rapporto n.24
- Age.Na.s. (2023). "Rapporto sui Medici di Medicina Generale"
- 55-esimo congresso nazionale Sumai (2023). "Specialistica ambulatoriale. Quale futuro: pubblico o privato?"

## CAPITOLO 3c

**L'appealing della professione sanitaria:  
evidenze da una survey somministrata ai medici<sup>1</sup>***Anelli F.<sup>2</sup>, d'Angela D.<sup>3</sup>, Polistena B.<sup>3</sup>, Spandonaro F.<sup>4</sup>***3c.1. Premessa**

Come argomentato ampiamente nel 18° Rapporto Sanità (2022) la questione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è assolutamente strategica per la salvaguardia dello stesso.

Gran parte del dibattito che si è sviluppato nell'ultimo anno si è concentrato sul tema della carenza del personale, sulla cui quantificazione è stato ampiamente argomentato sempre nella 18° edizione del Rapporto Sanità; tema peraltro ripreso nel capitolo 3b del presente Rapporto.

Non di meno, già l'anno scorso fu anche sottolineato come la questione non sia affatto circoscrivibile ad una mera questione di organico, per quanto importante.

In primo luogo, risulta del tutto evidente che non basta una politica di acquisizione di nuove risorse umane, trattandosi di un punto di arrivo che richiede di essere preceduto da una riforma delle attuali normative che regolano i rapporti di lavoro nel SSN.

A titolo di esempio, possiamo brevemente riprendere alcune delle evidenze emerse l'anno scorso dalla *survey* condotta in collaborazione con Feder-sanità ANCI. In quella occasione i Direttori Generali (DG) di azienda sanitaria intervistati, avevano sottolineato l'importanza di mantenere le procedure di acquisizione del personale semplificate utilizzate nel periodo pandemico, porre vincoli normativi alla acquisizione di personale proveniente dalle strutture pubbliche da parte delle strutture private accredita-

te (onde evitare carenze nel SSN), definire *standard* per la definizione delle dotazioni organiche, poter acquisire i medici già al primo anno di specializzazione ed eliminare alcuni vincoli alle progressioni di carriera.

In particolare, i DG segnalavano come ritenessero necessario introdurre incentivi per sostenere le politiche di ricollocazione del personale sanitario (ad esempio promuovendo la mobilità volontaria dalle aziende ospedaliere a quelle territoriali), per favorire la mobilità temporanea e/o anche il gemellaggio/rotazione dalle aree più "attrattive" a quelle meno "attrattive", e per attrarre medici per le posizioni scarsamente appetite, come nel caso dell'emergenza/urgenza.

In altri termini, prima di poter acquisire le risorse necessarie, è necessario porre le basi per far tornare appetibile la professione sanitaria: tema non dimenticato nel dibattito, ma probabilmente affrontato con il retropensiero della carenza di risorse per garantire una adeguata incentivazione.

D'altra parte, come ampiamente argomentato nella precedente edizione del Rapporto (per approfondimenti cfr. Capitolo 3a del 18° Rapporto Sanità) se in Italia volessimo adeguare il numero di professionisti (in rapporto alla popolazione) allo *standard* medio dei principali Paesi europei e, anche, adeguare le retribuzioni, dovremmo riallineare la spesa sanitaria a quella degli altri Paesi EU.

Leggendo il dato in altri termini, a conferma dell'esistenza di condizioni non attrattive per i pro-

<sup>1</sup> *Survey* in collaborazione tra C.R.E.A. Sanità e FNOMCeO

<sup>2</sup> Presidente FNOMCeO

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>4</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

fessionisti sanitari, la più volte ricordata resilienza economica del SSN italiano si regge, in larga misura, sulle “spalle” dei professionisti, essendo frutto di un evidente *gap* di numero e trattamento delle risorse umane.

Per quanto precede, si è ritenuto opportuno affrontare il tema dando voce direttamente ai professionisti sanitari: in collaborazione con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) è stata realizzata una *survey*, finalizzata ad indagare le aspettative dei medici in tema di appetibilità (o meno) della professione in Italia.

### 3c.2. I risultati della survey

Il questionario è stato predisposto privilegiando la sintesi e la semplicità delle domande, mirando a elicitarle le percezioni dei medici: nell'allegato 1 è riportato il questionario completo.

L'indagine realizzata con il ricorso alla tecnica CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*), mediante il *software* Qualtrics, è stata distribuita da FNOMCeO, mediante i diversi ordini.

Hanno partecipato alla *survey* 891 soggetti di cui il 53,6% operanti nel Nord-Ovest, il 22,2% nel Nord-Est, il 7,0% nel Centro Italia e il rimanente 17,2% nel Sud (Figura 3c.1.).

Il 38,8% dei rispondenti ha una età compresa tra i 61 e i 70 anni, il 18,9% tra i 51 e i 60, il 15,0% tra i 31 e i 40, il 14,3% tra i 41 e i 50, il 10,4% ha oltre 70 anni e il rimanente 2,6% meno di 30 (Figura 3c.2.).

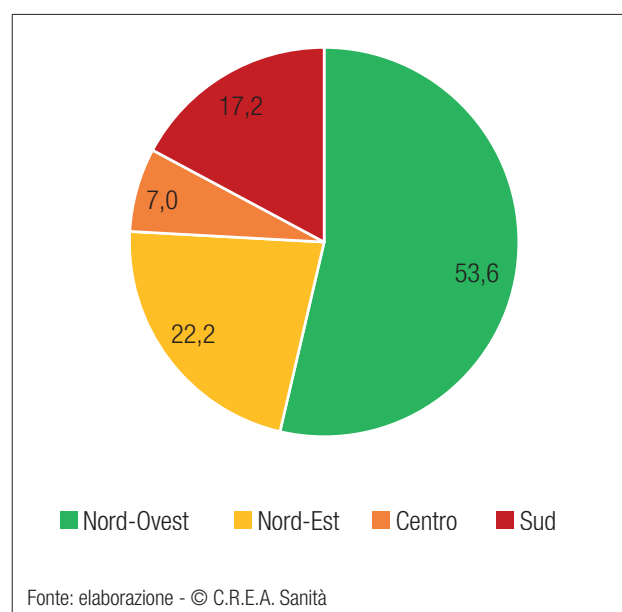
Inoltre, il 27,8% dei rispondenti è in servizio da un numero di anni compreso tra 31 e 40, il 19,4% da 41-50, il 17,9% da meno di 10 anni, il 17,3 da 10-20 anni e il 17,2% da 21-30 anni (Figura 3c.3.).

L'82,7% dei partecipanti alla *survey* è attualmente occupato mentre il restante 17,3% non lo è.

Nello specifico, tra gli occupati, il 38,8% lavora in una struttura ospedaliera pubblica, il 24,7% sono Medici di Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS), il 14,8% in una struttura ambulatoriale privata non convenzionata, il 10,3% In una struttura ambulatoriale privata convenzionata col SSN, il

9,0% in una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN, il 7,1% in una struttura ambulatoriale pubblica e il restante 1,4% in una struttura ospedaliera privata. Da specificare che alcuni professionisti lavorano contemporaneamente in più di una struttura (Figura 3c.4.).

**Figura 3c.1. Distribuzione dei rispondenti per ripartizione geografica. Valori %**



**Figura 3c.2. Distribuzione dei rispondenti per classi di età. Valori %**

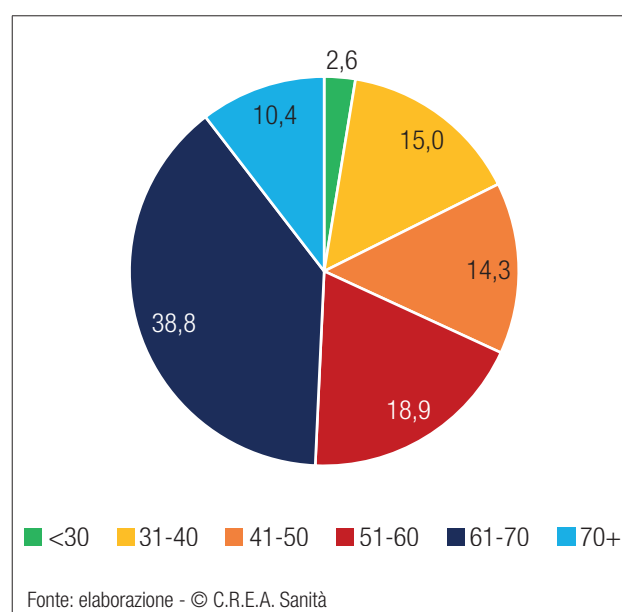
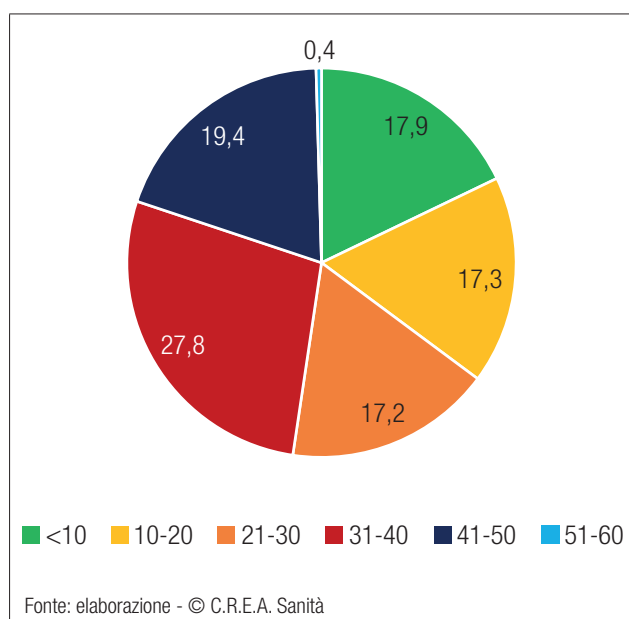


Figura 3c.3. Anzianità di servizio. Valori %



Solo il 7,7% degli occupati lavorano in una struttura dislocata in una zona ritenuta disagiata.

Nella figura 3c.5. è possibile apprezzare la ti-

pologia di contratto degli occupati; in particolare il 76,5% hanno un contratto a tempo indeterminato (dipendente o da convenzione), il 10,2% un contratto a tempo determinato ed il restante 13,3% sono impiegati "a gettone".

Inoltre, l'80,6% dei rispondenti lavora *full time* ed il restante 19,4% *part time*.

Passando dalla descrizione del campione intervistato ai pareri espressi dai rispondenti, osserviamo che la netta maggioranza (57,3%) ritiene che il rapporto di lavoro più corretto per i medici sia quello di dipendenza, il 30,5% la consulenza/convenzione non esclusiva e il 12,2% la consulenza/convenzione non esclusiva.

Nello specifico il 57,8% dei MMG/PLS ritiene che il rapporto di lavoro più corretto sia quello di convenzione/consulenza esclusiva vs il 42,2% degli appartenenti ad altre professioni; oltre il 73% dei medici non convenzionati prediligono la consulenza convenzione non esclusiva o il rapporto di dipendenza (vs meno del 27% dei MMG/PLS).

Figura 3c.4. Struttura di impiego

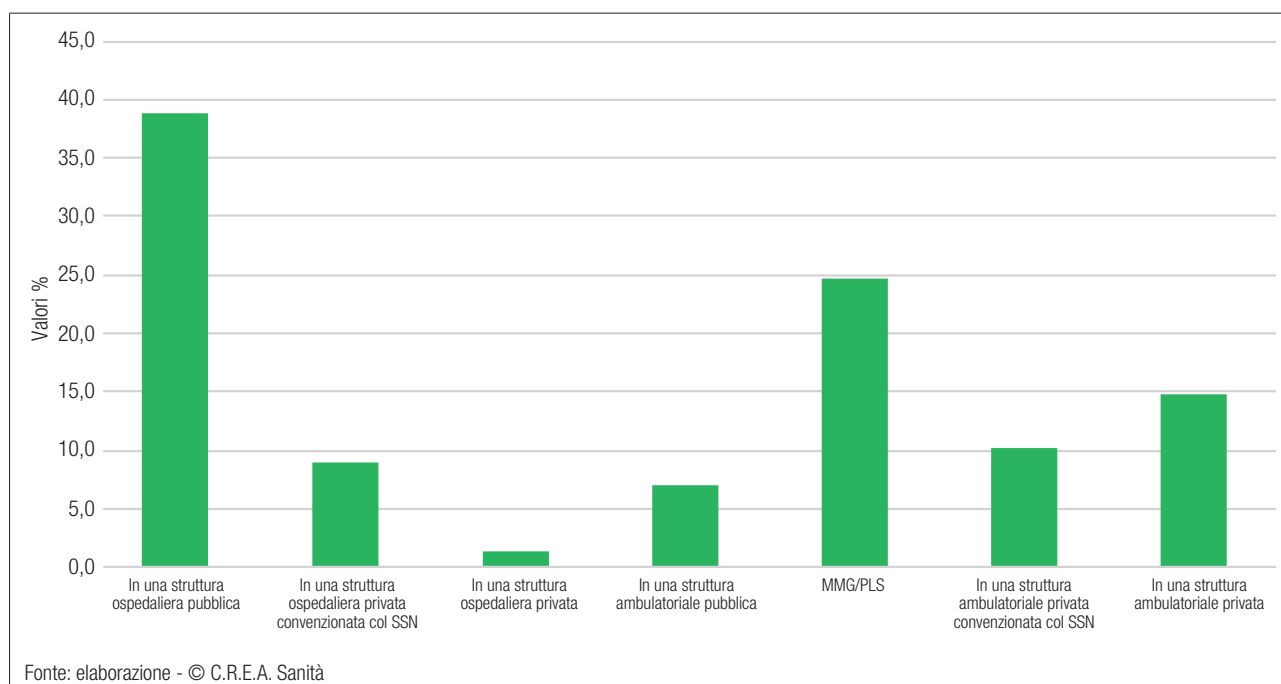
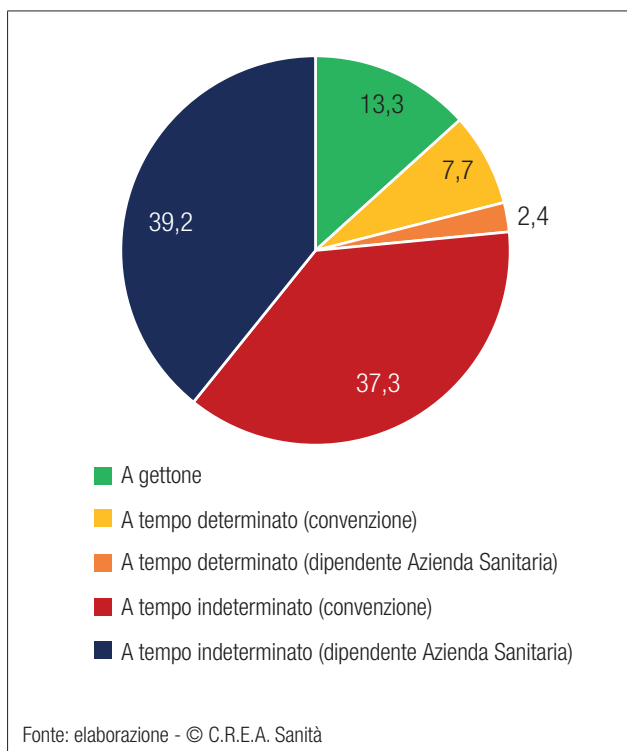


Figura 3c.5. Tipologia di contratto. Valori %



L'87,0% del personale partecipante alla survey ri-

scontra una carenza di personale nel proprio settore.

Come illustrato dalla figura 3c.6. la percezione di carenza di personale è ancora maggiore tra i professionisti operanti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private convenzionate dove oltre il 90% dei rispondenti lamentano una carenza di personale.

Nelle strutture ambulatoriali, pubbliche, tra i MMG e nelle strutture ambulatoriali convenzionate, la carenza di personale viene lamentata rispettivamente dal 96,2% e dall'87,4% e dell'85,5% dei rispondenti.

Infine, nelle strutture ambulatoriali private e ospedaliere private la carenza di personale è sentita rispettivamente dal 67,9% e dal 60,0% degli operanti nelle rispettive strutture.

Fra i rispondenti alla survey, il 39,2% è abbastanza soddisfatto della propria condizione professionale, il 27,0% poco, il 18,2% molto, il 13,4% per niente e il 2,2% moltissimo.

Nella figura 3c.7. è possibile apprezzare le differenze di soddisfazione legate al luogo di lavoro.

Oltre la metà (53,7%) dei rispondenti alla survey al momento occupati hanno dichiarato di non aver mai pensato di cambiare posto di lavoro, il 5,0% lo sta cambiando e il 41,2% ci sta pensando.

Figura 3c.6. Percezione di carenza di personale

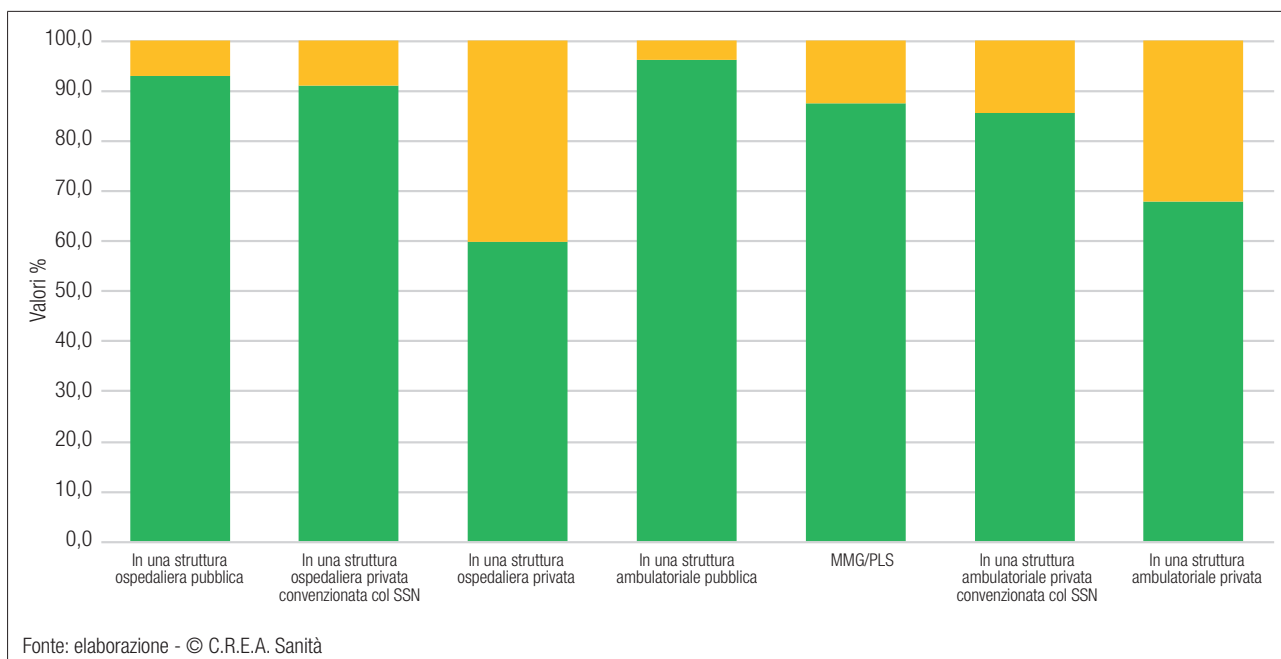


Figura 3c.7. Soddisfazione della condizione professionale

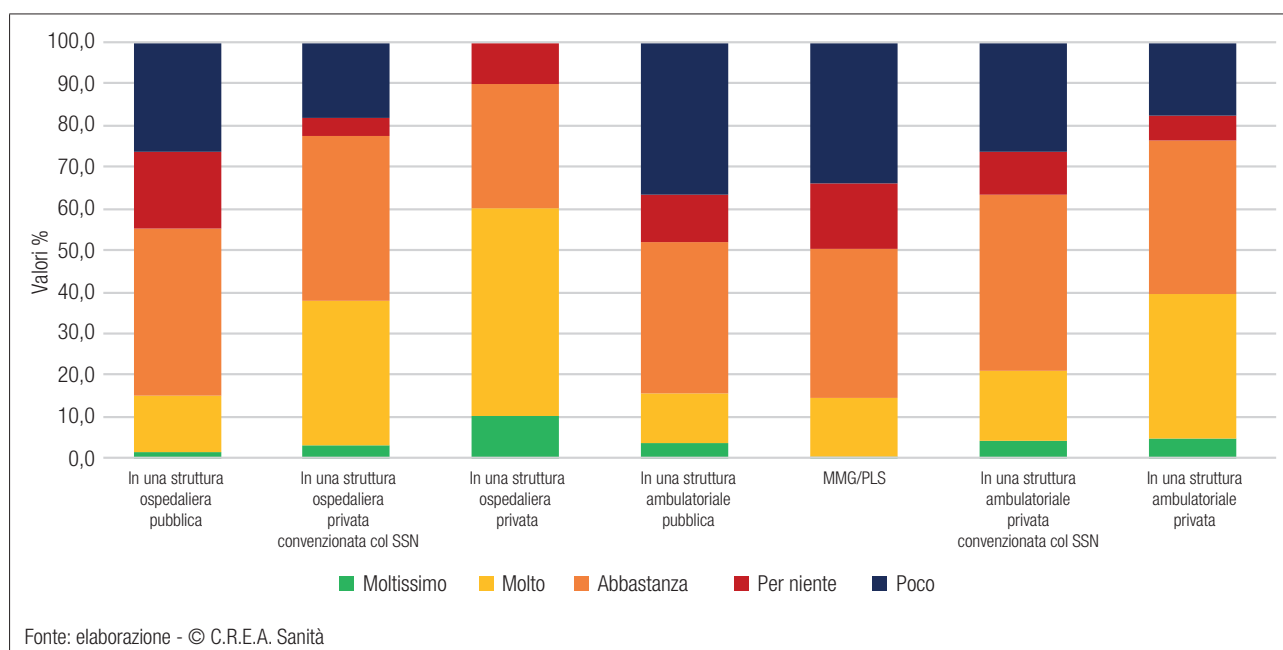
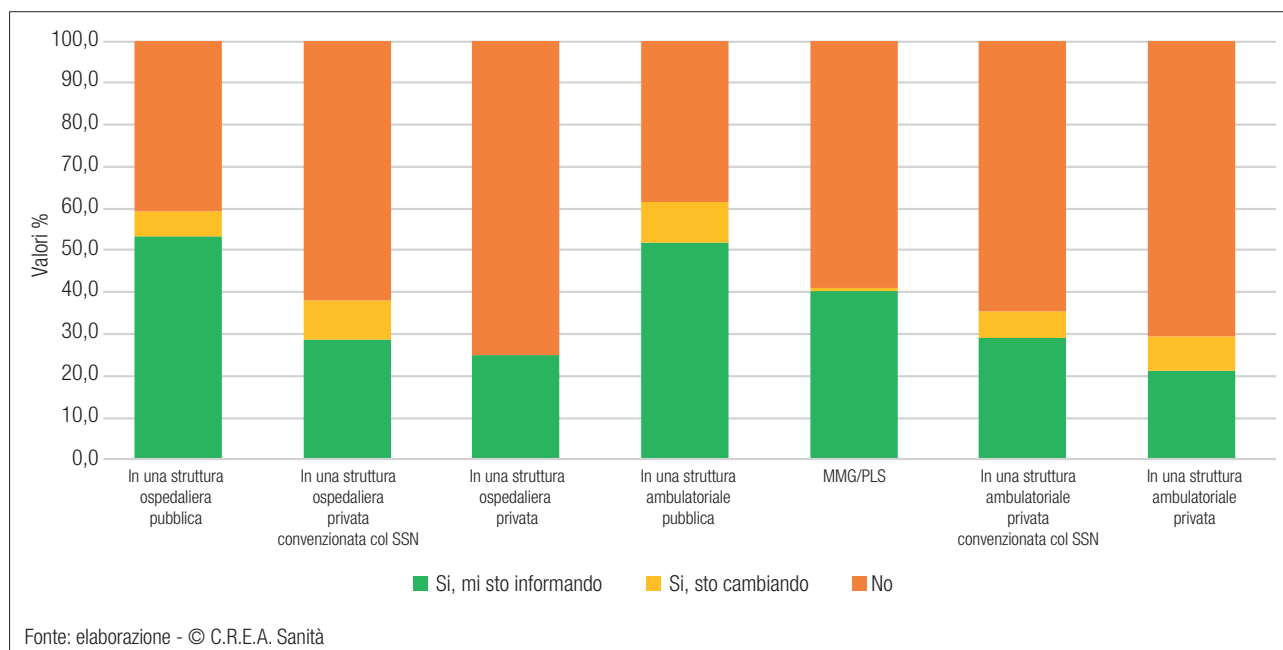


Figura 3c.8. Volontà di trasferimento



Dalla figura 3c.8. emerge come il desiderio di cambiare posto di lavoro sia più sentito da chi lavora in una struttura ospedaliera, sia essa pubblica o privata: il 60% circa di chi lavora in ospedale sta cambiando o pensando di cambiare lavoro.

Tra quelli che stanno pensando di cambiare lavoro

circa il 20% vorrebbe andare all'estero, il 15,0% in una struttura ospedaliera privata, il 14,4% in una pubblica, il 10,0% in una struttura ambulatoriale pubblica, l'8,2% in una struttura ospedaliera privata convenzionata col SSN, il 6,5% in una struttura ambulatoriale privata convenzionata col SSN, il 5,0% in

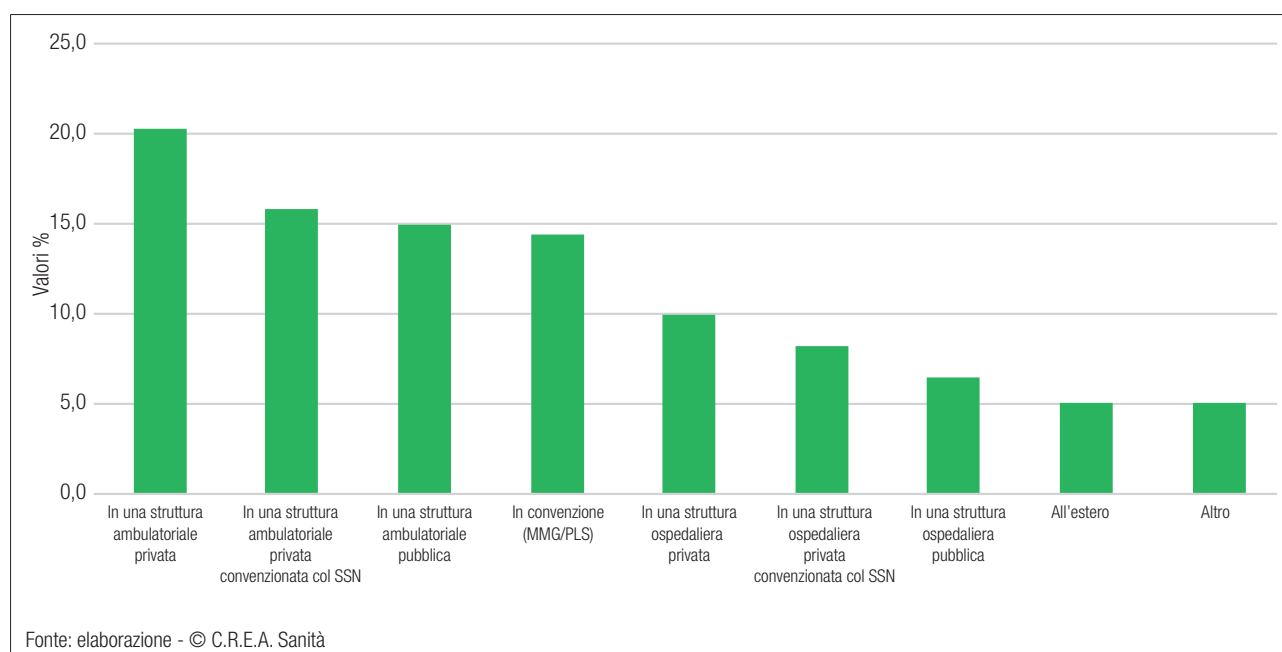
una struttura ospedaliera privata, sempre il 5,0% in una struttura ambulatoriale pubblica in convenzione (MMG/PLS) e il restante 15,8% in altri luoghi (Figura 3c.9.).

A volersi trasferire in una struttura ospedaliera e ambulatoriale privata sono prevalentemente (rispettivamente 64,7% e 56,9%) i medici con esperienza

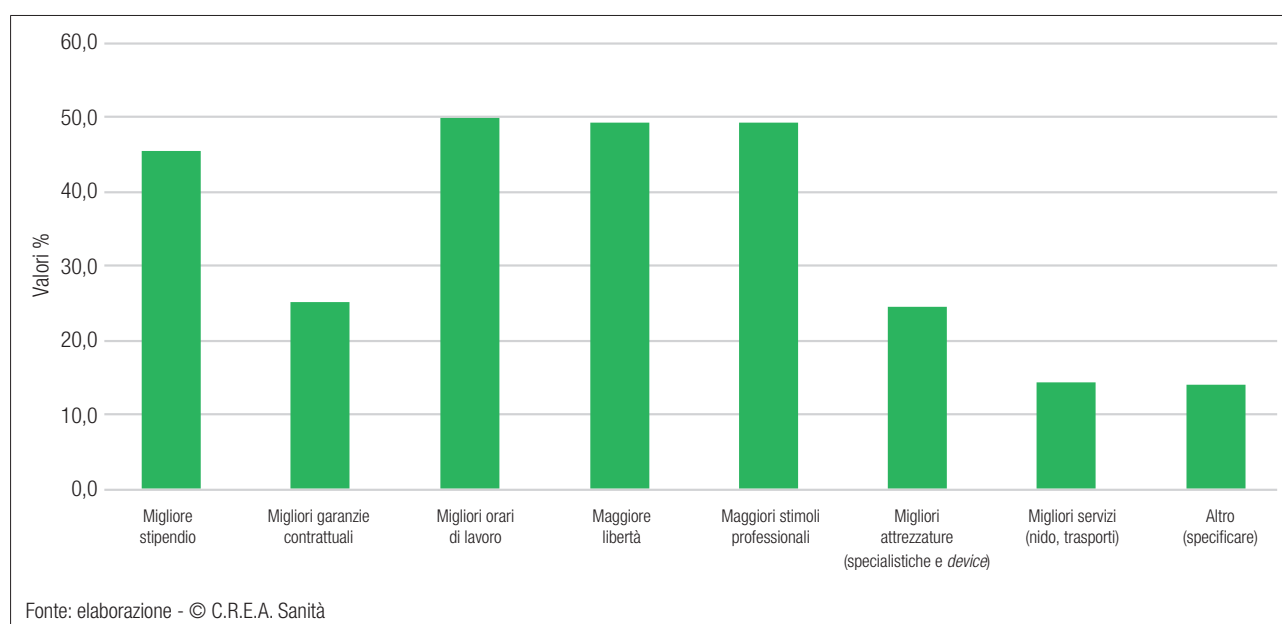
lavorativa (età compresa tra i 51 e i 70 anni).

Viceversa, a volersi trasferire in una struttura ospedaliera o ambulatoriale pubblica sono prevalentemente i medici con meno di 50 anni (rispettivamente 67,3% e 61,8%) ma anche quelli operanti in una struttura ospedaliera convenzionata.

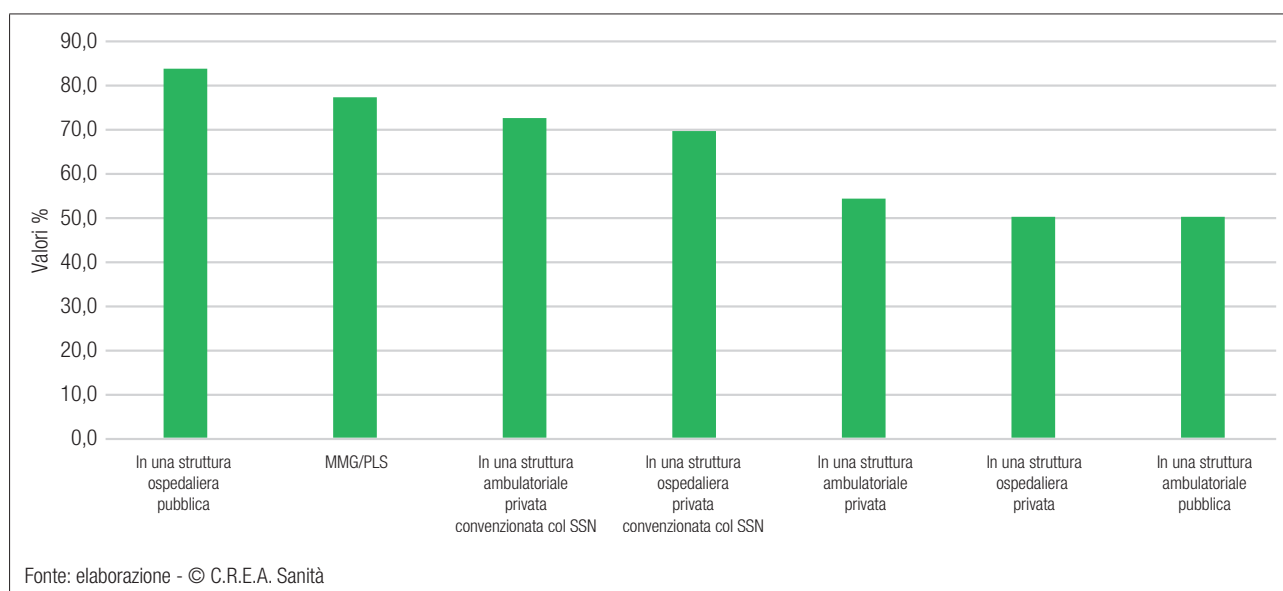
**Figura 3c.9. Struttura in cui ci si vorrebbe trasferire**



**Figura 3c.10. Motivi per cambiare lavoro**



**Figura 3c.11. Non soddisfazione per la retribuzione percepita**



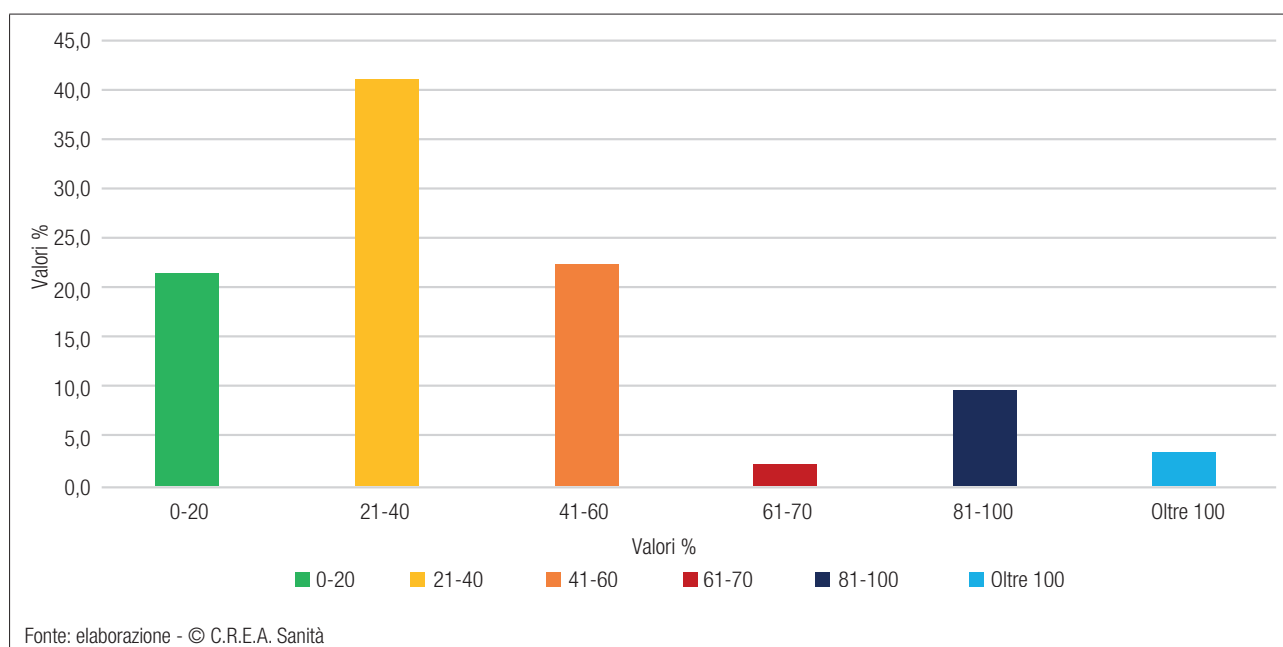
Coloro che vogliono trasferirsi all'estero si bipartiscono equamente tra gli *over* e gli *under* 50.

I motivi alla base del desiderio di voler cambiare lavoro (per quasi il 50% di coloro che hanno desiderio di cambiarlo) sono da ricercarsi nella ricerca di migliori orari di lavoro, maggiore libertà e maggiori

stimoli professionali, seguita da presso dalla ricerca di una maggiore retribuzione (Figura 3c.10.).

Secondo il 75,2% dei rispondenti la retribuzione percepita non è adeguata al carico di lavoro richiesto.

**Figura 3c.12. Aumento auspicabile retribuzione**





L'inadeguatezza della retribuzione è sentita maggiormente da chi lavora nel pubblico, siano essi ospedali o ambulatori; oltre il 77% dei rispondenti operanti in tali strutture si ritiene insoddisfatto. Allo stesso modo, circa il 70% degli operanti nel settore convenzionato si ritiene insoddisfatto della retribuzione, mentre i rispondenti operanti nelle strutture private si ripartiscono pressoché in egual modo tra soddisfatti e non (Figura 3c.11.).

Fra coloro che valutano la loro retribuzione inadeguata, il 41,0% ritiene che andrebbe aumentata di una quota compresa tra il 21 e il 40%, il 22,4% del 41-61%, il 21,5% dello 0-20%, il 9,6% dell'81-100%, il 3,4% di oltre il 100% e il 2,2% del 61-70% (Figura 3c.12.).

Infine, il 57,4% dei rispondenti consiglierebbe il proprio lavoro ad un giovane in procinto di scegliere il percorso di studi in medicina e chirurgia.

Il 42,6% di coloro che non lo consiglierebbe adduce come principale motivazione la pesantezza degli orari di lavoro (definiti "massacranti") e le retribuzioni troppo basse, con una conseguente qualità della vita non soddisfacente.

### 3c.3. Riflessioni finali

Promuovendo la *survey* i cui risultati sono descritti nel paragrafo precedente, era lecito aspettarsi un risultato in linea con quello restituito dai rispondenti: ovvero quello di una professione animata da una forte spinta vocazionale ("malgrado tutto" quasi il 60% dei medici rispondenti consiglierebbe la professione ad un giovane), ma "appesantita" dalla percezione di lavorare in un contesto non favorevole e che non riconosce la propria professionalità.

Il valore aggiunto della *survey*, ci sembra sia quello di avere dato voce direttamente ad un campione numericamente significativo dei medici di cui tanto si parla.

Pur consci della possibilità di una qualche distorsione dei risultati, nella misura in cui potrebbero avere sentito un maggiore interesse a partecipare alla *survey* i medici che volevano dare voce al proprio disappunto, il responso appare inequivocabile: oltre

il 40% dei rispondenti non è soddisfatto della propria situazione professionale.

Certamente pesa lo *stress* legato alla percezione di lavorare in situazioni caratterizzate da carenza di organico: l'87% dei rispondenti riscontra una carenza di personale, percentuale che supera il 90% nei contesti ospedalieri pubblici. Appare interessante sottolineare che questa valutazione è comune anche ai professionisti che lavorano in strutture convenzionate; solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private (non convenzionate) sembra essere meno pressante la carenza di personale.

Questa percezione si trasla direttamente nel livello di soddisfazione per la propria posizione professionale: se la quota degli "scontenti" è maggiore nelle strutture pubbliche, anche in quelle private convenzionate i livelli sono simili; nuovamente, la situazione appare migliore solo nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali private non convenzionate.

L'insoddisfazione generalizzata si tramuta in un atteggiamento proattivo: oltre il 40% dei rispondenti sta valutando di cambiare lavoro e il 5% lo sta già facendo; percentuale che arriva al 60% per chi è occupato in una struttura ospedaliera pubblica.

Il 20% dei rispondenti sta valutando di spostarsi all'estero, a riprova della non appetibilità della professione in Italia; fra chi rimane, la volontà di spostamento da pubblico a privato sembra essere compensata da quella di spostamento da privato a pubblico, segno di una generalizzata non soddisfazione per le condizioni professionali.

La carenza di personale si riverbera nella ricerca di orari di lavoro più accettabili per quasi il 50% dei rispondenti; anche la ricerca di maggiori stimoli professionali risulta una importante motivazione al cambiamento, senza però dimenticare la ricerca di un adeguamento della retribuzione, che è un motivo di cambiamento per il 45% dei rispondenti.

Oltre il 75% dei medici ritiene che la retribuzione non sia più ragionevolmente commisurata ai carichi di lavoro: è interessante registrare che, se nel pubblico la percentuale di concordanti con questa affermazione sale al 77%, non è molto lontana nel privato convenzionato (circa il 72%), oltre 20 punti percentuali in più rispetto alle "posizioni" degli occupati in

strutture private non convenzionate.

La *survey* ha cercato di stimare quali fossero le reali aspettative dei professionisti in tal senso: le risposte si concentrano in una richiesta di aumento della retribuzione posizionata nella fascia +20-40%, con un altro 20% di rispondenti che si aspetterebbe un aumento ancora maggiore (+40-60%) e simmetricamente un 20% posizionato nella fascia +0-20%.

In sintesi, se mai ce ne fosse stato bisogno, la *survey* ha confermato l'esistenza di un diffuso malessere fra i medici, che nasce dalla valutazione di una generalizzata carenza di personale, che si traduce in un rilevante *stress* lavorativo non compensato da adeguate retribuzioni. La percezione del malessere è maggiore fra i professionisti delle strutture pubbliche, ma i livelli sono molto simili nelle strutture private convenzionate, dimostrando che il problema è in generale legato alle condizioni che si sono create nel SSN.

L'attesa di una riqualificazione delle retribuzioni è centrale: i rispondenti appaiono in qualche modo "ragionevoli", con una moda statistica posizionata sull'aspettativa di un recupero di retribuzione posizionato intorno al 30%: cifra che però, se pensata come un incremento generalizzato, diventa un obiettivo irraggiungibile se rapportato agli incrementi di

risorse attualmente disponibili per il settore sanitario.

A riprova del fatto che l'adeguamento dell'organico è un punto di arrivo e non di partenza, seguendo le dichiarazioni dei medici rispondenti alla *survey*, possiamo attenderci per il futuro una situazione "perturbata" con quote significative di professionisti che, in ragione della loro insoddisfazione, intendono spostarsi dal settore pubblico a quello privato e viceversa, ma anche con un significativo 20% di professionisti (percentuale tanto più significativa considerando che il campione intervistato ha una età media avanzata) che è attirato dall'ipotesi di trasferirsi all'estero.

In conclusione, appare confermato che la sopravvivenza del SSN è strettamente legata alla capacità di riformare complessivamente le politiche di gestione delle risorse umane, prevedendo incentivi anche monetari, ma certamente un ripensamento complessivo della normativa che regola la possibilità di distribuzione degli incentivi e le condizioni di lavoro.

### Riferimenti bibliografici

18° Rapporto Sanità. Anno 2022

## ENGLISH SUMMARY

### *The appeal of the healthcare profession: evidence from a survey administered to doctors*

*The issue of human resources in the National Health Service (NHS) is absolutely strategic to protecting it. Much of the debate that has developed over the last year has focused on the issue of staff shortages.*

*For this reason, it was deemed appropriate to tackle the issue by giving voice directly to health professionals. A study was carried out in collaboration with the National Federation of the Associations of Surgeons and Dentists (FNOMCeO), designed to analyse physicians' expectations regarding the attractiveness (or not) of the profession in Italy.*

*A total of 891 subjects participated in the survey conducted using the CAPI (Computer Assisted Personal Interview) method.*

*As might be expected, the profession is driven by a strong sense of mission ("in spite of everything," nearly 60 percent of the physicians interviewed would recommend the profession to a young person), but "burdened" by the perception of working in an unfavourable environment that does not recognize physicians' professionalism.*

*With the caveats related to the fact that some distortions in results may be due to the fact that physicians who wanted to voice their disappointment may have felt a greater interest in participating in the survey, the outcome appears unequivocal: more than 40 percent of respondents are dissatisfied with their professional situation.*

*A factor that certainly weighs heavily is the stress related to the perception of working in situations characterized by understaffing, as reported by almost all respondents and, in particular, by those working in public hospitals. It seems interesting to note that this assessment is also common and widespread among professionals working in facilities operating under the National Health Service. Only in private inpatient and outpatient facilities (not working under the Na-*

*tional Health Service) does understaffing seem to be less pressing.*

*This perception directly affects the level of satisfaction with physicians' professional position: while the share of "dissatisfied" is higher in public facilities, the levels are similar also in private facilities working under the National Health Service. Again, the situation appears to be better only in private inpatient and outpatient facilities not working under the National Health Service.*

*Generalized dissatisfaction turns into a proactive attitude, with a significant proportion of professionals considering changing job and a not insignificant share already doing so (most of them, again, among those employed in public hospitals).*

*Many of the respondents are considering moving abroad, thus showing the unattractiveness of the profession in Italy. Among those who decide to remain, the willingness to move from public to private facilities seems to be offset by the willingness to move from private to public facilities, which is a sign of generalized dissatisfaction with professional conditions.*

*Staff shortages are reflected in the search for more acceptable working hours and greater professional motivation, as well as the search for pay adjustments, which is a reason for change for 45 percent of respondents.*

*More than 75% of physicians believe that pay is no longer reasonably commensurate with workloads. It is interesting to note that while in the public sector the percentage of physicians agreeing with this statement rises to 77%, it is not so different in the private facilities working under the National Health Service.*

*The survey tried to estimate what the real expectations of professionals are in this regard: the answers point to a request for increasing pay in a range*

between 20 and 40%.

*In conclusion, it seems to be confirmed that the survival of the NHS is closely linked to the ability to reform the policies for managing human resources,*

*by providing incentives, including monetary ones, as well fully rethinking the regulations that govern the possibility of distributing incentives and the working conditions.*

## CAPITOLO 3d

### L'evoluzione del personale infermieristico

a cura di FNOPI

#### 3d.1. Introduzione

I recenti cambiamenti sociodemografici della popolazione italiana evidenziano una società sempre più anziana (Istat, 2023), affetta da patologie croniche, talvolta compresenti nello stesso soggetto (Istat, 2021a). Inoltre, anche il cambiamento nella composizione familiare, caratterizzato dall'aumento dei nuclei familiari con un unico componente (Istat, 2021b) e l'aumento del divario sociale, impongono ragionamenti per lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che possano rispondere ai nuovi bisogni assistenziali.

Parallelamente si assiste a una dinamica evolutiva del personale infermieristico contraddistinta, tra le altre, da un aumento costante dell'età media (C.R.E.A. Sanità, 2021), da fenomeni di abbandono (Sasso L. et al., 2019) e, più generale, dalla mancanza di un adeguato numero di professionisti lavorativamente attivi (OASI Report, 2022).

Tale contesto è aggravato anche da una scarsa attrattività della professione infermieristica (Mastrillo A. et al., 2023) che oramai necessita l'adozione di azioni di riforma e rilancio dell'immagine professionale nonché di ristrutturazione e riconoscimento del ruolo agito nelle strutture sanitarie e sociosanitarie. In particolare, è improcrastinabile attuare investimenti sul personale infermieristico andando a definire: (i) nuove risorse per il sistema nella sua complessità; (ii) nuovi percorsi di carriera nell'ambito clinico assistenziale e (iii) una concreta valorizzazione economica della professione, coerente con il rafforzamento delle competenze acquisite durante lo sviluppo di carriera.

L'emergenza generata dalla pandemia Covid-19 ha evidenziato come il tradizionale modello organizzativo risulti ormai inefficace nel rispondere alle esi-

genze di salute della popolazione (Tahn HM. 2020; Assefa Y. et al. 2021).

Alla luce di queste considerazioni si può comprendere come sia necessario uno sviluppo della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza, dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei relativi percorsi formativi universitari, con sviluppo delle aree di competenza specialistica quali, ad esempio, l'introduzione di nuovi modelli assistenziali e ruoli infermieristici, in particolare quello dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (WHO, 2000), con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini a livello territoriale e a domicilio. Altro elemento caratterizzante l'evoluzione dei modelli organizzativi prevede e contempla anche la naturale evoluzione delle figure di supporto all'assistenza che possano accompagnare e stimolare questo cambiamento.

#### 3d.2. Evoluzione della professione infermieristica

Nel prossimo futuro si dovranno sviluppare le competenze agite dalla professione infermieristica per una migliore qualità dell'assistenza, determinando così il passaggio da una logica prestazionale verso una presa in carico dell'assistito e del più generale "sistema assistenza". Come anticipato, lo sviluppo di competenze avanzate gestionali e cliniche, in ogni ambito, potrà influenzare significativamente l'identità e il senso di appartenenza alla comunità professionale, anche intervenendo sulla retribuzione economica di risultato.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario agire su alcuni fondamentali cardini del sistema professionale e organizzativo allo scopo di progettare una

nuova dimensione del professionista infermiere sia in senso verticale (linea gerarchica/asse del *management*) che orizzontale (sviluppo dei ruoli professionali/asse della clinica) (Pitacco G. et al. 2003) superando le logiche prestazionali/esecutive, a favore dell'applicazione di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona assistita e dei loro *caregiver*.

- In senso orizzontale/asse della clinica, sarà necessario perseguire l'allineamento tra domanda e offerta di competenze specialistiche acquisibili con livelli formativi differenziati (aziendali, regionali, universitari) per essere in grado di gestire determinati processi assistenziali legati a particolari tipologie di utenti. Questi professionisti saranno in grado di rispondere ai bisogni assistenziali derivanti dalle mutate condizioni di salute della popolazione e dei loro bisogni più complessi. Si citano come esempio gli infermieri specialisti in stomaterapia, *wound care*, gestione *device picc team*, *pain nurse*, rischio infettivo, di famiglia e di comunità, etc.. In questo scenario, diviene strategico un riorientamento verso un approfondimento di conoscenze e competenze per specifiche aree cliniche dell'attuale laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (FNOPI, 2023), orientata nel tempo a uno sviluppo prevalentemente finalizzato a conoscenze e competenze trasversali di ricerca, di management e pedagogiche.

È del tutto evidente come il contesto organizzativo e la possibilità di adottare modelli assistenziali qualitativamente avanzati sono fortemente influenzati dalla consistenza degli *staff* assistenziali. Oggi i dati relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcome*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) a indicatori di sicurezza e qualità delle cure, sono macro-indicatori già disponibili in letteratura (Sasso L. et al. 2017) e consentono di orientare le scelte su questo tema. A tal proposito, riteniamo sia fondamentale l'abbandono della logica del minutaggio assistenziale, adottan-

do invece la logica del rapporto n. infermieri/n. pazienti.

- In senso verticale/asse del *management*. La dirigenza infermieristica dovrà essere compresa nella direzione strategica aziendale (previa modifica della L. n. 502/1992), occupando ruoli di pari livello gerarchico con il *management* direzionale (Del. Leg.va Regione Emilia Romagna n. 31 del 23/11/2021 modifiche all'art. 3 della L.R. n. 29/2004 – norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale) individuando con chiarezza la funzione gestionale in capo al dirigente infermiere che, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale, potrà definire metodi e strumenti per il governo della complessità organizzativa e assistenziale sviluppando modelli innovativi per l'erogazione di un'assistenza di qualità.

### 3d.3. Metamodello organizzativo per l'assistenza infermieristica

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte, da un lato, all'aumento del peso della cronicità e, dall'altro, alla progressiva riduzione dell'organico di alcune specializzazioni mediche (Age.Na.s., 2022), risulta essere il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di *skill mix* e *task shifting* (WHO, 2007). Si tratta infatti di valorizzare le professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (*skill mix*) e su un cambio di ruoli in sostituzione (*task shifting*) o in affiancamento (*task evolution*) alle altre professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, i benefici si espliciteranno nel miglioramento della qualità della presa in carico.

Oggi il modello *skill mix/task evolution* vede coinvolti non solo medici e infermieri come inizialmente accaduto (Martínez-González NA. et al. 2015; Gading EA. et al. 2022), ma anche gli operatori socio-sanitari o i *caregiver* che possono essere affiancati agli infermieri, in particolare nelle attività do-

miciliari. Questo cambiamento di ruoli e responsabilità, se ben progettato, potrebbe restituire il “senso di valore” che sembra essere oggi un elemento fondamentale per superare, o almeno contrastare, il cosiddetto fenomeno della *great resignation* (Nowell L., 2002) di molti operatori sanitari. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ripensate al fine di comprendere azioni di miglioramento e di snellimento dei percorsi sanitari e sociali, in particolare il cittadino dovrebbe essere guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato all'interno dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali.

La normativa dovrebbe tendere soprattutto al cambio del paradigma medicocentrico del nostro SSN basato soprattutto sulla cura di patologie, con estreme suddivisioni per specializzazioni, traslando verso un sistema guidato anche da laureati delle altre professioni sanitarie, con dei veri e propri progetti di salute globale dell'individuo.

Sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell'infermiere generalista prevede la funzione dell'infermiere specialista: professionista responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento. Cura la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e assicura un servizio assistenziale di alto livello con competenza specifica e autonomia professionale. Inoltre, assicura un appropriato utilizzo di materiali, strumenti e risorse a disposizione, nel rispetto delle direttive ricevute, delle procedure e degli standard qualitativi aziendali. È referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità.

Anche al fine di alleviare il carico lavorativo su determinate figure professionali, il processo di riforma normativa in corso dovrebbe tendere a un ampliamento delle competenze degli infermieri professionisti, in particolare prevedendo delle attività di prescrizione dei presidi base e di *follow-up* unitamente al possesso di specifiche competenze digitali.

L'introduzione di sistemi tecnologici può aggiungere valore all'assistenza se consente l'erogazione di

nuovi servizi, più sostenibili, più personalizzati, capaci di rilevare i bisogni di salute. L'introduzione di soluzioni di Sanità Digitale consentirebbe di:

- coprogettare i modelli di presa in carico, in una logica nella quale gli sviluppatori comprendono meglio le esigenze di utilizzatori e pazienti, i professionisti sanitari sfruttano più facilmente le opportunità che la tecnologia può aprire, le persone assistite manifestano le attese principali e le organizzazioni possono comprendere i ragionevoli limiti di servizio
- semplificare i percorsi rivolti al paziente e migliorare l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza. La revisione dei processi deve porre al centro sia la persona assistita e le sue esigenze, sia la sostenibilità del sistema sanitario. Ciò richiede uno sviluppo e una rivisitazione dei ruoli unita all'aggiornamento delle competenze; tali processi di *shifting* di competenze e responsabilità vanno individuati, accompagnati e governati. Uno degli obiettivi di ridisegno dei processi è rappresentato dall'adozione di soluzioni tecniche e organizzative capaci di assicurare un modello attivo di *Transitional Care*
- partecipare in forma attiva da parte del cittadino che si rivolge ai servizi sanitari, o da parte del *caregiver* al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

### 3d.4. Evoluzione delle figure di supporto

L'importante transizione in atto (epidemiologica, organizzativa e di evoluzione delle competenze dei professionisti) deve necessariamente riguardare anche il personale di supporto all'assistenza infermieristica.

Tale evoluzione deve riguardare:

- il governo degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno, attraverso una ulteriore previsione normativa a integrazione della L. n. 3/2018 per l'istituzione

all'interno degli Ordini delle professioni infermieristiche di un albo speciale per il personale di aiuto e supporto all'attività dell'infermiere per la verifica, il controllo deontologico e la tutela dell'attività svolta a beneficio del cittadino

- la formazione complementare per lo sviluppo di nuove e maggiori competenze da agire in autonomia o su indicazione dell'infermiere sulla base della pianificazione fatta.

### Riferimenti bibliografici

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS (2022). Il personale del Servizio Sanitario Nazionale
- Assefa Y, Gilks CF, Van De Pas R, Reid S, Gete DG, Van Damme W. (2021). "Reimagining global health systems for the 21st century: Lessons from the COVID-19 pandemic". Vol. 6, BMJ Global Health. BMJ Publishing Group; 2021
- Rapporto C.R.E.A. Sanità (2021). "Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione"
- Deliberazione legislativa Regione Emilia Romagna n. 31 del 23 novembre 2021 modifiche all'art. 3 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 (norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale)
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)(2023). Consensus Conference – Documento di Consenso
- Gading EA, Lan W (2022). "Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review". *Int J Nurs Pract.* 2022 Oct;28(5):e13046. doi: 10.1111/ijn.13046. Epub
- Istat (2019, 2021) (a). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia
- Istat (2021) (b). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie
- Istat. Indicatori Demografici Bilancio demografico nazionale
- Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. (2015). "The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Resour Health*". Jul 7;13: 55. doi: 10.1186/s12960-015-0049-8
- Mastrillo A, Bevacqua L, Cenerelli E. (2023). "Professioni sanitarie: ecco il Report 2023-2024 con la programmazione dei posti e i dati su tutti i corsi di laurea". Sole 24ore – Sanità
- Nowell L.(2022). "Helping nurses shift from the great resignation to the great reimagination". *J Adv Nurs.* 2022 Oct;78(10):e115-e117. doi: 10.1111/jan.15403. Epub
- OASI Report 2022
- Pitacco G, Silvestro A. (2023). "Un modello di analisi della complessità assistenziale". I Quaderni Ipasvi
- Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R; RN4CAST@IT Working Group (2019). "Push and pull factors of nurses' intention to leave". *J Nurs Manag.* 2019 Jul;27(5):946-954. doi: 10.1111/jonm.12745. Epub
- Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A, Spandonaro F, Icardi G, Watson R, Sermeus W. (2017). "The general results of the RN4CAST survey in Italy". *J Adv Nurs.* 2017 Sep;73(9):2028- 2030. doi: 10.1111/jan.13066. Epub
- Tahan HM. (2020). "Essential Case Management Practices Amidst the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Crisis: Part 1: Tele-Case Management, Surge Capacity, Discharge Planning, and Transitions of Care". *Prof Case Manag.* 25(5):248–66
- World Health Organization (WHO), PEPFAR & UNAIDS (2007). "Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines". Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO) (2000). Regional Office for Europe. "The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum". World Health Organization. Regional Office for Europe



## ENGLISH SUMMARY

### *The evolution of the nursing staff*

*The Chapter deals with some aspects deemed fundamental for the development of the nursing profession, for the related skill profiles, and the roles played in health and social-health facilities, as well as the related university educational paths.*

*For the purpose of providing better quality of care, in particular, it is deemed essential to take action to shift from a benefit and performance logic to taking charge of patients' care and of the more general "care system": in other words, benefit and performance/executive logics need to be overcome, in favour of the implementation of organizational models supporting the logic of taking charge of patients and their caregivers.*

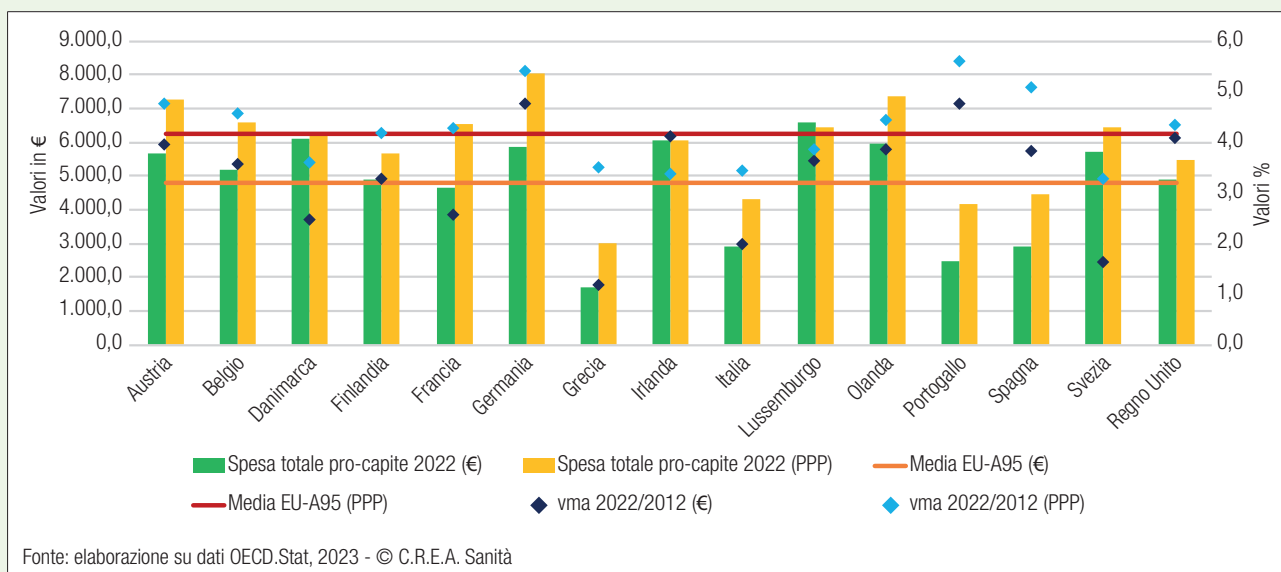
*For nurses (from the clinical viewpoint), it will be essential to match supply and demand of specialist skills that can be acquired through differentiated levels of training (at corporate, regional, and university levels). Moreover, from the managerial viewpoint, it will be crucial to ensure that nursing management is included in corporate strategic direction, with roles hierarchically equal to the executive management.*

*The Chapter recalls that the time is ripe for a new*

*stratification of the nursing profession that, besides the job profiles of coordinator and generalist nurse, also envisages the specialist nurse, i.e. the professional responsible for nursing care in the relevant area. Furthermore, also in view of alleviating the workload on some professionals, the current regulatory reform process should tend to broaden the registered nurses' competence and skills, in particular by providing for basic prescription and follow-up activities, together with the possession of specific digital skills.*

*Finally, the transition underway also needs to apply to the nursing support staff. This needs to be done, in particular, through a new governance of support workers, whether they have complementary training or not, by means of an additional regulatory provision to complement Law No. 3/2018 for the establishment - within the Associations of the Nursing Profession - of a special register for the nursing support staff for the check, ethics compliance and protection of the activity carried out for citizens' benefit, and by also promoting complementary training for the development of new and enhanced skills to be used autonomously and independently or upon nurses' instructions.*

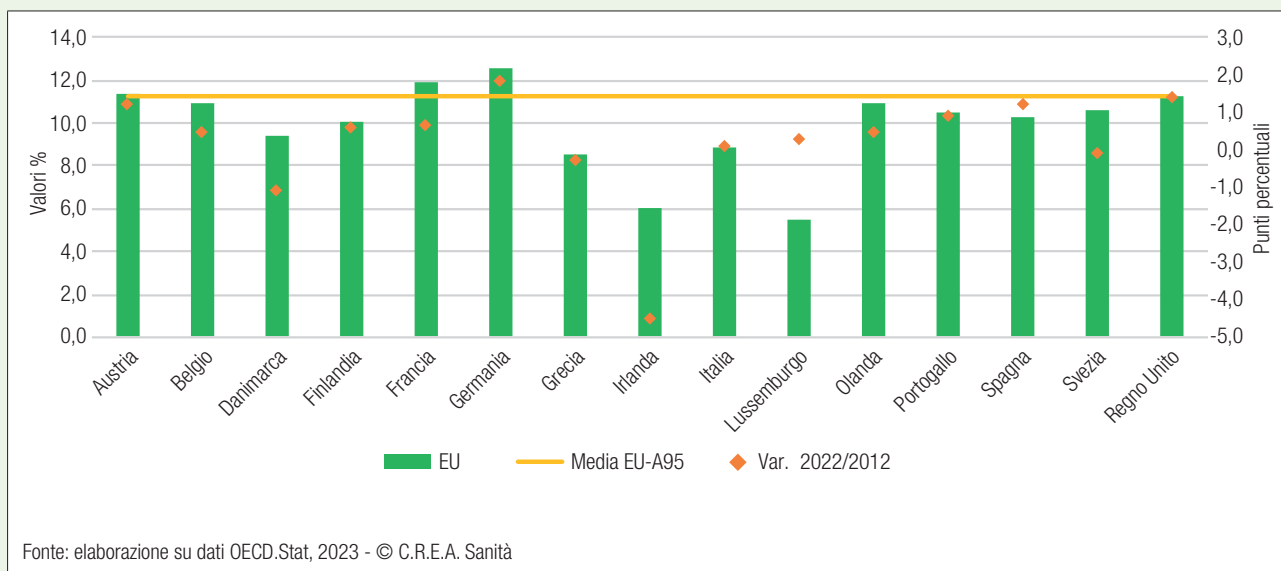
KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, la spesa sanitaria totale pro-capite (secondo i dati OCDE) , si attesta a € 2.911,5 (+2,6% sull'anno precedente), mentre risulta pari a € 4.792,1 (+3,7% sull'anno precedente) nei rimanenti Paesi EU-Ante 1995. Nell'ultimo decennio i Paesi EU-Ante 1995 hanno registrato una crescita media annua della spesa totale sanitaria del 3,8% medio annuo, l'Italia del +2,0%, portando il *gap* al -39,2% (+11,5 punti percentuali nell'ultimo decennio). Esprimendo la spesa in Parità di Potere di Acquisto (€-PPP) si conferma uno scarto pari al -31,5%.

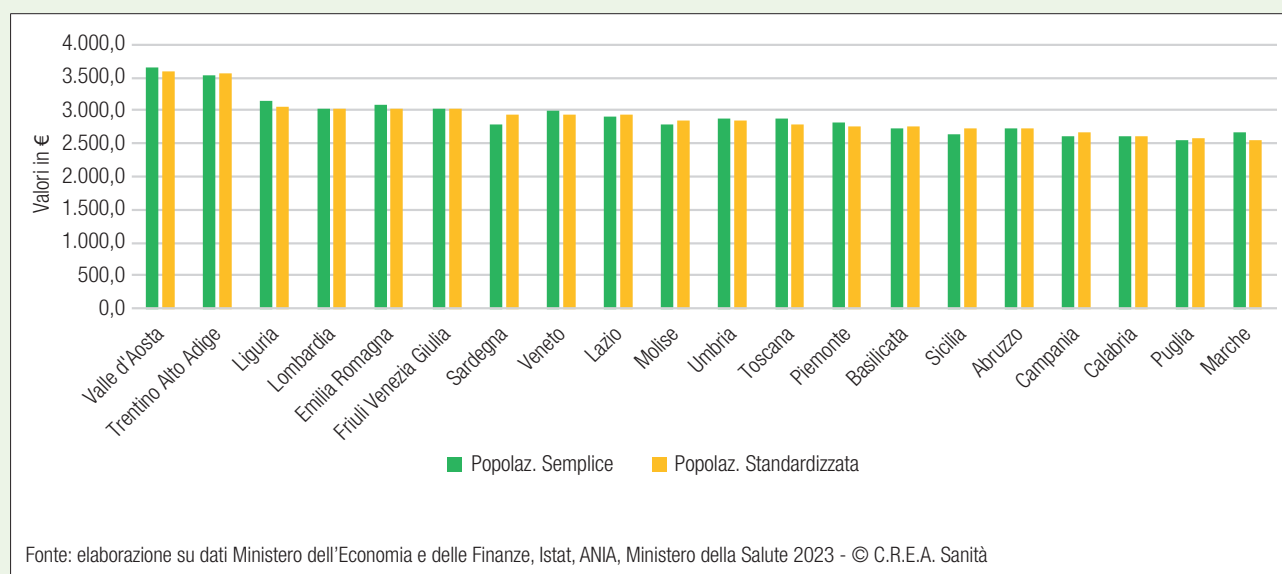
KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è pari all'8,8%, -0,5 p.p. rispetto all'ultimo anno e -2,5 rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,3%). Nell'ultimo decennio nei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza è in media aumentata di 0,8 p.p., mentre in Italia è rimasta tendenzialmente stabile.

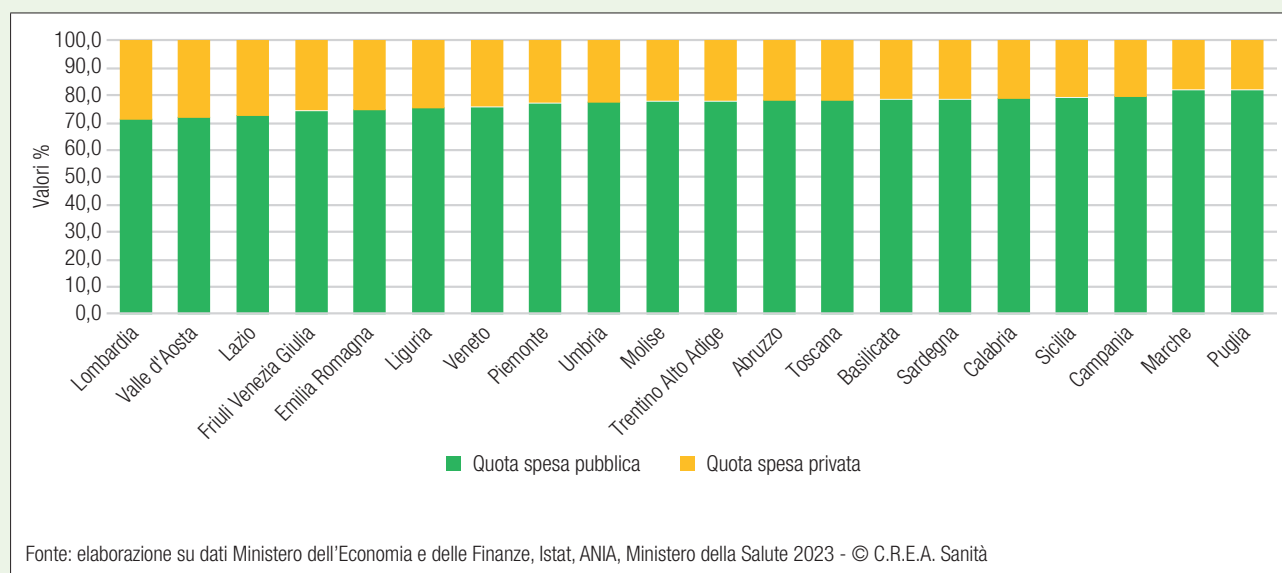
**KI 3.3. Spesa sanitaria totale regionale pro-capite. Anno 2022**



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2022, la spesa sanitaria italiana (secondi i dati Istat) risulta pari a € 2.863,9 pro-capite, in aumento del 2,9% rispetto all'anno precedente e dell'8,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente pari a € 3.662,1 e € 3.530,1); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.599,8) e Puglia (€ 2.538,8). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima è del 44,2% ovvero € 1.123,3. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima scende al 40,4%.

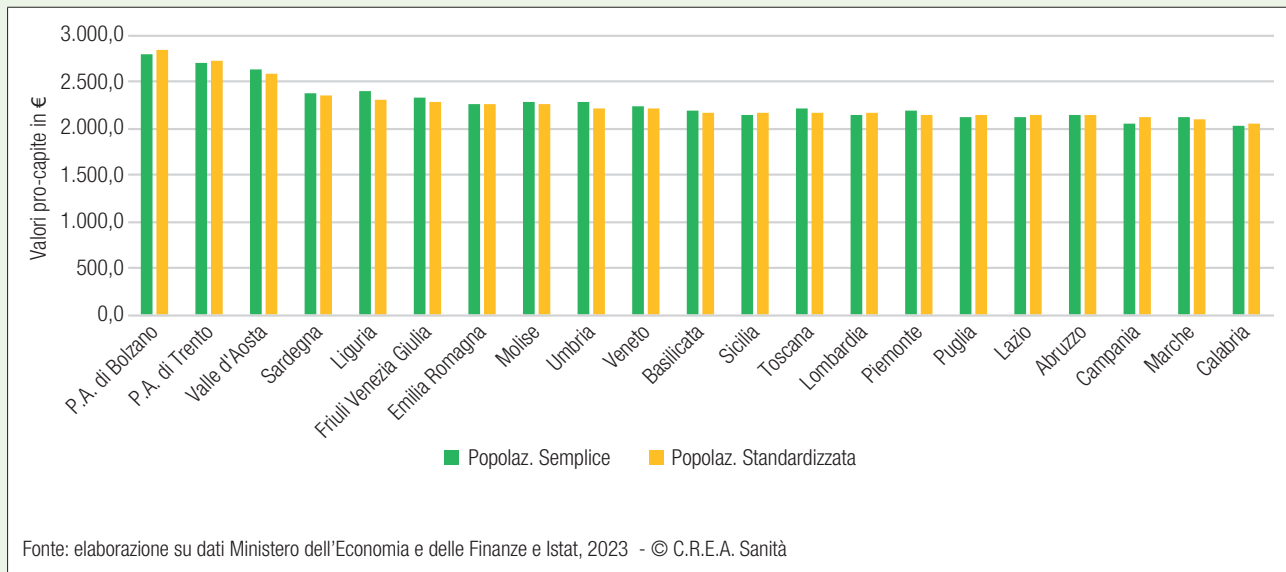
**KI 3.4. Composizione della spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2022**



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istat, ANIA, Ministero della Salute 2023 - © C.R.E.A. Sanità

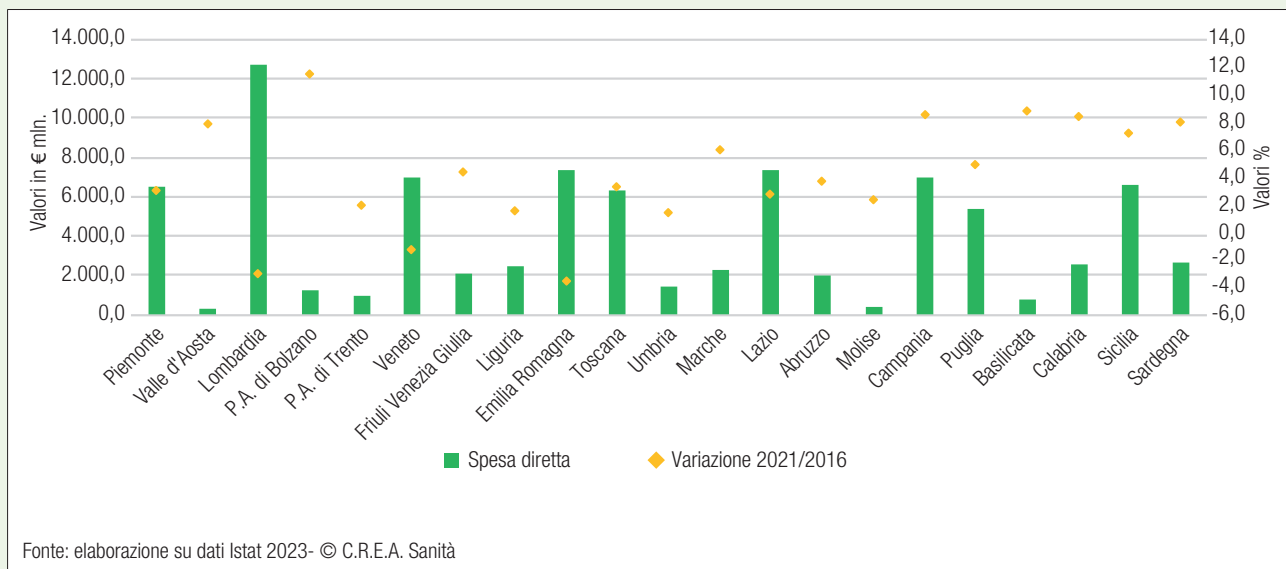
Nel 2022, la spesa sanitaria totale italiana è per il 76,3% spesa pubblica (-0,5 p.p. rispetto all'anno precedente e +1,3 p.p. rispetto al 2017) e il restante 23,7% privata (+0,5 p.p. rispetto anno precedente e -1,3 p.p. rispetto al 2017). La composizione della spesa a livello regionale è variabile, in larga misura per effetto della componente privata della spesa. Nel 2022, in Lombardia la spesa privata rappresenta il 28,7% della spesa sanitaria totale; all'estremo opposto si colloca la Puglia dove la componente privata si ferma al 17,9%.

## KI 3.5. Spesa sanitaria pubblica regionale pro-capite. Anno 2022



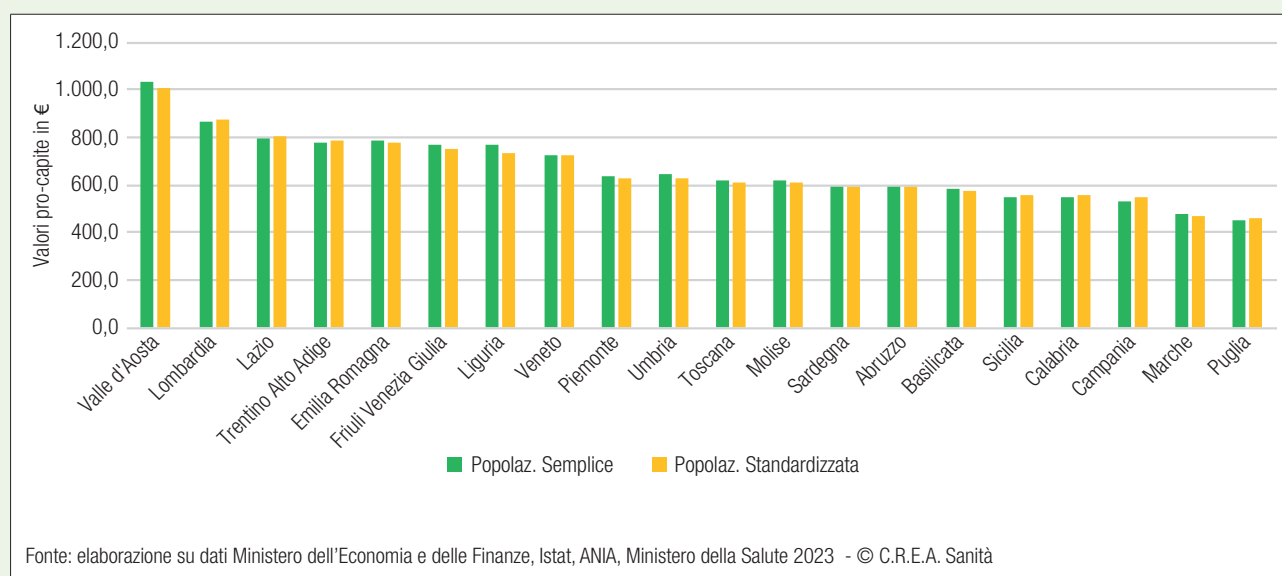
Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica risulta pari a € 2.183,9 pro-capite, in aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente e del 2,9% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.797,5 e € 2.703,8), seguite dalla Valle d'Aosta (€ 2.632,2) e dalla Liguria (€ 2.400,5); all'estremo opposto si collocano Calabria (€ 2.020,6) e Campania (€ 2.059,4). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima è pari a 1,38 volte ovvero € 777,0 pro-capite. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima sale a 1,4 volte.

## KI 3.6. Spesa sanitaria pubblica regionale diretta. Anno 2021



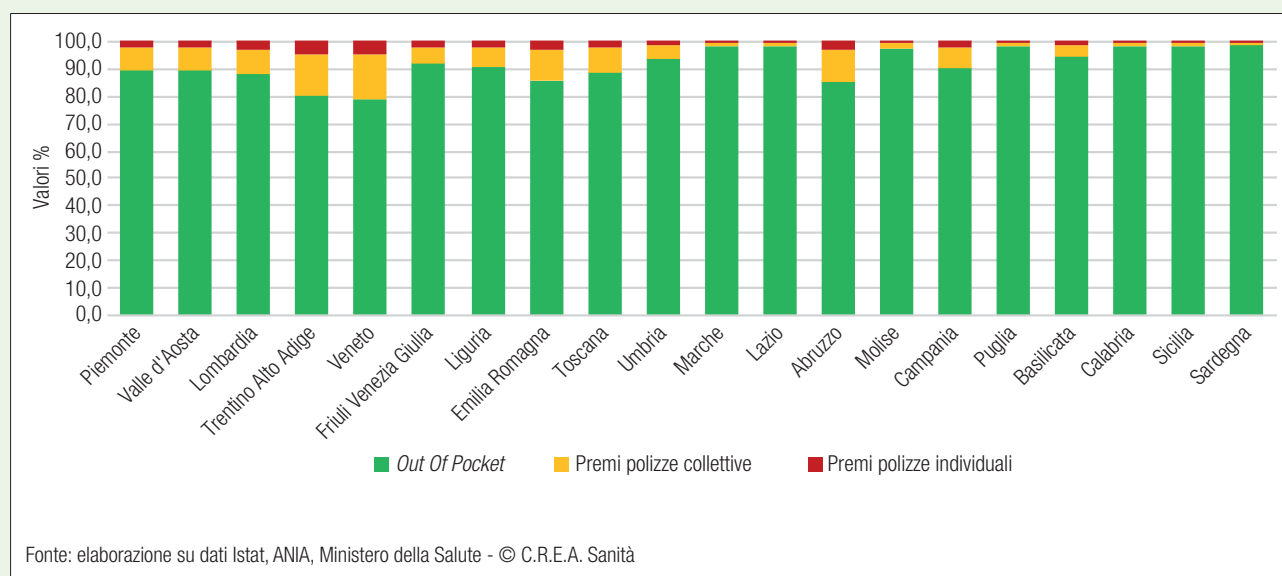
Nel 2021 la spesa sanitaria pubblica è composta per il 68,0% (+0,8 p.p. nell'ultimo anno e +2,6 p.p. nell'ultimo quinquennio) da spesa diretta e il restante 32,0% da spesa in convenzionata. La diretta incide maggiormente nelle Regioni del Centro e del Nord (67,6%, -0,7 p.p. nel quinquennio), rispetto a quelle del Sud (65,7%, +6,9 p.p.). L'incidenza della spesa convenzionata è aumentata maggiormente in Emilia Romagna (+3,6 p.p. nell'ultimo quinquennio) e diminuita maggiormente in Basilicata (-8,7 p.p. nel quinquennio).

**KI 3.7. Spesa sanitaria privata regionale pro-capite. Anno 2022**



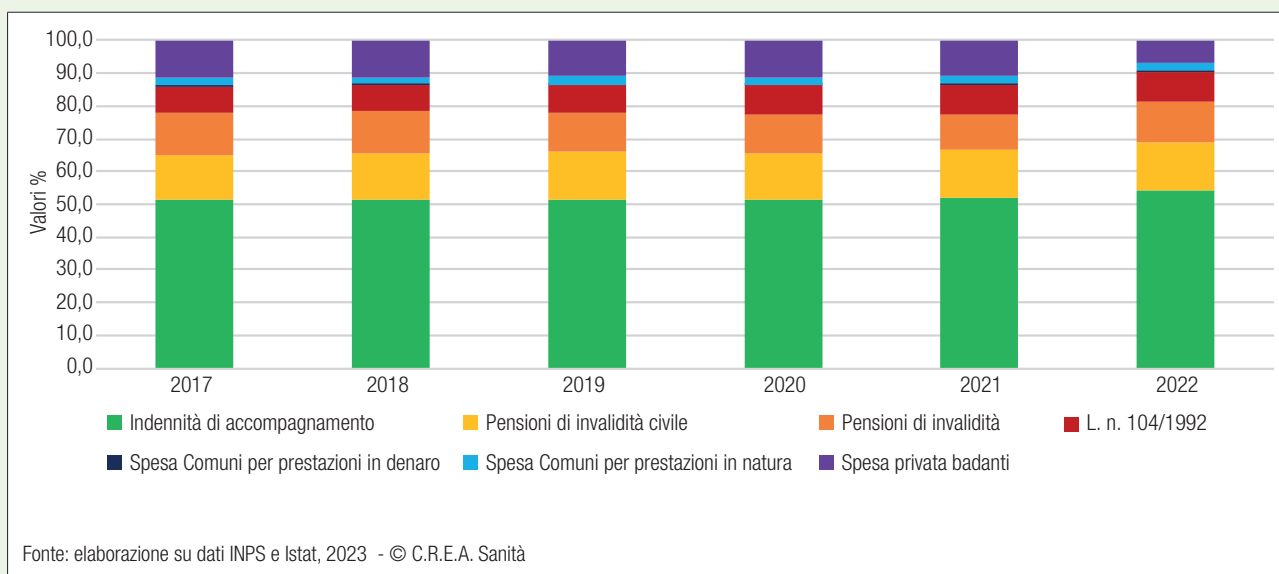
Nel 2022, la spesa privata italiana (secondi i dati Istat) risulta pari a € 680,0 pro-capite, in aumento del 5,4% rispetto all'anno precedente e dell'1,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio. A livello regionale, i valori massimi si registrano in Valle d'Aosta (€ 1.029,9) e Lombardia (€ 868,1); all'estremo opposto si colloca la Puglia (€ 453,9). La differenza tra la Regione con la spesa massima e quella con la spesa minima supera le 1,26 volte ovvero € 576,0. Standardizzando la spesa, la differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima scende alle 1,21 volte ovvero a € 312,0.

**KI 3.8. Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2022**



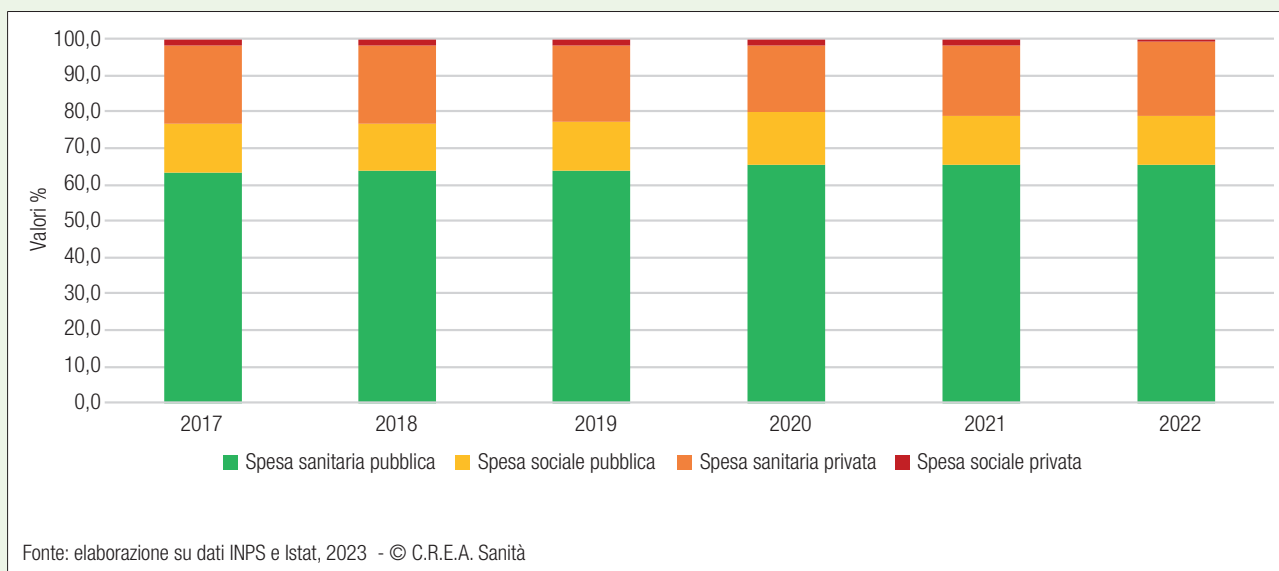
Nel 2022, in Italia, la spesa privata è composta per l'89,6% da spesa *out of pocket* (OOP), ed il restante 10,4% da spesa intermedia, di cui l'8,0% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 2,4% alle polizze individuali. La spesa OOP è cresciuta del 4,5% rispetto all'anno precedente e dell'1,3% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Il peso della intermedia, dal 2016, è andato lentamente crescendo (+2,2 p.p.). Nello specifico le polizze collettive sono in crescita del +5,0% rispetto all'anno precedente e del +1,7% nell'ultimo quinquennio mentre le polizze individuali sono cresciute del +33,4% rispetto all'anno precedente e del +11,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica, si osserva come la componente intermedia rappresenti il 10,9% della spesa privata nel Nord, il 9,3% nel Centro e il 2,5% nel Sud e Isole. Umbria, Marche, Basilicata, Calabria e Sicilia risultano essere le Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, con valori che superano il 98,0%. Trentino Alto Adige e Veneto risultano, invece, quelle con la quota maggiore di spesa privata intermedia che supera il 19% della spesa privata totale.

**KI 3.9. Spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità**



Nel 2022, per le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, le pensioni di invalidità, i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e le prestazioni in denaro di competenza comunale sono stati spesi circa € 24,3 mld. (-2,1% rispetto all'anno precedente, +1,0% medio annuo nell'ultimo quinquennio). I Comuni hanno erogato prestazioni in natura a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani) per una spesa complessiva di € 622,2 mln. (sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente e in riduzione dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio). Se si sommano € 1,8 mld. di spesa OOP per badanti si ottiene una spesa sociale di circa 26,6 mld. totali che, per il 54,4% (+2,5 p.p. rispetto all'anno precedente e +3,0 p.p. nell'ultimo quinquennio), afferiscono alle indennità di accompagnamento; per il 14,8% alle pensioni di invalidità civile (+0,1 p.p. sull'anno precedente e +1,2 p.p. nel quinquennio); per il 12,2% alla spesa per le pensioni di invalidità (+1,0 p.p. sull'anno precedente e -1,0 p.p. nel quinquennio); per il 9,1% alla spesa per i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 (+0,1 p.p. sull'anno precedente e +1,4 p.p. nel quinquennio); per il 0,4% alla spesa dei Comuni per prestazioni monetarie (tendenzialmente stabile nei periodi analizzati); per il 2,3% alla spesa dei Comuni per prestazioni in natura (+0,1 p.p. rispetto al 2021 e -0,1 p.p. nel quinquennio) e per il rimanente 6,9% alla spesa delle famiglie per le badanti (-3,9 p.p. sul 2021 e -4,6 p.p. sul 2017).

**KI 3.10. Spesa socio-sanitaria**



Nel 2022, la spesa socio-sanitaria totale (sanitaria e sociale per le non autosufficienze e la disabilità), in Italia, ammonta a € 197,8 mld. (+2,2% rispetto all'anno precedente, +2,1% medio annuo nell'ultimo quinquennio), pari a € 3.351,0 per residente. Per l'85,5% è spesa sanitaria e il restante 14,5% per prestazioni sociali. La quota pubblica è del 65,2% per la parte sanitaria e del 13,6% per quella sociale. La spesa sanitaria pubblica è diminuita di 0,2 p.p. nell'ultimo anno, mentre la spesa sociale pubblica è aumentata di +0,4 p.p.. La spesa sanitaria privata è aumentata di 0,5 p.p., mentre la spesa sociale privata si è ridotta di -0,7 p.p..