

CONTRIBUTO DI RICERCA 328/2021

## **IL FABBISOGNO FORMATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI IN PIEMONTE**

La programmazione regionale di professionisti,  
a confronto con i bisogni di salute della popolazione

Daniela Musto, Giovanna Perino e Gabriella Viberti

L'IREs PIEMONTE è un ente di ricerca della Regione Piemonte disciplinato dalla Legge Regionale 43/91 e s.m.i. Pubblica una relazione annuale sull'andamento socioeconomico e territoriale della regione ed effettua analisi, sia congiunturali che di scenario, dei principali fenomeni socioeconomici e territoriali del Piemonte.

#### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Michele Rosboch, Presidente  
Mauro Durbano, Vicepresidente  
Alessandro Carriero, Mario Viano, Gianpaolo Zanetta

#### COLLEGIO DEI REVISORI

Alessandro Rossi, Presidente  
Maria Carmela Ceravolo, Silvio Tosi, Membri effettivi  
Stefano Barreri, Luca Franco, Membri supplenti

#### COMITATO SCIENTIFICO

Irma Dianzani, Presidente  
Filippo Brun, Anna Cugno, Roberta Lombardi, Ludovico Monforte, Chiara Pronzato, Pietro Terna

#### DIRETTORE

Vittorio Ferrero

#### STAFF

Marco Adamo, Stefano Aimone, Cristina Aruga, Maria Teresa Avato, Davide Barella, Cristina Bargerò, Stefania Bellelli, Marco Carpinelli, Marco Cartocci, Pasquale Cirillo, Renato Cugno, Alessandro Cunsolo, Luisa Donato, Elena Donati, Carlo Alberto Dondona, Claudia Galetto, Anna Gallice, Lorenzo Giordano, Martino Grande, Simone Landini, Federica Laudisa, Sara Macagno, Eugenia Madonia, Maria Cristina Migliore, Giuseppe Mosso, Daniela Musto, Carla Nanni, Daniela Nepote, Gianfranco Pomatto, Giovanna Perino, Santino Piazza, Sonia Pizzuto, Elena Poggio, Chiara Rivoiro, Valeria Romano, Martina Sabbadini, Lucrezia Scalzotto, Bibiana Scelfo, Luisa Sileno, Alberto Stanchi, Filomena Tallarico, Guido Tresalli, Stefania Tron, Roberta Valetti, Giorgio Vernoni.

#### COLLABORANO

Ilario Abate Daga, Niccolò Aimo, Filomena Berardi, Debora Boaglio, Cristiana Cabodi, Chiara Campanale, Silvia Caristia, Silvia Caterini, Paola Cavagnino, Stefano Cavaletto, Virginia Cobelli, Claudia Cominotti, Salvatore Cominu, Simone Contu, Giovanni Cuttica, Michela Daniele, Elide Delponte, Shefizana Derraj, Paolo Feletig, Fiorenzo Ferlaino, Lorenzo Fruttero, Silvia Genetti, Giulia Henry, Ilaria Ippolito, Veronica Ivanov, Luigi La Riccia, Ludovica Lella, Sara Marchetto, Stefania Massara, Stefania Medeot, Luigi Nava, Daniela Nisi, Sylvie Occelli, Serena Pecchio, Valerio V. Pelligra, Monica Postiglione, Samuele Poy, Chiara Rondinelli, Laura Ruggiero, Paolo Saracco, Rachele Serino, Alessandro Sciuolo, Laura Sicuro, Giovanna Spolti, Francesca Talamini, Anda Tarbuna, Valentina Topputo, Nicoletta Torchio, Elisa Tursi, Silvia Venturelli, Paola Versino, Gabriella Viberti.

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

La riproduzione parziale o totale di questo documento è consentita per scopi didattici, purché senza fine di lucro e con esplicita e integrale citazione della fonte.

©2022 IRES – Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte Via Nizza 18 – 10125 Torino – [www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

# IL FABBISOGNO FORMATIVO DEI PROFESSIONISTI SANITARI IN PIEMONTE

La programmazione regionale di professionisti, a  
confronto con i bisogni di salute della popolazione  
2021

© 2022 IRES  
Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte  
Via Nizza 18 -10125 Torino

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)

## GLI AUTORI

Il Contributo di Ricerca è stato realizzato dal gruppo di lavoro composto da Daniela Musto, Giovanna Perino e Gabriella Viberti.

### ***Daniela Musto***

Ricercatrice presso IRES all'interno dell'Osservatorio regionale per l'Università e per il Diritto allo studio, dove lavora dal 2014 occupandosi principalmente di analisi inerenti gli sbocchi occupazionali dei laureati e i flussi di studenti provenienti dall'estero iscritti all'università. Dal 2018 cura il Progetto di ricerca sui fabbisogni formativi in sanità e specifiche analisi inerenti il personale addetto al Servizio Sanitario del Piemonte.

### ***Giovanna Perino***

Ricercatrice esperta in sanità e pianificazione territoriale, per IRES coordina dal 2013 studi e ricerche di sanità regionale affidati all'Istituto e dal 2021 dirige l'Area Salute e sviluppo del sistema sanitario. È responsabile dei progetti di gestione e innovazione della rete ospedaliera e della rete territoriale piemontese, dell'analisi e della valutazione dei Partenariati Pubblici e Privati in sanità, dell'Osservatorio Sistema Salute Piemonte.

### ***Gabriella Viberti***

Ricercatrice e esperta di ricerca, attualmente si occupa di studi in vari filoni dell'economia sanitaria: organizzazione e valutazione della performance dei servizi, spesa e finanziamento, approfondendo in particolare applicazioni di innovazioni organizzative nel sistema socio sanitario. Ha seguito e curato numerosi Studi di Fattibilità per il riordino delle reti ospedaliere, nell'ambito di collaborazioni con Istituzioni di ricerca e sanitarie.

# INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>V</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>VII</b>
<b>Capitolo 1</b> .....	<b>1</b>
<b>IL MODELLO MINISTERIALE PER LA STIMA DEI FABBISOGNI FORMATIVI</b> .....	<b>1</b>
Dalla Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting della Commissione Europea al progetto pilota in Italia.....	1
Il modello previsionale del Ministero della salute .....	3
L'analisi di scenario.....	4
<b>LE RISULTANZE DEL MODELLO DI PREVISIONE SUI FABBISOGNI FORMATIVI: QUANTI I POSTI ASSEGNATI AL PIEMONTE PER L'A.A. 2021/22?</b> .....	<b>6</b>
<b>Capitolo 2</b> .....	<b>9</b>
<b>IL MODELLO MINISTERIALE PER LA STIMA DEI FABBISOGNI FORMATIVI</b> .....	<b>9</b>
Le tendenze evolutive della popolazione dal 2000 al 2020.....	9
I bisogni della popolazione e l'evoluzione degli scenari di cura.....	12
<b>Capitolo 3</b> .....	<b>15</b>
<b>IL PNRR E L'IMPATTO SUI PROFESSIONISTI</b> .....	<b>15</b>
Le competenze professionali per i nuovi setting assistenziali previsti dal PNRR .....	16
Focus su una professione in crescita: la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFEC).....	19
<b>Capitolo 4</b> .....	<b>21</b>
<b>IL PERSONALE SANITARIO ATTUALMENTE IN SERVIZIO NELLA SANITA' PUBBLICA PIEMONTESE</b> .....	<b>21</b>
Il personale sanitario alla vigilia della pandemia: medici, infermieri e operatori socio-sanitari.....	24
Come si colloca il Piemonte rispetto ai benchmark internazionali .....	28



# INTRODUZIONE

Il presente contributo di ricerca restituisce gli esiti delle ricognizioni effettuate nel corso del 2021 dall'IRES Piemonte al fine di supportare la Regione Piemonte nella definizione del **fabbisogno formativo dei professionisti sanitari**.

In particolare, in coerenza con gli anni precedenti, i focus realizzati sono riferiti al **modello messo a punto dal ministero della Salute** per la stima dei fabbisogni formativi, a seguito della Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting<sup>1</sup>; alle **tendenze evolutive e ai bisogni di salute della popolazione piemontese**; all'**evoluzione dei relativi scenari di cura**.

A questi, in risposta alle conseguenze della pandemia da Covid-19, è stato affiancato un focus ulteriore, definito con i contributi degli esperti della Regione Piemonte, relativo al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e all'impatto sui professionisti sanitari**.

Infatti, rispetto agli anni precedenti, alle sofferenze del Sistema sanitario nazionale pubblico, esito della crisi economica, della generalizzata contrazione del personale occupato, della prosecuzione del processo di invecchiamento della popolazione e del collegato aumento delle patologie croniche, particolarmente evidenti nella nostra Regione, sono andate sommandosi le **pesanti ricadute di due anni di pandemia**, che hanno richiesto **adeguamenti normativi specifici** proprio relativi al fabbisogno formativo di professionisti sanitari.

Il PNRR prevede infatti, nella Misura 6 Salute, **l'attuazione di nuovi setting assistenziali**, il potenziamento di quelli più consolidati e lo sviluppo di nuovi processi erogativi – rispettivamente con riferimento alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, alle cure domiciliari e a medicina di iniziativa, centrali operative, di coordinamento territoriale e case management per lo sviluppo dei percorsi di cura – che **richiedono nuove competenze, tecniche, digitali e manageriali**, per l'avvio delle quali è opportuna una valutazione delle professionalità presenti e di quelle che occorrerà rafforzare.

Le analisi effettuate focalizzano pertanto le competenze professionali e i relativi standard per i nuovi setting assistenziali previsti dal PNRR: **Case della comunità e presa in carico della persona** (Investimento 1.1); **Case come primo luogo di cura e telemedicina, Centrali Operative Territoriali (COT) e Cure domiciliari** (Investimento 1.2); **rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia** e delle sue strutture, ovvero **degli Ospedali di Comunità**. Con riferimento a quest'ultimo tema, un approfondimento specifico è stato dedicato all'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC)**, che assicura l'assistenza infermieristica alla popolazione con differenti livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti, sanitari, socio sanitari e sociali presenti nella comunità, la cui attività è orientata a una gestione proattiva della salute, quindi alla cosiddetta medicina di iniziativa, e interviene nella promozione, prevenzione e gestione partecipata dei percorsi territoriali di salute individuali, famigliari e di comunità.

Il contributo di ricerca si chiude con un approfondimento dedicato al **personale sanitario attualmente in servizio nella nostra Regione**, riferito nello specifico a medici, infermieri, operatori socio-sanitari, alle **assunzioni del personale sanitario da inizio pandemia** e a come si colloca **la nostra Regione rispetto ai benchmark internazionali**.

---

<sup>1</sup> <http://healthworkforce.eu/>





# Capitolo 1

## IL MODELLO MINISTERIALE PER LA STIMA DEI FABBISOGNI FORMATIVI

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano – Conferenza Stato-Regioni – ha sancito, in data 9 giugno 2016, l'accordo mediante il quale è stata approvata la metodologia del **Modello previsionale per la definizione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie**, oggetto di sperimentazione per figure di Infermiere, Ostetrica/o, Medico, Odontoiatra, Farmacista, per l'anno accademico 2016/2017.

Per l'anno accademico successivo, **2017/2018, il Ministero della Salute ha chiesto alle Regioni di applicare il citato modello a tutte le professioni sanitarie** e la Regione Piemonte ha affidato all'IRES Piemonte il compito di affiancarla in tale attività, contemplando nei propri piani e programmi di lavoro studi e ricerche necessarie per definire i fabbisogni formativi previsti dal modello.

Dal dicembre 2017, a tal fine, l'IRES Piemonte affianca la Regione Piemonte nella definizione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie, a fronte di una scheda specifica contemplata nei propri piani e programmi di lavoro, prima per il triennio 2017-2019, oggi per il triennio 2020-2022.

### Dalla Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting della Commissione Europea al progetto pilota in Italia

Il Modello previsionale per la definizione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie nasce con la **Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting**<sup>2</sup>, iniziativa promossa dalla Commissione europea nel triennio 2013-2016, con il coinvolgimento di 90 partner da tutti i paesi europei, allo scopo di migliorare la programmazione e la previsione del personale sanitario in Europa.

Il Ministero della Salute italiano ha collaborato alla iniziativa in partnership con Age.Na.S , ed è stato leader di una delle 7 linee di attività del progetto, avente come obiettivo lo studio e la diffusione di buone pratiche inerenti le metodologie di pianificazione e previsione di personale sanitario in uso nei Paesi dell'Unione Europea, con un focus ristretto a 5 professioni sanitarie: medici, infermieri, odontoiatri, farmacisti e ostetriche.

Nello specifico, il Ministero della Salute ha coordinato due progetti pilota, uno in Italia ed uno in Portogallo, finalizzati allo sviluppo di un sistema di pianificazione del personale sanitario, e due studi di fattibilità, uno in Germania ed uno congiunto tra Romania e Moldavia, con

---

<sup>2</sup> <http://healthworkforce.eu/>

l'obiettivo di valutare le condizioni per lo sviluppo di un sistema di programmazione in tali paesi.

Il Progetto pilota in Italia, avviato a gennaio 2015 e terminato ad aprile 2016, si inserisce nell'ambito del processo di determinazione dei fabbisogni formativi del personale sanitario, così come definito dall'art. 6 ter del d. Lgs 502/92. Coerentemente, l'obiettivo del progetto pilota in Italia è consistito nella ricerca di una metodologia comune di determinazione dei fabbisogni formativi per le cinque professioni suddette, concordata ed utilizzata da tutti gli stakeholder che partecipano al processo, tra cui rivestono un ruolo primario le Regioni e le Federazioni degli Ordini e dei Collegi professionali.

Partendo dalle raccomandazioni e dalle buone pratiche contenute nel manuale europeo, "Handbook on Health Workforce Planning Methodologies Across EU Countries"<sup>3</sup>, il Ministero della Salute ha lavorato su alcune dimensioni chiave per la determinazione del fabbisogno legate in particolare alla proiezione nel futuro dello stock attuale di professionisti sanitari.

**Il Modello che ne è scaturito ha natura "quantitativa" e permette di stimare il numero dei professionisti sanitari che saranno attivi nel mercato del lavoro nei prossimi 20 anni**, tenendo conto di una serie di variabili e di flussi in entrata e in uscita in confronto con la domanda futura. I fabbisogni di personale così definiti si riferiscono al sistema nel suo complesso e non solo al sistema sanitario pubblico. Di conseguenza, i dati presenti nel modello si riferiscono ai professionisti che lavorano per il settore pubblico, convenzionato e privato, in forma di dipendenti o liberi professionisti.

Per definire i fabbisogni è stato utilizzato il seguente schema teorico di riferimento:

1. La **domanda futura di professionisti sanitari** dipende da una molteplicità di fattori. Tuttavia, è possibile identificare due tra le sue maggiori determinanti:
  - a) dimensione della popolazione e il suo stato di salute generale;
  - b) fornitura, o disponibilità, dei servizi sanitari.
2. Il **numero di operatori sanitari che erogano servizi e prestazioni ai cittadini, offerta**, dipende principalmente da:
  - a) stock di professionisti esistenti;
  - b) flussi di nuovi professionisti che arrivano dai percorsi formativi o da altri paesi (immigrazione);
  - c) flussi di professionisti in uscita dal mercato del lavoro per pensionamento o emigrazione verso altri paesi
3. Le politiche pubbliche finalizzate a garantire la copertura universale del sistema sanitario, la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti, nonché adeguate condizioni lavorative per i professionisti, agiscono attraverso diverse leve, tra le quali la pianificazione degli ingressi ai percorsi universitari.

I principi metodologici concordati, alla base del Modello previsionale adottato dal Ministero, sono i seguenti:

---

<sup>3</sup> [http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306\\_WP5\\_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries\\_Release-1\\_Final-version.pdf](http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2015/11/150306_WP5_D052-Handbook-on-HWF-Planning-Methodologies-across-EU-Countries_Release-1_Final-version.pdf)

- per fabbisogno si intende la determinazione del numero di professionisti per il sistema sanitario nel suo complesso, ossia indipendentemente dal settore di impiego (pubblico, privato o libera professione), necessari per soddisfare la domanda futura di salute della popolazione;
- tenuto conto della durata del percorso di studio di tali professionisti e della scarsa elasticità del sistema formativo, le previsioni devono abbracciare un orizzonte temporale di medio-lungo termine;
- l'offerta di professionisti sanitari deve essere messa in relazione con la domanda al fine di identificare la capacità di assorbimento del mercato del lavoro, quantificare eventuali carenze o eccedenze di personale nel futuro e porre in essere le azioni opportune per prevenirle.

Tenuto conto dell'esito positivo dell'esperienza condotta, a decorrere dalla rilevazione del fabbisogno per l'anno accademico 2017/2018, l'applicazione della nuova metodologia di programmazione è stata allargata a tutte le professioni sanitarie<sup>4</sup>.

## Il modello previsionale del Ministero della salute

A partire dai tre principi metodologici sopra illustrati, il modello previsionale sviluppato dal Ministero della Salute per stabilire i flussi in ingresso nei corsi di laurea triennali e a ciclo unico afferenti all'ambito medio poggia su due assi:

- la **domanda futura di professionisti sanitari**;
- l'**offerta di personale sanitario**, che erogano servizi e prestazioni, da cui il fabbisogno stesso deve discendere.

Il modello previsionale è un modello quantitativo di tipo "stock and flows", in cui le quantità previste in un periodo futuro di 20 anni sono determinate dalla differenza tra le quantità presenti attualmente nel sistema (stock) e i flussi che si prevedono "in entrata e in uscita" negli anni futuri (flows).

Le principali variabili che entrano a far parte del modello sono:

- la **popolazione attuale e futura**: si tiene conto della popolazione che, nel ventennio di proiezione considerato, può variare in termini di numerosità, struttura per età e composizione per genere, determinando inevitabilmente cambiamenti nella domanda di salute;
- la **domanda di professionisti per 100.000 abitanti**: questa variabile rappresenta la chiave del reale fabbisogno di professionisti sanitari. Questa viene opportunamente modificata in base alle previsioni future delle condizioni epidemiologiche della popolazione di riferimento, ai programmi di cura ed assistenza previsti, agli sviluppi tecnologici e ad altre variabili che potranno incidere sul livello quantitativo necessario per garantire i servizi di cura, assistenza e prevenzione;
- lo **stock di professionisti attivi**, ovvero il numero di professionisti sanitari che si stima siano attivi nel mercato del lavoro;

---

<sup>4</sup> Accordi Stato-Regioni del 25 maggio 2017 e del 21 giugno 2018

- i **flussi in entrata**, stimati sulla base del numero di studenti in formazione, correlato con il tasso di successo scolastico e con l'effettiva durata media degli studi, oltre che dei professionisti attivabili;
- i **flussi in uscita**, ovvero i pensionamenti stimati sulla base di parametri di pensionamento valutati sulla base di scenari di natura politica. Nei flussi in uscita viene applicata a ciascuna coorte di età anagrafica anche la specifica probabilità di sopravvivenza sulla base della vita media (dati ISTAT).

In estrema sintesi, partendo dallo stock di professionisti sanitari che soddisfano la domanda attuale e ponendosi l'obiettivo di garantire in maniera prospettica un'offerta di personale sanitario in equilibrio con la domanda di salute, **il modello permette di calcolare la quantità di nuovi professionisti necessaria** a compensare per gli anni futuri sia le stime di uscite dal mercato del lavoro (flussi in uscita) sia le previste variazioni di domanda, in aumento o diminuzione (flussi in entrata).

Per stimare il fabbisogno di un determinato profilo professionale, il modello utilizza i dati messi a disposizione dal Ministero della Salute che, in alcuni casi, le Regioni possono modificare sulla base di proprie valutazioni e fonti più precise.

In particolare, in relazione all'**offerta di personale** le Regioni possono:

- integrare i dati relativi allo stock di addetti attivi a livello regionale, con particolare attenzione a quelli occupati nel settore privato inclusi i libero-professionisti;
- integrare i dati relativi alle iscrizioni al sistema formativo universitario e ai relativi tassi di successo scolastico;
- integrare le stime relative ai professionisti attivabili, termine con cui si individuano i professionisti già formati ma non ancora impiegato nel se

Invece, in relazione alla **domanda di personale**, le Regioni possono intervenire sui coefficienti professionisti/popolazione integrando evidenze qualitative e quantitative relative:

- ai mutamenti della composizione demografica della popolazione di riferimento, e alle relative implicazioni di carattere epidemiologico;
- alle innovazioni terapeutiche, tecnologiche e organizzative e ad altre variabili che possano incidere sul livello quantitativo standard necessario per soddisfare la domanda di salute della popolazione di riferimento
- ai programmi di cura ed assistenza previsti per la popolazione di riferimento.

## L'analisi di scenario

L'applicazione del modello ministeriale consente di restituire un'analisi di scenario che varia con il variare delle ipotesi formulate: non fornisce quindi una soluzione univoca ed un valore puntuale alla questione fabbisogno ma permette di visualizzare cosa accadrebbe nel periodo di proiezione. Una volta definiti i parametri di input ed ipotizzato il numero di ingressi futuri all'Università che si intende testare, il modello previsionale produce il corrispondente scenario

di riferimento con le proiezioni della domanda e dell'offerta di professionisti, tenuto conto dei flussi in uscita ed in entrata stimati sulla base degli assunti di partenza<sup>5</sup>.

La Regione, con il supporto dell'IRES Piemonte, al fine di verificare l'esistenza di dati complementari o maggiormente attendibili rispetto a quelli di fonte Ministeriale, ha progettato e avviato nel 2018 una prima rilevazione di informazioni di tipo quantitativo e qualitativo mediante interviste in profondità ai rappresentanti degli Ordini professionali. Le valutazioni fornite dagli esperti hanno permesso di individuare i fattori che potrebbero influenzare il fabbisogno di personale sanitario in Piemonte nel medio e lungo periodo,

L'intervista è stata strutturata in due sezioni. La prima sezione era finalizzata a rilevare la tendenza della domanda di professionisti attivi in Piemonte in relazione a ciascun profilo previsto nel modello previsionale e i fattori che incidono su di essa. La seconda parte dell'intervista aveva il fine di indagare la dimensione quantitativa del fabbisogno futuro di professionisti.

Nel corso del 2018 sono state effettuate interviste agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Torino e delle Professioni Infermieristiche (OPI). Nel corso del 2019, al fine di acquisire informazioni utili per la determinazione del fabbisogno formativo di professionisti sanitari per l'applicazione del Modello per l'anno 2020-2021, si è proseguito con altre interviste a referenti della Professione di Ostetrica, a quelli dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione e, in particolare, a referenti delle professioni Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Fisioterapisti. In alcuni casi si è ritenuto opportuno utilizzare dati e informazioni ricavate dalla compilazione scritta dell'intervista, ricevuta a mezzo email: è il caso delle professioni dei Biologi, dei Farmacisti, dei Veterinari e degli Assistenti sanitari.

La pandemia da Covid 19 ha inciso velocemente sull'assetto del SSN in generale e sulle attività dei professionisti sanitari in particolare, che hanno dovuto affrontare nuove sfide cliniche, assistenziali e gestionali. Al fine di cogliere dati qualitativi e quantitativi aggiornati, nel 2021 è stata avviata una nuova rilevazione presso gli Ordini e gli Atenei, mediante la somministrazione di un questionario, i cui risultati sono stati utilizzati nell'applicazione del Modello previsionale 2022.

---

5

[https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload\\_file\\_doc\\_acquisiti/pdfs/000/000/963/Nota\\_tecnica\\_fabbisogno\\_professionisti\\_sanitari.pdf](https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/000/963/Nota_tecnica_fabbisogno_professionisti_sanitari.pdf)

## LE RISULTANZE DEL MODELLO DI PREVISIONE SUI FABBISOGNI FORMATIVI: QUANTI I POSTI ASSEGNATI AL PIEMONTE PER L'A.A. 2021/22?

Prima di esaminare quanti posti sono stati assegnati al Piemonte, è necessario premettere con quale iter avviene l'assegnazione dei posti.

Il primo step consiste nella valutazione da parte delle Regioni, delle Province Autonome (di seguito PP.AA.), nonché degli Ordini e delle Associazioni delle professioni sanitarie maggiormente rappresentative a livello nazionale, del fabbisogno formativo necessario per assicurare prospetticamente un numero adeguato di personale sanitario.

Tale fabbisogno, determinato sulla base dell'applicazione del Modello ministeriale, viene trasmesso dalle Regioni e dalle PP.AA. al Ministero della Salute, in vista dell'Accordo formale in Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Una volta sancito tale Accordo concernente la determinazione del fabbisogno del personale sanitario<sup>6</sup>, con specifico **Decreto del MIUR vengono assegnati i posti disponibili** per l'accesso ai corsi di laurea triennali e magistrali delle professioni sanitarie, tenuto conto della necessità di contemperare l'offerta formativa deliberata dagli atenei con il fabbisogno professionale espresso e le esigenze delle categorie professionali.

La Regione Piemonte, nell'applicare il modello previsionale sui fabbisogni formativi in sanità per l'a.a. 2021/22, ha infatti incrementato la richiesta di posti da mettere a concorso nei corsi di laurea che formano quei professionisti che hanno mostrato maggiore carenza di addetti durante l'emergenza sanitaria.

Gli incrementi maggiori di posti richiesti per l'a.a. 2021/22 riguardano le professioni di tecnico di radiologia medica (+50%), tecnico sanitario di laboratorio biomedico (+27%), assistente sanitario (43%); ad oggi, nell'offerta formativa degli atenei del Piemonte, non è presente il corso di laurea per diventare assistente sanitario, nonostante da anni la Regione manifesti un fabbisogno relativo a questa figura professionale.

Nell'a.a. 2021/22 i posti per i corsi a numero programmato in ambito sanitario assegnati al Piemonte coprono l'84% di quelli richiesti dalla Regione, una copertura inferiore a quella degli anni precedenti (era il 91% lo scorso anno, il 93% due anni fa e il 95% tre anni fa)<sup>7</sup>. La riduzione della copertura dei posti richiesti non è però determinata dalla diminuzione dei posti assegnati dal MIUR agli atenei piemontesi – che negli anni risulta in lieve aumento – ma dal **crescente fabbisogno espresso dalla Regione per far fronte ai bisogni di salute della popolazione piemontese**. La professione che ha registrato lo scarto maggiore tra richieste e assegnazioni è quella dell'Infermiere, per cui la Regione Piemonte ha richiesto 1.500 posti (300 in più dello scorso anno) mentre ne sono stati assegnati 1.141<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Si faccia riferimento a quanto disposto dall'art. 6ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

<sup>7</sup> La copertura dei posti assegnati sui fabbisogni espressi è stata calcolata solo sui corsi a numero programmato nazionale e afferenti all'ambito medico. Sono pertanto esclusi i corsi programmati a livello locale oppure i corsi per cui non vi è offerta formativa in Piemonte (questi sono: Assistente sanitario; Tecnico ortopedico, Podologo e Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria).

<sup>8</sup> A questi si aggiungono 50 posti tenuti presso l'Ospedale Cottolengo, che derivano da una collaborazione tra Regione Piemonte e l'Università Cattolica del Sacro Cuore (Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli di Roma).

Il corso che, dopo infermieristica, ha il numero maggiore di posti è il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, dove i posti assegnati sono stati 752 con un tasso di copertura del fabbisogno richiesto pari al 94%.

**TABELLA 1.1 - I POSTI RICHIESTI E ASSEGNATI ALLA REGIONE PIEMONTE PER I CORSI IN AMBITO SANITARIO, A.A. 2021/22**

Professione	Fabbisogno espresso da Regione Piemonte 2021/22	Posti assegnati alla Regione da Decreto MIUR per l'a.a. 2021/22
Infermiere	1.500	1.191(*)
Educatore professionale	170	111
Fisioterapista	130	126
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	70	74
Igienista dentale	50	54
Logopedista	50	31
Tecnico sanitario radiologia medica	60	49
Assistente sanitario	50	-
Ostetrica/o	35	32
Tecnico per la Prevenzione negli Ambienti e nei Luoghi di Lavoro	35	32
Infermiere pediatrico	20	28
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	25	25
Tecnico audioprotesista	25	25
Dietista	20	22
Ortottista, assistente oftalmologia	15	10
Terapista neuro psicomotricità età evolutiva	15	16
Terapista occupazionale	15	15(**)
Tecnico ortopedico	15	-
Tecnico audiometrista	10	13
Tecnico sanitario neurofisiopatologia	10	14
Podologo	6	-
Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	10	-
Medico chirurgo	800	752
Odontoiatra	140	44
Veterinario	95	116
<b>Totale</b>	<b>3.290</b>	<b>2.780</b>

(\*) Il dato comprende 50 posti del corso di laurea in Infermieristica tenuti presso l'Ospedale Cottolengo, che derivano da una collaborazione tra Regione Piemonte e l'Università Cattolica del Sacro Cuore (Facoltà di Medicina e Chirurgia A. Gemelli di Roma).

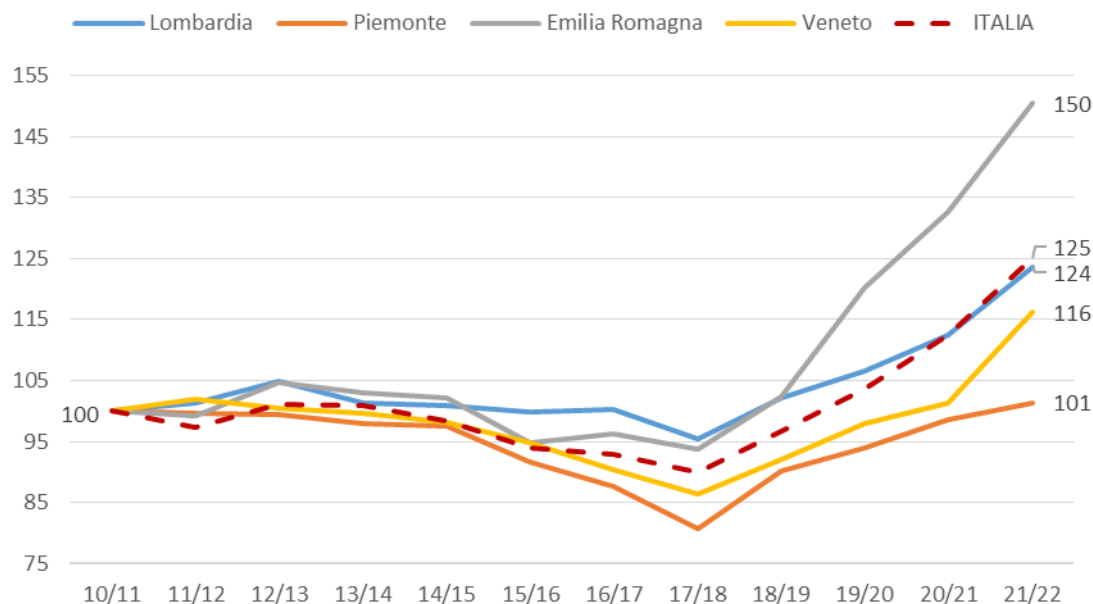
(\*\*) I 15 posti nel corso per la professione di Terapista occupazionale sono tenuti presso il Centro di Recupero e Rieducazione Funzionale "Mons. Luigi Novarese" Associazione Silenziosi Operai della Croce di Moncrivello (VC), e derivano dalla collaborazione della Regione Piemonte con l'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Nota: in tabella non compaiono i dati relativi ai corsi in Farmacia, Biologia, Psicologia, Chimica e Fisica poiché, essendo corsi a programmazione locale e non nazionale, non sono inclusi nei Decreti Miur di assegnazione dei posti. Per alcune professioni non sono stati assegnati posti perché il relativo corso di laurea non è offerto sul territorio regionale piemontese.

Fatto 100 il numero di posti assegnati alle Regioni per l'a.a. 2010/11, si è calcolato di quanto è variato il numero dei posti negli undici anni successivi, fino al dato più recente disponibile relativo all'a.a. 2020/21: il numero dei posti assegnati al Piemonte è aumentato dell'1%,

passando da 2.677 a 2.715<sup>9</sup>. Confrontato con le principali Regioni benchmark e con la media nazionale, **il Piemonte è la Regione che mostra l'incremento minore**: l'aumento maggiore si registra in Emilia Romagna (+50%), seguita dalla Lombardia del tutto in linea con l'incremento nazionale (+24-25%) e dal Veneto (+16%).

**FIGURA 1.1 – L'ANDAMENTO DEI POSTI MESSI A CONCORSO NEI CORSI DELLE PROFESSIONI SANITARIE IN ALCUNE REGIONI ITALIANE, ANNI 2010/11-2021/22 (DATO 2010/11 = 100)**



Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati dei Decreti MIUR di assegnazione dei posti.

Dei 2.715 posti totali assegnati al Piemonte dai decreti MIUR, quasi 2.000 sono destinati a corsi dell'Università di Torino e 750 all'Università del Piemonte Orientale. L'ateneo torinese vanta un'assegnazione di posti più elevata in virtù delle maggiori dimensioni e della più ampia offerta formativa, che, come ricordato in precedenza, è uno dei parametri valutati per l'assegnazione dei posti.

**TABELLA 1.2 – I POSTI ASSEGNATI AL PIEMONTE DISTINTI PER ATENEO, A.A. 2021/22**

Professioni sanitarie	Università di Torino	Università Piemonte Orientale	Totale
Professioni infermieristiche e ostetriche	801	400	1.201
Medicina e Chirurgia	552	200	752
Professioni della riabilitazione	244	75	319
Professioni tecniche	176	75	251
Medicina Veterinaria	116	0	116
Odontoiatria	44	0	44
Professioni della prevenzione	32	0	32
<b>Totale</b>	<b>1.965</b>	<b>750</b>	<b>2.715</b>

Nota: non sono stati considerati i posti che afferiscono all'ateneo Cattolica del Sacro cuore di Roma.

Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati dei Decreti MIUR di assegnazione dei posti.

<sup>9</sup> In questi calcoli vengono considerati i soli posti assegnati da decreto MIUR. Sono esclusi i posti derivanti da specifiche convenzioni stipulati dalla Regione Piemonte con altri atenei.



# Capitolo 2

## LA POPOLAZIONE E I BISOGNI DI SALUTE

### Le tendenze evolutive della popolazione piemontese dal 2000 al 2020

L'analisi delle tendenze evolutive della popolazione piemontese nel ventennio 2019 – 2039 segnala un quadro in trasformazione e variabile negli anni, differente per le diverse classi di età. Lo scenario influisce sul fabbisogno delle differenti tipologie di professionisti sanitari.

#### L'andamento della popolazione in Piemonte negli ultimi 20 anni

*Nel 2020 la popolazione complessiva è inferiore rispetto a quella del 2000*

Nel 2000 il Piemonte contava 4.289.731 residenti, saliti a 4.457.335 nel 2010. Nel 2020 i residenti in Piemonte sono scesi a 4.274.945.

Una crescita dei residenti del 3,9 % nella nostra Regione quindi, nel primo decennio del millennio, complessivamente una diminuzione di 0,34% nel ventennio 2000-2020.

A livello nazionale i tre valori erano 56.993.742 nel 2000, 60.626.442 nel 2010 e 59.222.578 nel 2020. La variazione è stata di + 6,37 % dal 2000 al 2010, di + 3,91 % nel ventennio 2000-2020.

Il primo decennio del millennio è stato caratterizzato da una crescita della popolazione complessiva in Piemonte, poi scesa a livelli inferiori rispetto a quelli del 2000 nel 2020.

#### *La popolazione con meno di 18 anni nel 2020 è di poco al disopra dei valori del 2000*

Nel 2000 i **residenti fino a 18 anni** in Piemonte erano 661.062, nel 2010 erano 721.689, nel 2020 erano 670.207. Si rileva quindi una forte crescita della popolazione con meno di 18 anni in Piemonte nel primo decennio del secolo (+9,17 %), e una diminuzione nel decennio successivo, che ha portato i valori del 2020, in Piemonte, di poco al di sopra rispetto ai valori del 2000.

A livello nazionale i tre valori erano 10.434.890 nel 2000, 10.837.854 nel 2010 e 9.917.276 nel 2020.

#### *La popolazione adulta: forte riduzione nel ventennio 2000-2020*

Nel 2000 i **residenti adulti**, dai 19 ai 64 anni, in Piemonte erano 2.739.926, nel 2010 erano 2.716.069, nel 2020 erano 2.492.451: una riduzione che, nel ventennio 2000 – 2020, è arrivata a superare il 9 %.

A livello nazionale i tre valori erano 35.904.203 nel 2000, 37.487.051 nel 2010 e nel 2020 35.377.406.

#### *La popolazione anziana aumenta, ma si rileva un'inversione di tendenza tra il 2019 e il 2020*

Nel 2000 i **residenti con più di 65 anni** in Piemonte erano 888.743, nel 2010 erano 1.019.577, nel 2020 1.112.287: una crescita del 25 % negli ultimi 20 anni.

A livello nazionale i tre valori erano 10.654.649 nel 2000, 12.301.537 nel 2010 e 13.927.896 nel 2020. La crescita degli ultrasessantacinquenni, nel ventennio 2000-2020, a livello nazionale, è stata quindi del 30,7 %.

Il passaggio dal 2019 al 2020 ha fatto però registrare, per la prima volta negli ultimi decenni, un'inversione di tendenza: i residenti con più di 65 anni sono **diminuiti da 1.115.960 nel 2019 a 1.112.287 nel 2020**: una diminuzione dello 0,33%.

**La percentuale sulla popolazione degli ultrasessantacinquenni si è mantenuta invariata attorno al 26% per l'effetto congiunto della diminuzione della popolazione infantile.**

Di questi, nel 2000 i **residenti con più di 75 anni** in Piemonte erano 391.965, nel 2010 erano 510.777, nel 2020 577.453. Una crescita quindi del 47,3 % degli ultrasessantacinquenni nell'ultimo ventennio in Piemonte.

A livello nazionale i tre valori erano 4.774.844 nel 2000, 6.147.116 nel 2010 e 7.012.392 nel 2020. Anche in questo caso una crescita, nel ventennio 2000-2020, del 47%.

Il passaggio dal 2019 al 2020 ha fatto però registrare, per la prima volta negli ultimi decenni, un'inversione di tendenza: **i residenti con più di 75 anni sono diminuiti da 587.825 nel 2019 a 577.453 nel 2020: una diminuzione dell'1,8%.**

**La percentuale sulla popolazione degli ultrasessantacinquenni si è mantenuta invariata attorno al 13,5% per l'effetto congiunto della diminuzione della popolazione infantile.**

**TABELLA 2.1 – POPOLAZIONE RESIDENTE IN PIEMONTE PER GRUPPI DI ETÀ 2000 - 2020**

Totale	2000	2010	2020	Variazione % 2010 su 2000	Variazione % 2020 su 2000
Totale	4.289.731	4.457.335	4.274.945	3,9	-0,3
<= 18 anni	661.062	721.689	670.207	9,2	1,4
19 - 64	2.739.926	2.716.069	2.492.451	-0,9	<b>-9</b>
65 +	888.743	1.019.577	1.112.287	14,7	<b>25,2</b>
75 +	391.965	510.777	577.453	30,3	<b>47,3</b>

Fonte: Osservatorio Demografico IRES su dati ISTAT

**TABELLA 2.2 – POPOLAZIONE RESIDENTE IN ITALIA PER GRUPPI DI ETÀ 2000 - 2020**

Totale	2000	2010	2020	Variazione % 2010 su 2000	Variazione % 2020 su 2000
Totale	56.993.742	60.626.442	59.222.578	6,4	3,9
<= 18 anni	10.434.890	10.837.854	9.917.276	3,9	-5
19 - 64	35.904.203	37.487.051	35.377.406	4,4	-1,5
65 +	10.654.649	12.301.537	13.927.896	15,5	<b>30,7</b>
75 +	4.774.844	6.147.116	7.012.392	28,7	<b>46,9</b>

Fonte: Osservatorio Demografico IRES su dati ISTAT

#### **Nati, tasso di natalità e minori: forte diminuzione del tasso di natalità**

Nel 2000 i nati in Piemonte erano 35.874, nel 2010 erano 38.385, nel 2020 erano 27.107: una crescita quindi del 7% nel primo decennio, una diminuzione complessiva, nel ventennio 2000 – 2020, che sfiora il 25%.

In Italia tali valori erano nel 2000, 543.039, nel 2010 erano 561.944, nel 2020 erano 404.892. Anche in questo caso la riduzione nel ventennio si attesta attorno al 20%.

Una riduzione cospicua del **tasso di natalità**: nel 2000 il tasso di natalità in Piemonte era 8,4, nel 2010 era 8,6, nel 2020 era 6,3. Diminuzione, quindi, del 25 %.

In Italia tali valori erano 9,4 nel 2000, 9,3 nel 2010, 6,8 nel 2020.

Nel 2000 la **percentuale di residenti con meno di 18 anni** in Piemonte era 15,4, nel 2010 era 16,2, nel 2020 era 15,7.

In Italia tali valori erano nel 18,3 nel 2000, nel 17,9 nel 2010, 16,8 nel 2020.

### Gli indici predittivi dell'invecchiamento della popolazione e della sua evoluzione

Nel 2000 l'**indice di invecchiamento** (percentuale degli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione) in Piemonte era 20,71, nel 2010 era 22,87, nel 2020 era 26,02, aumento/diminuzione

In Italia tali valori erano 18,7 nel 2000, 20,3 nel 2010, 23,5 nel 2020.

Nel 2000 la **percentuale di ultrasettantacinquenni** in Piemonte era 9,14, nel 2010 era 11,46, nel 2020 era 13,51. aumento/diminuzione

In Italia tali valori erano 8,4 nel 2000, 10,1 nel 2010, 11,8 nel 2020

Nel 2000 l'**indice di vecchiaia** (anziani con più di 65 anni/bambini con meno di 14 anni), che mette in relazione la popolazione anziana con quella infantile in Piemonte era 172,5, nel 2010 era 177,7 nel 2020 era 214,8 aumento/diminuzione

In Italia tali valori erano 131,4 nel 2000, 144,5 nel 2010 e 182,4 nel 2020.

### Le previsioni ISTAT della popolazione

Le **previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2020-2040** indicano una diminuzione cospicua della popolazione piemontese nel prossimo ventennio, di 313.252 unità: tale perdita è determinata in particolare dalla bassa natalità che ha caratterizzato nell'ultimo decennio la regione, acuitasi nel passaggio dal 2019 al 2020.

**TABELLA 2.3 – POPOLAZIONE RESIDENTE IN PIEMONTE PER GRUPPI DI ETÀ 2020-2040**

	2020	2030	2040	Variazione 2040-2020 (v.a.)	Variazione 2040-2020 (%)
Totale	4.311.217	4.138.676	3.997.965	-313.252	-7,3
< = 18 anni	639.522	543.023	529.613	-109.909	-17,2
19 - 64	2.610.896	2.462.953	2.180.296	-430.600	-16,5
65 +	1.060.799	1.132.700	1.288.056	227.257	21,4

Fonte: Elaborazione IRES da ISTAT, anni vari

La perdita di popolazione riguarderà, secondo le previsioni ISTAT, soprattutto la classe di età < 18 anni (109.909 unità in meno, 17,2% in termini percentuali) e in secondo luogo la popolazione adulta, 19-64 anni (- 430.600, 16,5% in termini percentuali).

Per contro, **per la popolazione anziana, con più di 65 anni, si prevede un incremento: + 227.256 unità, 21,4% in termini percentuali.**

Si conferma e si evidenzia la tendenza già evidenziata nelle precedenti Relazioni: una popolazione meno numerosa, in sintesi, ma con più problemi sanitari.

## I bisogni della popolazione e l'evoluzione degli scenari di cura

Gli indicatori demografici, insieme a quelli relativi alle patologie dei residenti, influenzano, come già si è visto nelle edizioni precedenti della Relazione, lo scenario di riferimento, consentendo di effettuare prime ipotesi circa l'andamento della domanda di alcune categorie di professionisti sanitari.

Come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, **aumentano le patologie croniche in Piemonte**, determinando un aumento di risorse, umane ed economiche, finalizzate a gestirne l'impatto: l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, a livello mondiale, circa il 70-80% delle risorse spese oggi in sanità sia destinato alla gestione delle malattie croniche.

**TABELLA 2.4 – MALATTIE CRONICHE DICHIARATE IN PIEMONTE E IN ITALIA NEL 2018 E 2019**

Ambito	Anno	Buona salute	Una malattia cronica o più	Due malattie croniche o più	Iper-tensione	Artrosi artrite	Malattie allergiche	Osteo-porosi	BPCO	Diabete	Disturbi nervosi
Piemonte	2019	67,3	<b>41,5</b>	21,1	18,6	15,6	10,9	7	5,5	5,4	4,7
	2018	68,5	<b>41,9</b>	21,9	19,2	16,6	9,7	6,9	6,2	4,6	5,1
Italia	2019	68,8	<b>40,9</b>	21,1	17,9	16	11,4	8,1	6,1	5,8	4,8
	2018	68,9	<b>40,8</b>	21,5	18,1	16,4	11,6	8,1	6	5,6	4,6

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana, 2015-2019 (dati aggiornati estratti il 30.12.2020).

Il Piemonte fa rilevare una prevalenza di patologie croniche più elevata rispetto alla media nazionale: **su 100 piemontesi, 41,5 dichiaravano almeno una patologia cronica nel 2019**, 1,5 % in più rispetto ai valori medi nazionali.

Il paziente cronico è una persona solitamente anziana, spesso affetta da più patologie, che richiede l'intervento di più figure professionali.

Poco più del 67,3% dei pazienti cronici, in Piemonte, godeva di buona salute nel 2019. La percentuale nazionale, 68,8, è più elevata: maggior fabbisogno assistenziale dei pazienti cronici piemontesi

Tra le **patologie croniche più diffuse**, secondo le Indagini Multiscopo dell'Istat, vi sono quelle di seguito elencate, che nel complesso rappresentano il 45% del totale delle patologie croniche:

- ipertensione;
- artrosi;
- malattie allergiche.

### L'evoluzione degli scenari di cura, nei valori degli indicatori e della normativa

I cambiamenti epidemiologici stanno determinando un **cambiamento negli scenari di cura**, rilevati, in questo contesto, attraverso gli indicatori di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, raccolti annualmente dal 2005.

Nell'ultimo ventennio assistiamo a una **riduzione del tasso di ricovero**, passato in Piemonte da 180 ricoveri (ordinari e in regime di day hospital) ogni 1.000 residenti nel 2001, a 123,6 nel 2019.

La tendenza alla diminuzione del tasso di ricovero, costante dall'inizio del millennio, è proseguita anche nell'ultimo triennio 2017-2019, che vede una crescita dello 0,7 % del tasso di ospedalizzazione.

**TABELLA 2.5 – ANDAMENTO DEL TASSO DI RICOVERO (ORDINARIO E DIURNO - STANDARDIZZATO - PER 1.000 RESIDENTI) -2017-2019**

Regione	2017	2018	2019	Variazione % 2019/17
Piemonte	122,8	122,6	123,6	0,7
Lombardia	122,3	120	148,8	21,7
Veneto	120	118,6	118,3	-1,4
Emilia Romagna	134,8	133,1	131,7	-2,3
Toscana	122,1	120,9	120,8	-1,1

Fonte: Rapporti di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – Ministero della Salute – vari anni

Per le **cure prestate sul territorio**, in strutture di prossimità o al domicilio dei pazienti, si è registrata per contro un'evoluzione a partire dall'inizio del millennio. L'**indicatore relativo alla diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata** – sicuramente la più rilevante attività sanitaria sul territorio – tra la popolazione anziana<sup>10</sup>, fa rilevare un incremento, da 1,4 anziani in ADI ogni 100 nel 2001 a 2,7 nel 2019. Nel l'ultimo triennio, 2017-2019, i casi sono cresciuti di un ulteriore 12,5 %. In ogni caso si tratta di valori ancora lontani da quelli che tracciano l'attività ospedaliera, e dai valori tendenziali per metà 2026 posti dal PNRR di 10 anziani ogni 100 curati in ADI: questo crea problemi legati all'accessibilità ai servizi e alla domanda non soddisfatta, che coinvolgono le figure professionali dedicate ai servizi.

**TABELLA 2.6 – PERCENTUALE DI ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI – 2017 – 2019)**

Regione	2017	2018	2019	Variazione % 2019/2017
Piemonte	2,4	2,8	2,7	12,5
Lombardia	2,1	2,5	2,7	28,6
Veneto	4,2	3,5	3,9	-7,1
Emilia Romagna	3,5	3,6	3,6	2,9
Toscana	3,1	3,3	3,1	0,0

Fonte: Rapporti di Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – Ministero della Salute – vari anni

<sup>10</sup> Gli anziani > 65 anni rappresentano più del'80 % degli utenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata



# Capitolo 3

## IL PNRR E L'IMPATTO SUI PROFESSIONISTI

Per analizzare l'impatto della normativa sul fabbisogno formativo di professionisti sanitari è stata condotta un'analisi della Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato a maggio 2021 e delle Schede di lettura di questo, diffuse a luglio 2021, successivamente riprese nel Documento "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" predisposto da AGENAS, che sarà presto Decreto Ministeriale. Le analisi sono state condotte con riferimento, anche, alle necessità di formazione delle figure professionali previste per sviluppare i Progetti.

Il PNRR prevede, nella Missione 6 Salute:

- 1) l'attivazione di nuovi setting assistenziali (o attivati sinora prevalentemente in via sperimentale):
  - Case della Comunità;
  - Ospedali di Comunità.
- 2) il potenziamento di altri setting assistenziali più consolidati:
  - Cure domiciliari.
- 3) lo sviluppo di nuovi processi erogativi:
  - Medicina di iniziativa;
  - Centrali operative, di coordinamento territoriale (per cure domiciliari e continuità delle cure);
  - Case management (per lo sviluppo dei percorsi di cura).

Questi nuovi assetti organizzativi richiedono nuove competenze – tecnico professionali, digitali e manageriali – per l'avvio delle quali è opportuna una valutazione delle professionalità presenti e di quelle che occorrerà rafforzare per far fronte ai nuovi bisogni e assetti di cura.

Le Schede di lettura del PNRR, successivamente riprese nel Documento AGENAS "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", definiscono:

- a) le competenze professionali necessarie;
- b) la formazione necessaria per adeguare le competenze del personale esistente.

## Le competenze professionali per i nuovi setting assistenziali previsti dal PNRR

Di seguito l'assetto organizzativo e le conseguenti unità di personale previste, così come desunte dal recente Documento AGENAS "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" per i setting assistenziali individuati nella Missione 6.

### Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona

La Casa della Comunità è la struttura socio sanitaria deputata a costituire punto di riferimento continuativo per la popolazione - malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà - garantendo attivazione, sviluppo e aggregazione di servizi di assistenza primaria, anche attraverso:

- una infrastruttura informativa;
- punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali;
- la strumentazione polispecialistica e diagnostica di base;
- servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili.

La Casa della Comunità rappresenta il riferimento per un'Area tra 15.000 e 25.000 abitanti.

Di seguito l'elenco dei Servizi previsti nelle Case della Comunità, contenuto nel Documento AGENAS citato.

#### SERVIZI PREVISTI NELLE CASE DELLA COMUNITÀ (CC)

	Modello organizzativo	
	CC HUB	CC Spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinare	Obbligatorio	
Punto unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare – Livello base	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per patologie a elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi Infermieristici	Obbligatorio	
Sistema Integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
<i>Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità</i>	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità a valorizzazione co-produzione	Obbligatorio	
<i>Presenza medica</i>	Obbligatorio	
Presenza Infermieristica	Obbligatorio	
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto Prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Servizi sociali alla persona e alla famiglia	Fortemente raccomandato	
Servizi per la Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e NPI	Raccomandato	
Medicina dello Sport	Raccomandato	
Attività consultoriali	Raccomandato	
Programmi di screening	Facoltativo	
Vaccinazioni	Facoltativo	



## Gli standard di personale nelle Case della Comunità definiti da Agenas

### Assistenza medica

- H12 6 giorni su 7

### 8- 12 Infermieri di Famigli e di Comunità (IFEC)

- 1 Coordinatore
- 2-3 IFEC per le attività ambulatoriali della CdC
- 1-2 IFEC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
- 4 - 6 IFEC per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza

### 5 - 8 unità di personale di supporto (socio sanitario, amministrativo)

### 1 Assistente sociale

## **Investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e Telemedicina: Centrali Operative territoriali (COT) e Cure domiciliari**

Le Centrali Operative Territoriali hanno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La COT è un modello organizzativo innovativo che svolge funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali - attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere - e dialoga con la rete dell'emergenza /urgenza.

È prevista una Centrale di coordinamento ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

## Gli standard di personale per le Centrali Operative Territoriali da Agenas

### Infermieri

- 5 - 6 unità

### Personale di supporto

- 1 - 2 unità

L'investimento in cure domiciliari, che mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore a 65 anni, mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione);
- realizzare presso ogni ASL un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una per ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari;
- utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

Le misure previste nel presente investimento sono in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5, prevedendo l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale.

### Gli standard di personale per le Cure domiciliari definiti da Agenas

Gli Infermieri necessari per le Cure domiciliari sono inclusi nel personale previsto per l'avvio delle Case della Comunità.

### Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture: Ospedali di Comunità (ODC)

L'ospedale di Comunità è una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino a un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce a una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, come ad esempio quelli al Pronto Soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero, o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio, consentendo alle famiglie il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

### Gli standard di personale per l'Ospedale di Comunità definiti da Agenas

1 Ospedale di Comunità ogni 50.000 – 100.000 abitanti.

Per ogni Ospedale di Comunità con 20 posti letto sono previsti:

- 9 infermieri;
- 6 operatori socio sanitari;
- almeno 1 – 2 unità di altro personale sanitario;
- 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7.

### Le Unità di Continuità Assistenziale e gli standard di personale

Il Documento AGENAS in esame prevede inoltre il mantenimento delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), équipes mobili distrettuali per la gestione e la presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

### La formazione del personale nella Missione 6 - Salute del PNRR – Investimento 2.2 “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”

Le competenze richieste al personale presente andranno rafforzate mediante il potenziamento della formazione. L'investimento 2.2. della Missione 6 del PNRR 11, relativo allo “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario”, mira a rafforzare la formazione in medicina di base, sulle infezioni ospedaliere e sulle competenze manageriali e digitali del personale sanitario, prevedendo:

- l'incremento delle borse di studio per il corso specifico di medicina generale;

<sup>11</sup> Fonte Schede di lettura del PNRR

- l'avvio di un percorso di acquisizione di competenze e abilità di management e digitali per professionisti sanitari del SSN, attraverso l'incremento del numero di borse di studio e l'erogazione di corsi di formazione;
- il finanziamento di contratti di formazione medica specializzata.

Le risorse destinate all'obiettivo della formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico della Componente 2, Missione 6, ammontano a 1.260 milioni di euro, il 14,6% degli investimenti previsti complessivamente per la componente in esame.

## **Focus su una professione in crescita: la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFEC)**

L'IFEC assicura l'assistenza infermieristica alla popolazione con differenti livelli di complessità (stratificata per profili di rischio), in collaborazione con i professionisti, sanitari, socio sanitari e sociali presenti nella comunità.

L'IFEC si integra inoltre con tutte le risorse, formali e informali, presenti nella comunità.

La sua attività è orientata a una gestione proattiva della salute (medicina di iniziativa) e interviene nella promozione, prevenzione e gestione partecipata dei percorsi territoriali di salute individuali, famigliari e di comunità.

A livello nazionale l'introduzione dell'IFEC è stata prevista nel DL n. 24/2020, art. 1 c.5 (Decreto Rilancio), convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77. Successivamente sono state definite le "Linee Guida dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità" dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nel settembre 2020, finalizzate a definire orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali in merito all'introduzione dell'IFEC.

Le linee Guida della Conferenza delle Regioni definiscono la figura dell'IFEC come professionista con forte orientamento alla gestione proattiva della salute, che opera sul territorio diffondendo una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, attraverso una presenza continuativa e proattiva nella comunità di riferimento,

Il contesto organizzativo nel quale si inserisce la figura dell'IFEC è rappresentato dai Servizi/Strutture Distrettuali, coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale - Case della Salute, Domicilio, Sedi ambulatoriali, Sedi e articolazioni dei Comuni, luoghi di vita e socialità dove siano possibili interventi educativi, di prevenzione e cura - in stretta sinergia con la Medicina Generale e il Servizio Sociale.

La popolazione target dell'IFEC è rappresentata prevalentemente dai soggetti fragili, identificati dal processo di stratificazione della popolazione, di fatto la fascia di popolazione anziana con patologie croniche.

Lo standard, a risorse vigenti, ex l. 77/2020, prevede un massimo di 8 IFEC ogni 50.000 abitanti.

Le competenze richieste all'IFEC sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. L'IFEC deve essere in grado di leggere i dati epidemiologici e il sistema-contesto, conoscere il sistema della Rete dei Servizi Sanitari e Sociali.

Circa i requisiti formativi, il documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle PP.AA. del 10 settembre 2020 da un lato un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (es. master IFeC), dall'altro la necessità individuare Infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita in ambito Distrettuale/Territoriale, avviando iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali.

Pertanto, allo scopo di dare attuazione alle disposizioni nazionali per l'implementazione della figura professionale di IFeC nel territorio regionale, con la deliberazione, n. 6 – 3472 del 2 luglio 2021, la Giunta Regionale ha approvato le “Linee di indirizzo regionali in materia di Infermiere di Famiglia e di Comunità”.

Il documento ha previsto, in particolare, i criteri di reclutamento e di allocazione di tale profilo professionale da parte delle Aziende sanitarie regionali, nonché i contenuti del percorso formativo, rivolto a coloro che non sono in possesso del Master di I° Livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità. Il suddetto percorso di formazione, progettato con la collaborazione degli atenei piemontesi, sarà avviato in più edizioni dalle Aziende sanitarie all'uopo individuate, quali provider accreditati dalla Regione per la formazione continua in sanità.

Il Documento AGENAS “Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” sintetizza le principali funzioni dell'IFEC:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute;
- contribuisce alla programmazione delle attività;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della Comunità;
- svolge attività di counselling infermieristico;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in stretta integrazione con le reti sociosanitarie e le risorse della comunità e con i medici di famiglia;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali di telemedicina e teleassistenza.

# Capitolo 4

## IL PERSONALE SANITARIO ATTUALMENTE IN SERVIZIO NELLA SANITA' PUBBLICA PIEMONTESE

Nel 2019 i dipendenti del servizio sanitario piemontese sono 55.460, valore con cui il Piemonte si colloca in quarta posizione in Italia in termini di numerosità degli addetti, dopo Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Se si calcola la quota di addetti per 1.000 abitanti, il Piemonte risulta averne 12,9, un valore superiore alla media italiana, pari a 10,9, e in terza posizione dopo Emilia Romagna e Veneto (13,7).

**TABELLA 4.1 – L'ANDAMENTO DEL PERSONALE NEI SSR NELL'ULTIMO DECENNIO**

Regione	2010	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019	Addetti/ 1.000 abitanti
Lombardia	103.417	104.338	103.650	103.368	102.595	100.970	100.067	100.176	100.471	101.281	10,1
Emilia-Romagna	61.044	60.809	60.457	59.989	59.069	58.139	57.796	58.250	59.277	61.155	13,7
Veneto	60.573	60.597	60.291	60.461	60.135	59.782	59.701	59.302	58.949	59.094	12,1
Piemonte	58.997	58.073	57.221	56.751	56.081	55.359	55.229	55.155	55.212	55.461	12,9
Toscana	52.460	52.473	52.166	52.049	52.029	51.505	50.932	51.338	51.106	50.704	13,7
Lazio	51.014	49.578	48.094	47.385	46.378	45.008	44.266	43.639	43.286	43.442	7,5
Sicilia	45.817	45.735	45.657	45.330	44.713	43.648	42.924	42.550	43.931	42.868	8,8
Campania	50.928	49.139	47.093	46.037	45.060	43.947	43.354	42.815	41.951	41.763	7,3
Totale complessivo	688.847	682.541	673.416	670.241	663.796	653.471	648.663	647.048	648.507	649.517	10,9

Nota: sono state considerate solo le Regioni con più di 40.000 addetti.

Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Conto Annuale MEF

Nell'ultimo decennio si è registrata una generale diminuzione del personale, pari al 6% a livello nazionale: anche in Piemonte il calo registrato è stato del **6% del personale**, in linea con il calo medio nazionale ma superiore a quello delle regioni di confronto: la Lombardia e Veneto hanno perso il 2% degli addetti, la Toscana il 3%, l'Emilia-Romagna risulta stabile rispetto al valore del 2010. Le diminuzioni più consistenti si registrano in alcune regioni meridionali, tra cui la Campania e la Calabria, che hanno perso il 18% del personale impiegato, e il Lazio (-15%).

Il calo del personale ha interessato, seppur in misura differente, tutte le figure professionali, ad eccezione degli **operatori socio-sanitari** per cui si registra **un incremento del 10%**. Gli operatori tecnici e sanitari registrano il calo maggior (-17%), i medici sono diminuiti del 6% e gli infermieri registrano una lieve flessione pari a 0,5%.

Nel complesso degli addetti del Servizio Sanitario Regionale piemontese, **il 40% è costituito da infermieri**, il profilo professionale ampiamente più diffuso, **seguito da quello dei medici che rappresentano il 15%**, due figure che complessivamente rappresentano il 55% del personale dipendente (Tab. 4.2). Seguono, in termini percentuali, gli operatori tecnici e sanitari (14%), gli operatori socio-sanitari e gli amministrativi (12%).

Rispetto alla distribuzione media nazionale delle qualifiche, il Piemonte risulta carente negli infermieri, medici e operatori tecnici e sanitari, a favore invece di profili amministrativi e operatori socio-sanitari.

**TABELLA 4.2 - IL PERSONALE DIPENDENTE DEL SSR DEL PIEMONTE NEL 2019 IN RAFFRONTO AL 2010, DISTINTO PER QUALIFICA**

Qualifica	Personale 2010	Personale 2019	Variazione % 2010-2019	Piemonte % sul totale (2019)	ITALIA % sul totale (2019)
Infermieri	22.226	22.116	- 0,5	39,9	41,3
Medici	8.958	8.405	- 6,2	15,2	16,5
Operatori tecnici e sanitari	9.126	7.538	- 17,4	13,6	15,1
Operatori socio-sanitari (OSS)	5.963	6.573	10,2	11,9	8,6
Profili amministrativi	7.848	6.568	- 16,3	11,8	10,0
Tecnici della riabilitazione	1.831	1.721	- 6	3,1	3,1
Tecnici della prevenzione	953	805	- 15,5	1,5	1,6
Altre figure	2.092	1.735	- 17,1	3,1	3,9
Totale	58.997	55.461	- 6%	100,0	100,0

Nota: il numero di medici non include la Medicina convenzionata in quanto non dipendenti del SSR. Questi nel 2019 sono pari a 6.250 (fonte: OPESSAN, Sistemapiemonte.it).

Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Conto Annuale MEF

Il depauperamento dell'organico è certamente una conseguenza della crisi economica e dell'imposizione del vincolo della spesa per il personale sanitario, oltre che, per alcune Regioni tra cui il Piemonte, dell'assoggettamento al Piano di rientro<sup>12</sup> in seguito al quale è stato bloccato il turnover del personale.

Nell'ultimo decennio il Piemonte mostra un tasso medio di turnover pari a 88, ciò significa che, a fronte di 100 dipendenti cessati, solo 88 sono stati rimpiazzati, valore che colloca il **Piemonte tra le Regioni con i tassi di turn-over più bassi e al di sotto della media nazionale, pari a 89**. Il tasso di turnover calcolato per i medici e gli infermieri - che ricordiamo essere le figure professionali più numerose - mostra valori più elevati, pari in Piemonte a 92 per i medici e 95 per gli infermieri<sup>13</sup>. Regioni come l'Emilia Romagna e la Lombardia presentano turnover maggiori di 100 per medici e infermieri, ciò significa che i professionisti assunti sono stati più dei cessati (Tab. 4.3).

<sup>12</sup> Il Piemonte è stato interessato dal Piano di rientro dal 2010 al 2017.

<sup>13</sup> Per calcolare il tasso di turnover è stato rapportato il numero degli assunti a quello dei cessati per ogni anno. Questo coefficiente, se maggiore di 100 indica che si è in presenza di un ampliamento delle risorse, al contrario, se minore di 100, si è in presenza di una contrazione dell'organico.

**TABELLA 4.3 - IL TASSO DI TURNOVER, MEDIA DEGLI ULTIMI 10 ANNI, 2010-2019**

Regione	Tasso turnover (tutto il personale)	Tasso turnover (medici)	Tasso turnover (infermieri)
Toscana	100	105	95
Veneto	99	101	99
Emilia-Romagna	99	102	108
Lombardia	93	100	102
ITALIA	89	90	95
<b>Piemonte*</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>95</b>
Sicilia*	79	69	92
Campania*	57	69	57
Lazio*	54	69	62

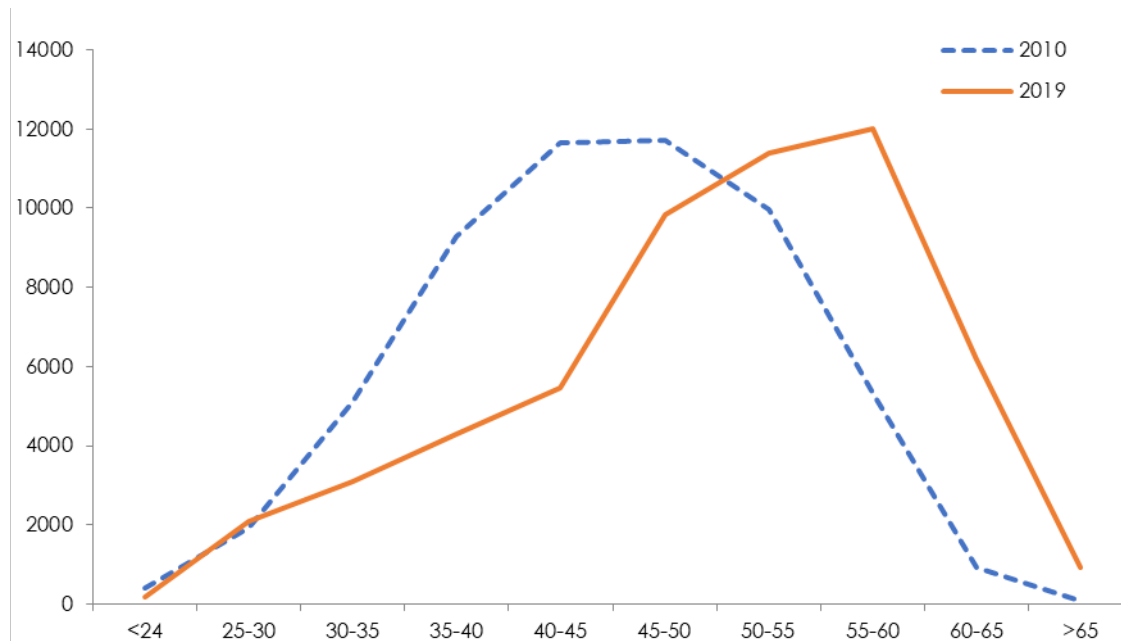
Nota: sono state considerate solo le Regioni con più di 40.000 addetti.

\*Con l'asterisco sono state indicate le Regioni interessate dal Piano di rientro. In generale, le Regioni in Piano di rientro sono state: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia.

Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Conto Annuale MEF e banca dati regionale OPESSAN

Il blocco del turnover ha determinato un **incessante invecchiamento del personale** sanitario: rispetto a 10 anni fa, la quota di addetti con meno di 45 anni risulta dimezzata, dal 49% al 26% sul totale, mentre sono cresciuti gli ultrasessantenni, che passano dal 2% all'12%. Questo ha determinato tra il 2008 e il 2018 uno spostamento della curva relativa all'età anagrafica da fasce più giovani a fasce più mature (Fig. 4.2). **Tra i medici, la quota di over 60 è passata dal 5% al 22% in 10 anni.**

**FIGURA 4.2 – DISTRIBUZIONE PER ETÀ ANAGRAFICA DEL PERSONALE IN SERVIZIO NELLA SANITÀ PUBBLICA IN PIEMONTE, 2010-2019**



Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Conto Annuale MEF

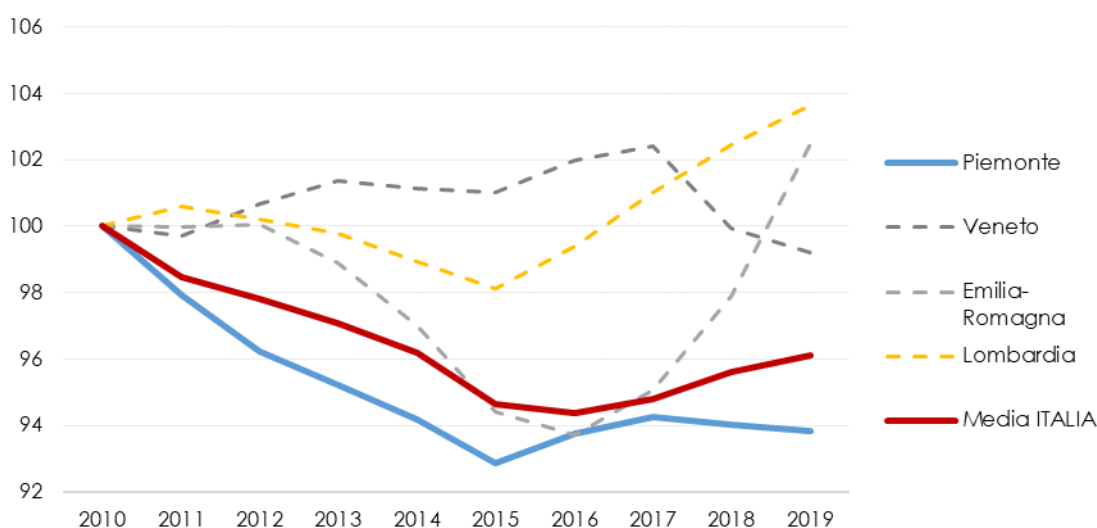
## IL PERSONALE SANITARIO ALLA VIGILIA DELLA PANDEMIA: MEDICI, INFERMIERI E OPERATORI SOCIO-SANITARI

Tra tutte le figure professionali, medici, infermieri e operatori socio-sanitari sono le principali - ma non le uniche - che hanno affrontato in prima linea la pandemia e la cui carenza si è palesata all'arrivo dell'emergenza sanitaria.

### I medici

In Piemonte, i medici sono diminuiti in dieci anni del 6%, calo che si concretizza in circa 550 professionisti in meno. Altre Regioni, come l'Emilia Romagna e la Lombardia, pur avendo registrato variazioni più o meno consistenti, hanno invertito la tendenza negli anni più recenti recuperando il gap e chiudendo il decennio con un pareggio o addirittura un incremento dei medici attivi.

**FIGURA 4.3 L'ANDAMENTO DEI MEDICI NELL'ULTIMO DECENNIO (ANNI 2010 - 2019)**



Fonte: elaborazioni IRES su dati MEF-Conto annuale. Numeri indice, dato 2010=100

Quello della diminuzione dei medici è un problema complesso, che attiene da un lato alla scarsa programmazione degli ultimi anni dei nuovi ingressi di giovani nel percorso di formazione per diventare medico. Dall'altro, agli effetti delle riforme pensionistiche che hanno determinato una maggiore uscita di personale. Non bisogna dimenticare, inoltre, la quota consistente di medici in età attiva che annualmente si licenzia dal servizio sanitario pubblico, presumibilmente per andare a lavorare nel privato. Solo nel 2020 in Piemonte sono stati 260 i medici che hanno chiuso la loro carriera nel servizio sanitario regionale senza avere i requisiti per andare in pensione. Nel 2019 erano 263. Per questi medici l'ipotesi più accreditata è che si trasferiscano a lavorare nella sanità privata, in cui vedono un'alternativa migliore dal punto di vista economico e della qualità della vita<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Per approfondimenti si veda lo studio di Anaao, *Lavorare in ospedale? No, grazie. Oltre 3000 medici in fuga nel 2019*, [www.anaao.it](http://www.anaao.it)



## Programmare la formazione dei medici: il numero di borse di specializzazione per laureati in Medicina e Chirurgia

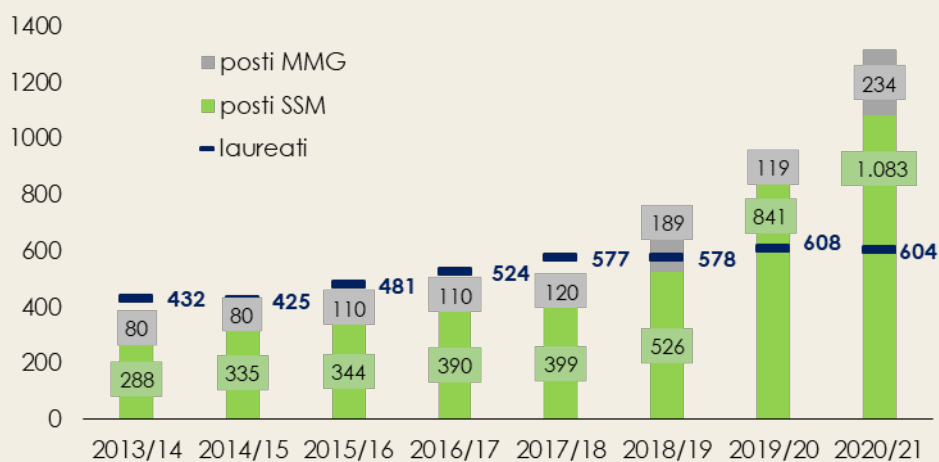
Dal 2013/14 al 2017/18 in Piemonte, come in molte altre regioni italiane, il numero dei laureati in Medicina e Chirurgia ha superato i posti messi a concorso per la formazione specialistica e questo ha determinato un blocco all'ingresso della specializzazione: il cosiddetto "imbuto formativo", che non ha consentito a molti laureati in Medicina e Chirurgia di intraprendere un percorso per l'acquisizione di una specialità<sup>15</sup>. Negli ultimi due anni, c'è stato un aumento del numero di contratti di formazione specialistica finanziati: a livello nazionale l'incremento è stato di circa 5.400 unità per il bando relativo al 2020 e di ulteriori 4.000 contratti in più per il bando 2021<sup>16</sup>. Questo ha consentito di colmare l'imbuto formativo e di consentire a tutti gli aspiranti specializzandi che hanno partecipato al bando 2021 per la formazione specialistica di accedere al corso<sup>17</sup>.

L'incremento dei posti di formazione post-laurea è stato determinato dall'incremento dei fondi stanziati a seguito dell'emergenza COVID, con il DL Crescita n. 34/2020 e la Legge di Bilancio 2021, che hanno previsto un incremento del finanziamento destinato ai contratti di formazione specialistica pari a 105Mln€ di euro per il 2020, 210 Mln€ per il 2021 e circa 240 Mln€ per ciascuno dei tre anni successivi. A questo si aggiunge un accantonamento di 20 Mln€ all'anno allo scopo di incrementare anche le borse di studio per il corso in Medicina generale.

In Piemonte nell'ultimo anno accademico i posti a concorso nelle specializzazioni mediche sono cresciuti del 60%, da 841 a 1.083 posti, a cui si aggiungono 234 posti per il corso in Medico di Medicina Generale. Un totale di 1.317 posti di formazione post-laurea, a fronte di 604 laureati, ha consentito di intraprendere un percorso anche a quei laureati che negli anni precedenti non erano riusciti a entrare nelle specialità.

In generale l'incremento di borse ha interessato tutte le specialità ma gli aumenti più consistenti si rilevano nei corsi che hanno mostrato maggiore carenza di addetti durante la pandemia, ovvero i corsi in Microbiologia e Virologia, Malattie infettive, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina di emergenza e urgenza e Anestesia e rianimazione.

FIG XX –LAUREATI E POSTI MESSI A CONCORSO PER SPECIALIZZAZIONI SSM E MMG, ANNI 2013/14 – 2020/21



Fonte: per i posti SSM, Direzione Sanità della Regione Piemonte; per i posti MMG, Determinazione della Regione Piemonte; per i laureati, MIUR Opendata

<sup>15</sup> Il numero dei posti è stabilito dal Ministero della Salute, ascoltato il parere della Conferenza Stato-Regioni circa il fabbisogno (sulla base delle richieste delle regioni); il finanziamento delle borse avviene sulla base delle coperture economiche garantite dal ministero dell'Economia. Si stima che ogni singolo specializzando abbia un costo che oscilla tra i 102mila e i 128 mila euro, a seconda che la scuola duri 4 o 5 anni.

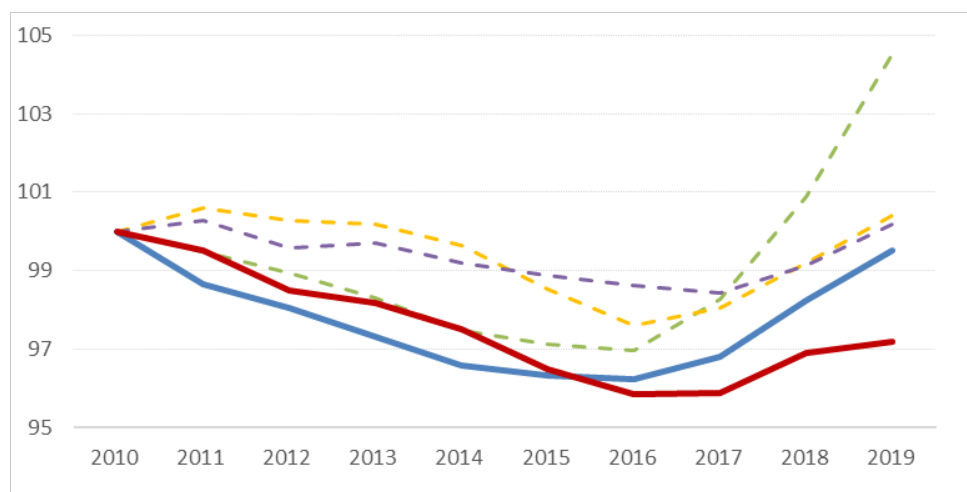
<sup>16</sup> Si veda CREA Sanità, 17° Rapporto Sanità, *Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*.

<sup>17</sup> Per maggiori informazioni si veda <https://als-fattore2a.org/>

## Gli infermieri

Quella degli infermieri è la qualifica più diffusa nel servizio sanitario regionale e rappresentano il 40% del personale totale. Nel periodo 2010-2019 in Piemonte gli infermieri hanno subito un calo, recuperato quasi completamente nell'ultimo triennio. Da molti anni, tuttavia, la Federazione nazionale denuncia una persistente carenza di personale infermieristico: l'ultimo dato Eurostat disponibile, mostra che in Piemonte lavorano 5,8 infermieri ogni 1.000 abitanti (Eurostat, 2018), una quota molto inferiore alla media OECD di 8,2 e di tutti i paesi del nord Europa che si attestano su valori che superano i 10 infermieri per 1.000 abitanti (OECD 2021).

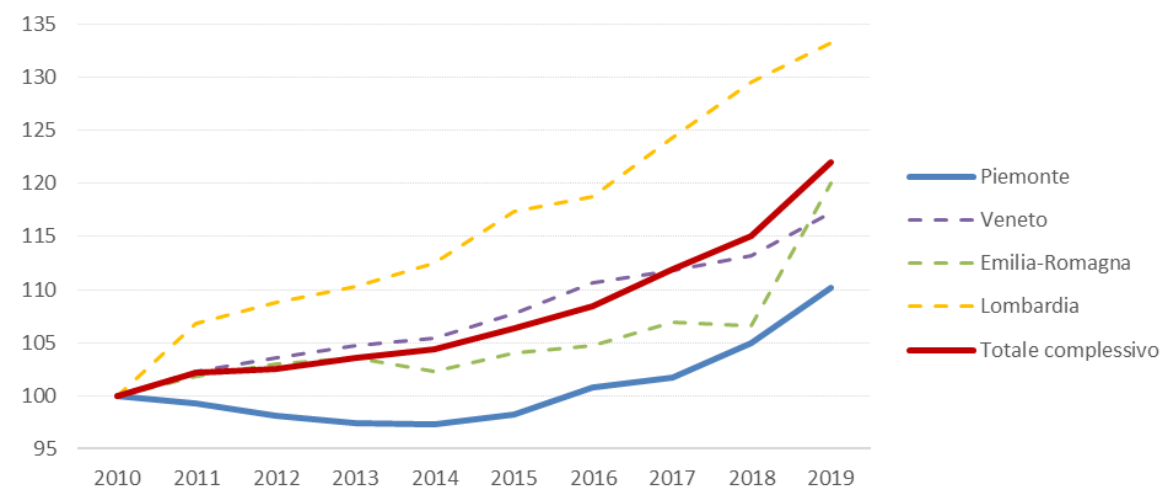
**FIGURA 4.2 L'ANDAMENTO DEGLI INFERMIERI NELL'ULTIMO DECENNIO (ANNI 2010-2019)**



## Gli operatori socio-sanitari

Nel periodo 2010-2019 gli OSS sono aumentati in tutte le regioni italiane, ad eccezione di Campania e Molise. L'incremento medio in Italia è stato del 22%, in Piemonte del 10%. La nostra regione disponeva nel 2019 di 1,5 operatori sanitari ogni 1.000 abitanti, valore che colloca il Piemonte in quarta posizione tra le regioni con più operatori socio-sanitari; in Italia la media è pari a 0,9 operatori ogni 1.000 abitanti.

**FIGURA 4.3 L'ANDAMENTO DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI NELL'ULTIMO DECENNIO (ANNI 2010-2019)**



Fonte: elaborazioni IRES su dati MEF-Conto annuale. Numeri indice, dato 2010=100

## Le assunzioni di personale sanitario da inizio pandemia<sup>18</sup>

Per far fronte alle esigenze sanitarie derivanti dall'emergenza sanitaria e portare avanti il piano vaccinale, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale con l'obiettivo di potenziare l'organico su tutto il territorio nazionale.

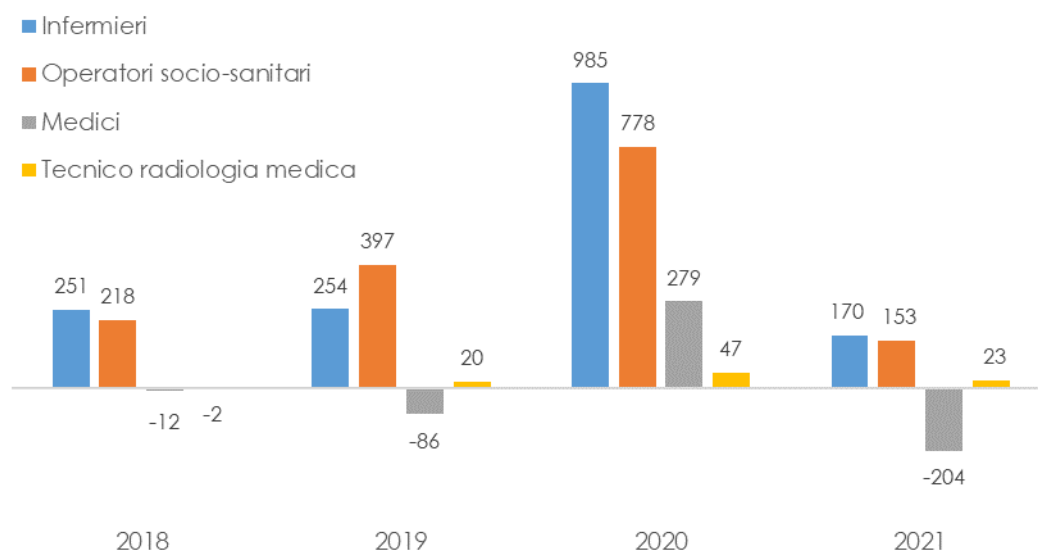
Al fine di accelerare il reclutamento, si è consentito alle amministrazioni pubbliche di stipulare contratti di lavoro autonomo con medici e infermieri, in deroga alle norme che limitano il ricorso a questi contratti per le amministrazioni pubbliche. Inoltre, si è consentito di conferire incarichi individuali a tempo determinato a personale sanitario e medico, anche all'ultimo e al penultimo anno di specializzazione.

Nel 2020, primo anno di pandemia, sono state circa 2.350 le assunzioni nette, ovvero calcolate al netto delle cessazioni, in tutto il comparto sanitario del Piemonte.

Sono stati inseriti in organico quasi 1.000 infermieri, il triplo rispetto alle assunzioni nei due anni precedenti, e quasi 800 operatori socio-sanitari, il doppio delle assunzioni effettuate nel 2019 e il triplo di quelle del 2018. Sono stati inoltre reclutati circa 280 medici, che negli anni 2018 e 2019 avevano registrato saldi negativi tra le assunzioni e le cessazioni, dato che le uscite superavano i nuovi ingressi.

Sono stati anche assunti quasi 50 tecnici di radiologia medica, altra figura ritenuta indispensabile per la diagnosi e l'assistenza dei pazienti nella gestione dell'emergenza da Covid-19.

**FIG. 4.4 – ASSUNZIONI DI ALCUNE FIGURE PROFESSIONALI NEL SERVIZIO SANITARIO PIEMONTESE, ANNI 2018 - 2021**



Nota: le assunzioni sono state calcolate al netto delle cessazioni.  
 Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Opessan-PADDI, CSI Piemonte.

Nel 2020, il 57% dei medici è stato assunto con un contratto a tempo determinato, mentre il restante 43% è stato reclutato a contratto. Gli operatori socio-sanitari risultano assunti al 100% a tempo determinato, percentuale che scende all'82% tra gli infermieri che, nel restante 18%

<sup>18</sup> I dati presentati in questo paragrafo fanno riferimento al personale sanitario registrato nell'Anagrafe regionale degli operatori sanitari OPESSAN-PADDI. Sfuggono al conteggio gli operatori assunti tramite cooperative o altre forme che non compaiono nel sistema informativo regionale.

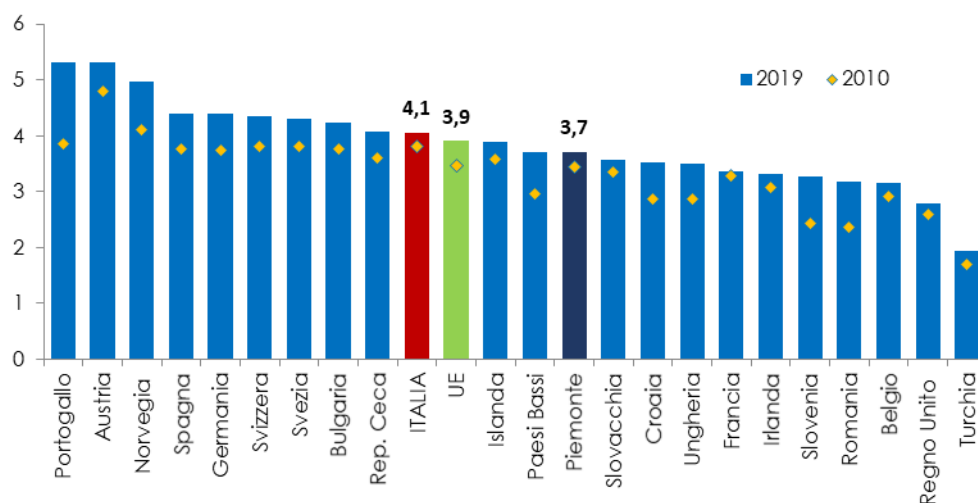
dei casi, hanno beneficiato di un contratto a tempo indeterminato. I tecnici di radiologia medica sono stati assunti per metà con contratto flessibile e per metà con contratto stabile.

I dati sulle assunzioni nette (al netto delle cessazioni) nel 2021 fanno registrare un calo per tutte le figure professionali citate: risultano assunti 170 infermieri, 153 operatori socio-sanitari e 23 tecnici di radiologia medica. Emerge un dato negativo riguardante i medici, ovvero le cessazioni hanno superato le assunzioni di 204 unità.

## COME SI COLLOCA IL PIEMONTE RISPETTO AI BENCHMARK INTERNAZIONALI?

Il confronto con gli altri paesi europei circa il numero di medici per 1.000 abitanti sembrerebbe non delineare una carenza di personale medico in Piemonte e in Italia: **il Piemonte risulta avere 3,7 medici per 1.000 abitanti** (Fig. 4.5) e si colloca poco al di sotto della media Italiana (pari a 4,1) e quasi **in linea con quella europea** (pari a 3,9). Se confrontati con quelli di altri paesi europei, i valori italiano e piemontese risultano inferiori, ad esempio, a quello dell'Austria (5,3) e di Spagna e Germania (4).

**FIGURA 4.5 – NUMERO DI MEDICI PER 1.000 ABITANTI NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI**



Nota: il computo del personale medico include anche la medicina convenzionata.

Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati Eurostat, Health personnel by NUTS 2 regions, 2021.

Guardando ai soli medici ospedalieri, emerge che l'Italia dispone di 2,2 medici ospedalieri per 1.000 abitanti e che tra il 2010 e il 2019 questo valore è rimasto praticamente inalterato. I medici ospedalieri in Francia raggiungono quota 2,6 ogni 1.000 abitanti e in Germania 2,4<sup>19</sup>.

Questi valori medi, che ci permettono di sintetizzare un confronto tra il nostro e gli altri paesi, celano alcune problematiche più profonde che caratterizzano la situazione italiana: l'elevata anzianità del personale medico, le scelte di carriera verso alcune specialità piuttosto che altre che determinano maggiore carenza in alcune branche, le caratteristiche della popolazione e

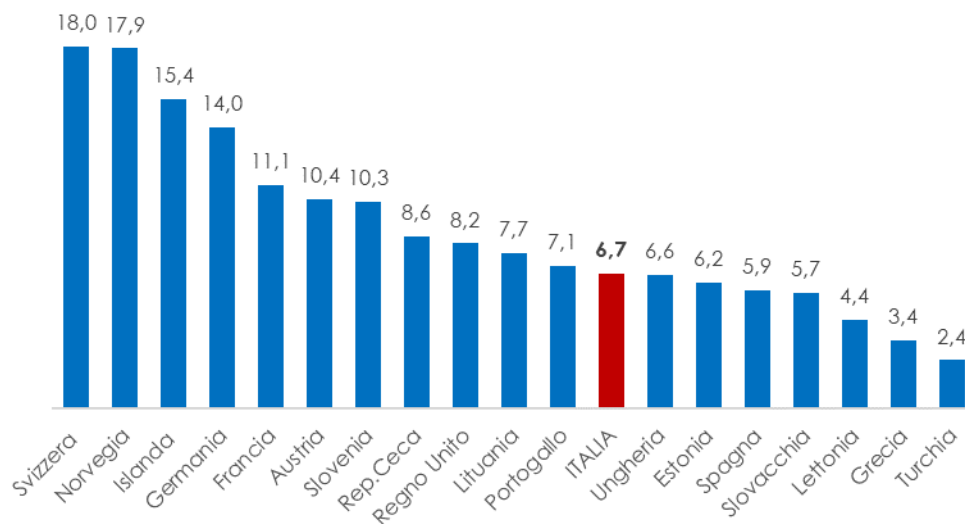
<sup>19</sup> Si veda *Health at a glance*, OECD 2021.

i bisogni di salute espressi. In Piemonte, ad esempio, è in corso da anni un progressivo invecchiamento della popolazione che sta determinando un innalzamento dei bisogni di salute espressi.

Alle difficoltà causate dall'avvicinarsi della gobba pensionistica, che sta determinando e determinerà numerose uscite di personale medico per pensionamento, va aggiunta la scarsa disponibilità di giovani specialisti pronti ad entrare nel Servizio Sanitario Nazionale, generata dal perdurare negli anni passati di un numero insufficiente di posti nelle scuole specializzazione.

Le carenze di personale, presenti da tempo e messe in luce dall'emergenza sanitaria da Covid19, non riguardano solo il personale medico ma più in generale tutto il personale sanitario. Se si guarda in particolare alla professione di infermiere, l'Italia ha un numero di infermieri notevolmente inferiore ad altri paesi europei.

**FIGURA 4.6 – NUMERO DI INFERMIERI, PER 1.000 ABITANTI IN ALCUNI PAESI EUROPEI**



Fonte: elaborazioni IRES Piemonte su dati OECD. Il grafico presenta i dati solo di alcuni paesi, scelti sulla base della disponibilità dei dati.

In rapporto alla popolazione, **l'Italia conta una media di 6,7 infermieri per 1000 abitanti**, inferiore a paesi come la Germania (14), la Francia (11), il Regno Unito (8,2).

Il Piemonte risulta carente di quasi 4.000 infermieri in termini assoluti, valore che consentirebbe di raggiungere il rapporto ottimale tra infermieri e medici raccomandato dall'OMS pari a 3:1, che in Piemonte si ferma a 2,5:1, come peraltro accade per la media nazionale<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Si veda 68° Comitato Regionale OMS Europa, <http://www.salute.gov.it>.

*Ambiente e Territorio*

*Cultura*

*Finanza locale*

*Immigrazione*

*Industria e Servizi*

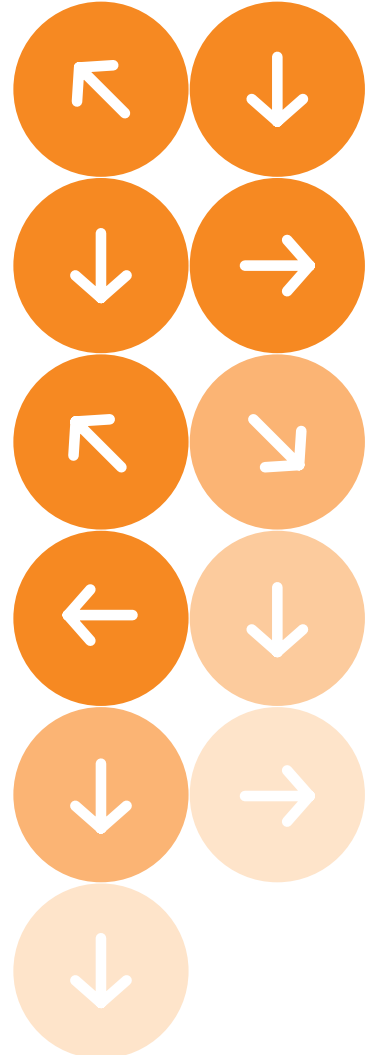
*Istruzione e Lavoro*

*Popolazione*

*Salute*

*Sviluppo rurale*

*Trasporti*



**IRES Piemonte**

Via Nizza, 18

10125 TORINO

+39 0116666-461

[www.ires.piemonte.it](http://www.ires.piemonte.it)



**REGIONE  
PIEMONTE**