

Marco Geddes da Filicaia

Da oltre un decennio il nostro Servizio sanitario nazionale è sfiancato da un'opera di logoramento che ha provocato una crisi senza precedenti nel settore del personale sanitario. In questo articolo (e in quello successivo) vengono descritti i meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la "grande crisi": dal blocco delle assunzioni alla mancata programmazione della formazione dei medici, dalla decrescita dei salari di medici e infermieri alla fuga all'estero dei professionisti.

**Il [lungo assedio al SSN](#), metafora che ben illustra la situazione in atto da oltre un decennio*[i]*, si sta realizzando da tempo con una specifica strategia.** Un assedio è finalizzato a conquistare la città, con la fame e con la sete, tramite l'interruzione della fornitura di acqua e di alimenti. Nel caso specifico non si è trattato solo di interrompere il finanziamento del SSN, poiché non ci si cura con la cartamoneta, ma di interrompere miratamente la fornitura di quanto indispensabile e acquisibile con i finanziamenti. **Non si è interrotto o ridotto l'acquisto di attrezzature sanitarie**, anch'esse rilevanti per il funzionamento delle attività. Il nostro paese ha una abbondanza di tecnologie (Tc, Rm, Pet, Sale ibride, Robot chirurgici ecc.), come si evidenzia dal confronto con altri paesi europei; una risorsa spesso non ben distribuita e non pienamente utilizzata*[ii]*. **Non si è trattato di carenza di farmaci**; non possiamo certo affermare che abbiamo una scarsità di tale risorsa a livello nazionale. In Italia il calendario vaccinale offre una larga copertura e alcuni ambiti territoriali o tipologia di vaccinazione sono caratterizzati da ridotta aderenza non certo per mancanza di vaccini; viene garantita la gratuità di farmaci di costo elevatissimo e la ampia disponibilità di antibiotici si associa piuttosto a un improprio ed eccessivo utilizzo, non certo a una scarsità di tale risorsa.

L'assedio ha pertanto progressivamente ridotto, e spesso interrotto il rifornimento di cibo e acqua, cioè del capitale umano: medici e infermieri.

**La crisi del personale sanitario è un problema comune a molti paesi europei.** Hans Kluge, direttore dal WHO Europa, in occasione della 73° sessione del Comitato regionale ha definito la carenza di personale sanitario e assistenziale, una "crisi tremenda", una vera e propria "bomba a orologeria"*[iii]*. Una bomba la cui intensità è, per l'Italia, assai più rilevante e la tempistica della esplosione ormai prossima; un ordigno per il quale non si

intravedono approssimarsi artificieri per disinnescarlo.

**La crisi del personale sanitario si inserisce infatti in uno scenario nazionale che risulta complesso sotto più profili.**

- **Il primo fattore è rappresentato dall'andamento demografico** che non appare roseo, poiché la percentuale di popolazione di età 0 - 14 risulta fra i più bassi (12,9%) e pertanto la popolazione in età lavorativa, al netto della migrazione, si ridurrà ulteriormente fino a raggiungere, nel 2030, l'indice di dipendenza degli anziani più elevato fra i paesi europei.
- **Il secondo fattore consiste nella riduzione della presenza statale** in molti settori produttivi e di servizio, con un rapporto di dipendenti pubblici/popolazione pari a 5,5 x 100 abitanti (Germania 6.1, Spagna 7.3, UK 8.1, Francia 8.3). Un salasso attuato negli anni che ha colpito la Scuola, l'Università, gli Enti locali, i Centri di ricerca pubblica, i Musei statali, le Biblioteche, le Sovrintendenze e Servizi sociali e, in misura rilevante, il Servizio sanitario nazionale.
- **L'ulteriore, terzo fattore, riguarda la decrescita dei salari.** Il salario medio annuale, nel corso dell'ultimo trentennio (1990 - 2020) è diminuito in Italia del 2.9%. Unico paese europeo con il segno negativo, mentre si è assistito in Europa a una crescita generalizzata: Spagna + 6.2, Portogallo + 13.7, Austria + 24.9, Grecia + 30.5, Francia: + 31.1, Germania: + 33.7, Danimarca: + 38.7, Svezia + 63.0.

**Questo insieme di problematiche avrebbe doverosamente suggerito una pianificazione del capitale umano** (o forza lavoro, per usare un termine più brutale) della sanità particolarmente accurato, lungimirante e per un ampio arco temporale, in considerazione dell'alta qualificazione della forza lavoro occupata in quest'ambito, dell'onere rilevante per la formazione, stimato, per un medico per qualificarsi a fini occupazionali, intorno ai 200.000 €, nonché della rilevanza costituzionale del diritto alla salute che, attraverso il servizio sanitario, si concretizza.

**Infine l'esperienza pandemica avrebbe dovuto rivelare, anche a chi non l'avesse inteso precedentemente, la rilevanza di un adeguato servizio sanitario pubblico, e quindi imporre congrue riforme** e i necessari finanziamenti, tenuto conto, come ha scritto la Commissione istituita dal WHO Europa e presieduta dal Senatore Mario Monti, che *"... la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo"* [\[iv\]](#).

**I due maggiori comparti di personale del SSN sono rappresentati da 102.491**

**medici, con età media 50,9 anni, che rappresentano il 22.9% del personale (51,2% donne) e da 264.768 unità di personale infermieristico, che rappresentano il 59.2% della forza lavoro, con una età media del 46,9 (77,8% donne).**

**I medici in Italia non sono pochi rispetto alla popolazione** (4.0 x 1.000 abitanti) in linea con la media europea (EU 27). Un confronto con la media di quattro paesi per più aspetti “prossimi” evidenzia un numero di medici per 1.000 abitanti in Italia del 4,06, a fronte di una media di 3,58 di Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna; in numeri assoluti in Italia + 28.981 medici. Il risultato tuttavia cambia se il rapporto viene effettuato rispetto alla popolazione over 75; in tal caso mancano in Italia 17.189 medici[\[v\]](#).

**Situazione in realtà assai più critica per gli infermieri.** La media europea di infermieri rispetto alla popolazione è di 8.3 x 1.000 abitanti, mentre in Italia ci si attesta a 6.3! Ciò comporta che la ratio infermieri/medici è bassissima: Italia 1.6; EU 2.2. Se utilizziamo il confronto fatto con i quattro paesi sopra individuati (Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna) mancano in Italia 237.282 infermieri; se il confronto viene attuato rispetto alla popolazione over 75 (criterio assai rilevante specie per il personale infermieristico) mancano all'Italia 350.074 unità di personale!

La decimazione di medici e infermieri ha, consapevolmente o inconsapevolmente (in termini giuridici si direbbe: dolosamente o colpevolmente) utilizzato più strumenti.

## **Il blocco delle assunzioni**

Il blocco delle assunzioni è stato attuato tramite i tetti di spesa per il personale del Ssn introdotti nel 2005 con la legge 266/2005 (Governo Berlusconi III, Ministro della sanità Storace); solo parzialmente rivisti nel 2019 e ancora soggetti a limiti di spesa, vedi Tabella 1.

### **Tabella 1. Tetti di spesa per il personale. La normativa.**



## TETTI DI SPESA PER IL PERSONALE – NORMATIVA

**L. 266/2005**, art. 1, cc 198-200. Gli enti del Ssn (oltre che Regioni e Comuni) adottano le misure necessarie a garantire che le spese di personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per gli anni 2006, 2007 e 2008 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1%

**L. 296/2006**, art. 1, c 565. Il livello massimo della spesa per il personale del SSN è esteso agli anni 2007, 2008 e 2009 e deve essere non superiore a quello del 2004 diminuito dell'1,4%.

**L. 191/2009**, art. 2, cc. 71, 72 e 73. Estensione del tetto di spesa agli anni 2010, 2011 e 2012 solo per il Ssn (e non anche per Regioni e Comuni).

**L. 190/2011** di conversione del DL 98/2011, art. 17, c. 3. Estensione fino al 2020 delle disposizioni di cui alla L. 191/2009. Congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale.

**L. 135/2012** di conversione del DL. 95/2012, art. 21, c. 21. Le disposizioni di cui alla L 191/2009 si applicano agli anni 2013- 2014-2015.

**L. 60/2019** di conversione del DL 35/2019, art. 11 c.1 e 3. Decreto Calabria. Prima parziale revisione, per gli anni 2019, 2020, 2021, del livello massimo della spesa che non deve superare quella del 2018 (o, se superiore, a quella di cui alla L 191/2009) incrementata, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'aumento del Fondo sanitario. Dal 2021 l'incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

La legge prevede inoltre che "Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto."

**L. 157/2019** di conversione del DL 124/2019, art. 45. Conferma, per il triennio 2019-2021, i limiti massimi di spesa rapportati a quelli del 2018 ma prevede un aumento annuale, a livello regionale, del 10% dell'incremento del Fondo sanitario.

**L. 160/2019** Prosecuzione del servizio dei dirigenti medici del SSN oltre il limite del 65° anno di età.

**L. 21/2021** di conversione del DL 183/2020, art 4, c. 4. Sposta dal 2021 al 2022 il vincolo dell'adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN di cui alla L 60/2019.

**L. 234/2021** art 1, c. 274 e c. 293. Autorizza, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, la spesa massima di personale dipendente, anche in deroga ai vincoli vigenti, di 90,9 mln per il 2022, 150,1 mln per il 2023, 328,3 mln per il 2024, 591,5 mln per il 2025 e 1.015,3 mln a decorrere dal 2026, a valere sul finanziamento del Ssn. Autorizza un'indennità accessoria al personale del pronto soccorso nei limiti di 90 milioni a decorrere dal 2022, a valere sul finanziamento del Ssn.

**L. 56/2023** di conversione del DL 34/2023, art. 11, c. 1. Incrementa la tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il 2023 e incrementa il finanziamento del Ssn di 170 milioni.

**D LdB 2024** Per il potenziamento dell'assistenza territoriale, sempre in deroga e a valere sul finanziamento del Ssn, la spesa massima di cui alla legge 234/2021 è incrementata di 250 mln per il 2025 e di 350 mln a decorrere dal 2026. (art. 50). Estende a tutto il 2026 l'incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive per il personale medico e del comparto e incrementa il finanziamento di 280 milioni (art. 42).

*Il prossimo articolo sarà pubblicato mercoledì 17 gennaio.*

#### Riferimenti

[i] <https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/il-lungo-assedio-al-ssn/>

[ii] In Italia abbiamo 31,24 risonanze magnetiche per milione di abitanti (anno 2022) con 65 esami ogni 1.000 abitanti, in un rapporto di utilizzo pari a 2,1 a fronte di un rapporto di utilizzo che in Olanda è 4,4; in Spagna 4,7; in Austria 5,6; in Francia 7,5 e in Belgio è 7,6.

[iii] Hans Kluge: “Ecco i tre pilastri per una regione europea resiliente”. 73<sup>a</sup> sessione del Comitato Regionale per l’Europa dell’Oms. Quotidiano Sanità, 25 Ottobre 2023.

[iv] WHO, Drawing light from the pandemic. A new strategy for health and sustainable development, Report of the Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, Edited by Professor Martin McKee, 2021

[v] Crea Sanità, elaborazione da dati OECD Health at a Glance 2019.