



BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

Il fabbisogno di personale sanitario in Italia:
le sfide poste dal ricambio generazionale e dagli interventi previsti
dal PNRR

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Enza Maltese, Daniele Marangoni,
Massimiliano Paolicelli, Elena Sceresini, Miriam Tagliavia e Giovanni Vittorino



BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

Il fabbisogno di personale sanitario in Italia:
le sfide poste dal ricambio generazionale e dagli interventi previsti
dal PNRR

di Luciana Aimone Gigio, Demetrio Alampi, Enza Maltese, Daniele Marangoni,
Massimiliano Paolicelli, Elena Sceresini, Miriam Tagliavia e Giovanni Vittorino

La serie Questioni di economia e finanza ha la finalità di presentare studi e documentazione su aspetti rilevanti per i compiti istituzionali della Banca d'Italia e dell'Eurosistema. Le Questioni di economia e finanza si affiancano ai Temi di discussione volti a fornire contributi originali per la ricerca economica.

La serie comprende lavori realizzati all'interno della Banca, talvolta in collaborazione con l'Eurosistema o con altre Istituzioni. I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, senza impegnare la responsabilità delle Istituzioni di appartenenza.

La serie è disponibile online sul sito www.bancaditalia.it.

IL FABBISOGNO DI PERSONALE SANITARIO IN ITALIA: LE SFIDE POSTE DAL RICAMBIO GENERAZIONALE E DAGLI INTERVENTI PREVISTI DAL PNRR

di Luciana Aimone Gigio*, Demetrio Alampi*, Enza Maltese*, Daniele Marangoni*,
Massimiliano Paolicelli*, Elena Sceresini*, Miriam Tagliavia* e Giovanni Vittorino*

Sommario

Questo lavoro fornisce un quadro della dotazione e del fabbisogno di personale sanitario in Italia ed evidenzia le sfide poste dal progressivo invecchiamento della popolazione. Dopo aver analizzato il posizionamento dell'Italia rispetto ai principali paesi europei, lo studio si sofferma sui cambiamenti intercorsi tra il 2011 e il 2022 nelle diverse macro aree del Paese e ne evidenzia i divari, considerando non solo l'organico del Servizio Sanitario Nazionale ma anche i medici in convenzione e il personale impiegato nelle strutture equiparate alle pubbliche e in quelle private accreditate. L'analisi comparata per specializzazione medica mostra come pubblico e privato siano tra loro complementari piuttosto che sostitutivi. Successivamente il lavoro stima il fabbisogno di personale nel prossimo decennio, derivante sia dalle fuoriuscite attese per pensionamento sia dall'implementazione delle misure per il potenziamento dell'assistenza territoriale contenute nel PNRR. In conclusione, si rileva come la domanda crescente di alcune figure nel campo sanitario si confronti con un'offerta insufficiente, che risente anche di una programmazione della formazione non sempre basata su un'adeguata valutazione delle esigenze prospettiche.

Classificazione JEL: J63, I18, I24.

Parole chiave: personale sanitario, turnover, fabbisogno, PNRR, formazione.

DOI: 10.32057/0.QEF.2025.982

* Banca d'Italia.

1. INTRODUZIONE¹

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)² si trova oggi ad affrontare significativi problemi di ricambio generazionale degli organici; le criticità più rilevanti riguardano il personale medico, ma interessano anche gli infermieri e in generale tutte le figure operanti nell'assistenza ospedaliera e territoriale. Vi si aggiunge l'ulteriore fabbisogno legato alla realizzazione e al funzionamento delle strutture previste nell'ambito della Missione 6, salute, del *Piano nazionale di ripresa e resilienza* (PNRR).

Il limitato rinnovamento degli organici riflette in larga parte una serie di interventi normativi che hanno anche indotto restrizioni alla formazione di nuove figure professionali. Tali disposizioni sono risultate particolarmente stringenti per le regioni soggette a Piani di rientro (PdR) per disavanzi sanitari, localizzate perlopiù nel Mezzogiorno, che si caratterizzano oggi per una dotazione di personale inferiore alle altre aree di confronto.

Il limitato turnover tra il 2011 e il 2019 ha inciso sulla distribuzione per età dell'organico dipendente dell'SSN, molto concentrata sulle classi più elevate e prossime al pensionamento. L'allentamento dei vincoli alle assunzioni in risposta all'emergenza pandemica ha solo in parte modificato tale situazione, dato l'ampio ricorso a contratti temporanei. L'esigenza di un ricambio generazionale è ancora più forte per i professionisti che operano in convenzione con l'SSN, in particolare per i medici di medicina generale (MMG) e per i pediatri di libera scelta (PLS), e in generale è maggiore nel Mezzogiorno, dove l'età media delle diverse figure professionali è più elevata rispetto al resto del Paese. Tali criticità risultano acute dal fenomeno delle dimissioni volontarie non legate al pensionamento, che negli anni recenti ha assunto una dimensione rilevante soprattutto nelle regioni del Nord.

Nella Missione 6 il PNRR prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale per far fronte all'invecchiamento della popolazione e allineare l'Italia agli standard europei. L'attivazione delle nuove strutture richiede soprattutto infermieri, operatori socio-sanitari e addetti alla riabilitazione, generando una domanda aggiuntiva rispetto al normale turnover, particolarmente elevata nel Mezzogiorno dove sono previsti più interventi per ridurre i divari esistenti.

I vincoli formativi degli ultimi decenni, in particolare il 'numero chiuso' nelle facoltà di Medicina e una programmazione dei contratti di specializzazione e per i medici di base non sempre orientata al fabbisogno futuro, limitano oggi la disponibilità di personale per il turnover. Il recente ampliamento dei posti per la formazione incontra ostacoli nella scarsità di laureati idonei e nelle scelte dei candidati, sempre più concentrate su alcune specializzazioni a discapito di altre. Le nostre analisi mostrano che molte delle specializzazioni meno ambite coincidono con quelle che, nell'ultimo decennio, hanno subito le maggiori riduzioni nell'SSN.

Dopo un confronto europeo sulla dotazione di personale e sulle norme per la formazione di medici e infermieri, il lavoro analizza i cambiamenti nel sistema sanitario italiano tra il 2011 e il 2022, distinguendo il periodo pre e post-pandemico. Vengono esaminate la variazione e la composizione del personale dell'SSN per macro area, evidenziando il calo nel pubblico e la crescita nelle strutture private accreditate ed equiparate, con specializzazioni complementari. Si analizza poi la distribuzione per età del personale dell'SSN e dei medici in convenzione, stimando il fabbisogno futuro dovuto al turnover. Un capitolo è dedicato all'impatto del PNRR nelle diverse macro aree e al fabbisogno aggiuntivo che ne deriva. Infine, si ripercorrono le principali modifiche nella formazione medica e infermieristica, evidenziandone le criticità.

¹ Le opinioni espresse sono di esclusiva responsabilità degli autori e non riflettono quelle dell'Istituto di appartenenza. Ringraziamo Giuseppe Albanese, Federico Cingano, Silvia Del Prete, Elena Gennari, Giovanna Messina e Roberto Torrini per i commenti e i suggerimenti. Eventuali errori sono di responsabilità esclusiva degli autori.

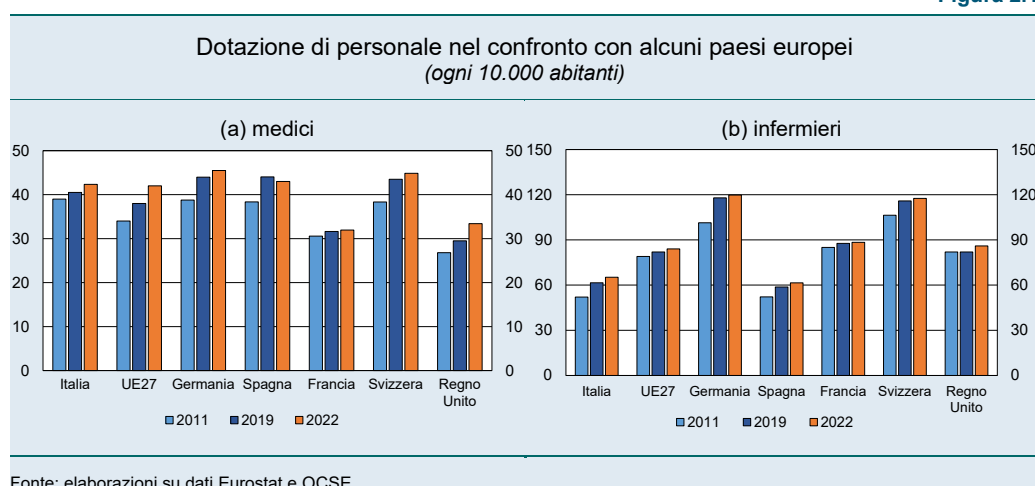
² Per maggiori informazioni sull'organizzazione dell'SSN cfr. nell'Appendice metodologica la voce: *Le strutture sanitarie e il personale medico*.

2. UN CONFRONTO EUROPEO

Nel confronto con la media europea, l'Italia si è da sempre caratterizzata per un numero molto più contenuto di infermieri, a fronte di una dotazione di medici che fino ad anni recenti si è mantenuta più elevata³. La proporzione di medici per abitante, che agli inizi degli anni 2000 era superiore rispetto a molti paesi europei, nel 2011, pur rimanendo più elevata della media europea, era sostanzialmente allineata a quella della Germania, della Spagna e della Svizzera (39 addetti ogni 10.000 abitanti il dato italiano; fig. 2.1.a)⁴. Tra il 2011 e il 2022 in Italia il numero di medici è cresciuto meno che nei paesi di confronto: un incremento di poco inferiore all'8 per cento, a fronte del 15 circa registrato in Spagna e di oltre il 20 per cento in Germania e in Svizzera; solo la Francia ha registrato un aumento in linea con quello italiano (poco più del 9 per cento), frutto di un recupero contenuto nel periodo post pandemico. Nel 2022 la dotazione di medici ogni 10.000 abitanti in Italia si è quindi allineata alla media della UE27 (42,3 e 42,0, rispettivamente)⁵.

La dotazione di infermieri è invece sempre risultata significativamente inferiore in Italia rispetto alla media europea⁶. Tra il 2011 e il 2022 il numero di infermieri è cresciuto in quasi tutti i paesi, compresa l'Italia; la variazione nel nostro Paese è stata di pari intensità rispetto a quella media europea e dei paesi di confronto, non consentendo di colmare il differenziale iniziale: nel 2022 in Italia erano presenti 65,2 infermieri ogni 10.000 abitanti a fronte di 84,0 nella media UE27⁷ (fig. 2.1.b).

Figura 2.1



I vincoli al turnover del personale e alla formazione in area medica, sebbene in parte giustificabili dalla maggiore dotazione di medici rispetto alla media europea, non hanno tenuto conto della carenza di personale infermieristico, generando un potenziale squilibrio nella composizione degli organici. Il rapporto tra il numero di infermieri e di medici in Italia è infatti tra

³ I dati di confronto europeo qui commentati si riferiscono al complesso del personale abilitato e che effettivamente esercita all'interno di ogni paese considerato, indipendentemente dal tipo di rapporto di lavoro e dalla struttura presso la quale presta la propria attività.

⁴ Nel confronto europeo si è fatto riferimento oltre alla media UE27 anche al dato di alcuni paesi, scelti per maggiore similarità all'Italia o, anche se non rientranti nella UE27, perché attrattori di figure professionali dal nostro Paese.

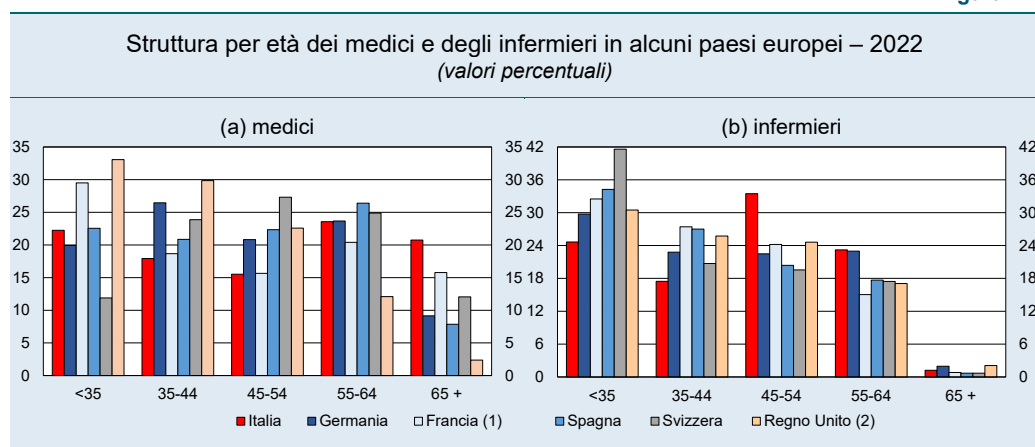
⁵ Per il 2022 l'Eurostat indicava circa 250.000 medici operanti in Italia; di questi poco meno della metà operava presso strutture dell'SSN (incluso anche il personale universitario distaccato presso l'SSN), poco più di un terzo lavorava in convenzione con l'SSN e la parte restante era distribuita quasi uniformemente tra strutture equiparate a quelle pubbliche, case di cura private accreditate, strutture private e liberi professionisti.

⁶ Per il 2022 l'Eurostat indica circa 385.000 infermieri operanti in Italia, di cui poco più di 300.000 impiegati presso l'SSN, mentre la parte restante era distribuita in modo abbastanza omogeneo tra le diverse tipologie di strutture private.

⁷ Il confronto tra paesi europei va letto con cautela in quanto la classificazione della figura di "infermiere" non è sempre uniforme e la diversa organizzazione dei sistemi sanitari implica delle aree di integrazione tra gli infermieri e altri lavoratori con mansioni di assistenza alla salute (*personal care workers/healthcare assistants*). In particolare, la figura degli operatori socio sanitari, che svolgono attività di supporto agli infermieri, compensa la bassa dotazione di questi ultimi in alcuni paesi, come ad esempio in Spagna, dove gli assistenti infermieri (*auxiliares de enfermería*) sono molto numerosi e svolgono dei compiti che in altri paesi sono di competenza degli infermieri.

i più bassi nell'Unione Europea (cfr. OCSE, 2024). Tale dato riflette una diversa organizzazione e ripartizione delle competenze tra figure professionali: nel nostro ordinamento prevale il ruolo del medico, il quale si trova a svolgere alcune funzioni che, in altri paesi, sono di competenza degli infermieri o di altre professioni sanitarie.

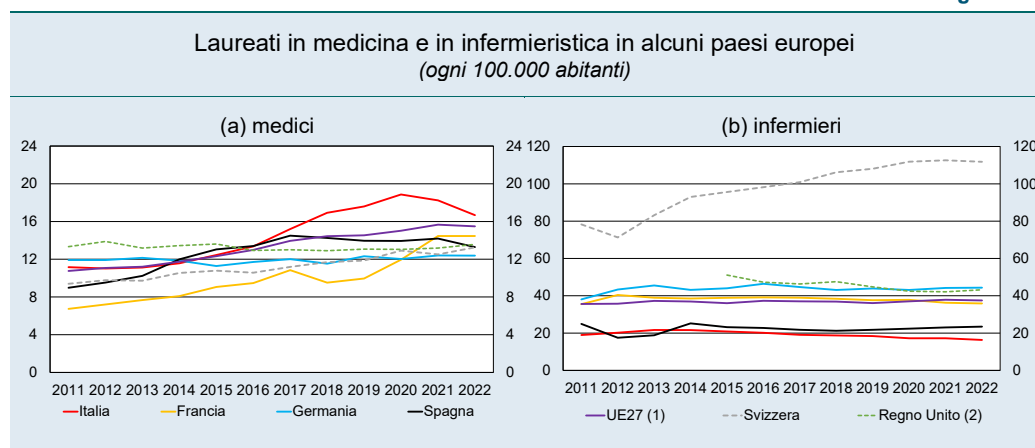
Figura 2.2



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat e OCSE.
(1) Per gli infermieri dato al 2021. – (2) Per gli infermieri dato al 2023.

Come conseguenza dei vincoli alle assunzioni, il personale medico e infermieristico risulta oggi in Italia relativamente più anziano nel confronto europeo. L'Italia è, tra i paesi europei presi a confronto, quello che presenta la quota più elevata di medici con almeno 65 anni (più di un quinto del totale), e un'incidenza analogamente alta nella classe di età tra i 55 e i 64 anni (fig. 2.2.a). Anche altri paesi (la Germania, in particolare) evidenziano una forte concentrazione di professionisti in quest'ultima classe di età, ma in Italia si osserva un ulteriore fattore di criticità, ossia la quota molto contenuta di personale nelle classi intermedie, derivante dai passati vincoli al turnover. Per gli infermieri la situazione è molto simile a quella osservata per il personale medico, anche se le classi di età con maggiore incidenza sono quelle oltre i 45 anni (fig. 2.2.b).

Figura 2.3



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat e OCSE.
(1) La media UE27 è ponderata in base alla popolazione residente; non sono disponibili i dati di Malta e Cipro, e, per i soli medici, del Lussemburgo. Per gli infermieri, essendoci diversi casi di disomogeneità nelle serie di dati, i valori calcolati per la media UE27 potrebbero non coincidere con quelli delle stime ufficiali. – (2) Per gli infermieri, i dati antecedenti al 2015 non sono confrontabili.

Al fine di garantire l'ordinario turnover del personale, in tutti i paesi considerati si è osservato negli anni più recenti un aumento del numero di laureati in medicina, fenomeno che è stato più intenso in Italia (fig. 2.3.a). Occorre comunque tener conto che il percorso di studi in medicina e il successivo periodo di specializzazione possono avere una durata e un'organizzazione diversa nei principali paesi europei considerati. La formazione di nuovi infermieri ha invece registrato un calo nel nostro paese, portando a un ampliamento del divario rispetto alla media europea: nel 2022 il numero di laureati in discipline infermieristiche, pari nella media

UE27 a 37,5 ogni 100.000 abitanti, in Italia era solo di 16,4 (da 19,0 nel 2011; fig. 2.3.b). Anche per l'area infermieristica l'organizzazione del percorso di formazione segue regole diverse nei paesi presi a confronto (cfr. il riquadro: *La formazione in alcuni paesi europei*).

LA FORMAZIONE IN ALCUNI PAESI EUROPEI

La Direttiva europea 36/2005/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, armonizza le condizioni minime di formazione di medici e infermieri per il rilascio del titolo abilitante alla professione. Nel rispetto dei requisiti minimi fissati dalla Direttiva, ogni Paese può poi strutturare in modo differente i percorsi formativi e le eventuali selezioni per accedervi, nel quadro dei diversi assetti organizzativi dei sistemi sanitari nazionali.

La formazione medica. – In Europa¹ l'accesso agli studi e alla professione medica è regolato da requisiti e procedure che mirano a bilanciare la formazione con il fabbisogno sanitario. La selezione per l'iscrizione ai corsi di Medicina varia tra i paesi e può basarsi su diversi strumenti come curriculum scolastico, test di ammissione e colloqui personali, utilizzati singolarmente o in combinazione.

La durata della laurea in Medicina nella maggior parte dei paesi, tra cui l'Italia, è di sei anni. L'accesso ai corsi è regolato da un numero programmato a livello nazionale in paesi come Italia, Germania e Spagna, mentre in altri, come Francia e Regno Unito, il numero è stabilito dai singoli atenei. In Svizzera, il numero chiuso è facoltativo e deciso dalle facoltà in base al numero di iscritti. L'Italia è l'unico tra i paesi europei considerati in cui l'accesso ai corsi statali di Medicina è regolato da un test nazionale con graduatoria unica, mentre nelle università non statali la selezione avviene con prove locali (cfr. il paragrafo 6.1: *La formazione dei medici*).

In Germania, il primo requisito per l'iscrizione a Medicina è il voto di maturità, cui si aggiungono eventuali test di ammissione stabiliti dai singoli atenei. Gli studenti non ammessi possono essere inseriti in liste d'attesa anche per più anni. In Spagna, l'accesso è meno restrittivo e dipende dal voto finale del corso pre-universitario; chi ha più di 25 anni deve superare un esame per accedere.

Il modello francese, che ha ispirato la recente proposta di riforma in Italia, non prevede un numero programmato a livello nazionale: le università stabiliscono i posti disponibili in accordo con le Agenzie Regionali della Salute. L'ammissione al primo anno è libera, ma per proseguire è necessario superare test selettivi alla fine del primo e del secondo semestre; gli studenti non ammessi possono ripetere il primo anno una sola volta. Le graduatorie sono definite dai singoli atenei, che adottano criteri specifici in base alle direttive nazionali.

Nel Regno Unito l'accesso a Medicina è legato alle risorse finanziarie delle facoltà. Gli studenti vengono selezionati in base ai voti conseguiti nelle materie scientifiche e devono superare un test di ammissione, oltre a sostenere colloqui per valutare le competenze comunicative, empatiche e di lavoro di gruppo. Le graduatorie sono gestite autonomamente dagli atenei.

Dopo la laurea per esercitare la professione medica nei paesi europei considerati è necessario seguire un ulteriore percorso formativo che include studi specialistici e formazione pratica sul campo, generalmente in ospedali pubblici. La durata della formazione specialistica varia da un minimo di tre anni per la medicina generale (Irlanda, Regno Unito, Paesi Bassi), fino a sei anni per alcuni percorsi di specializzazione (Svizzera, Germania e Austria). L'accesso alla professione medica è infine subordinato all'abilitazione, conseguita di solito con il superamento di un esame, contestuale o successivo a quello per il conseguimento del titolo accademico. All'abilitazione spesso fa seguito l'iscrizione obbligatoria in un registro dei professionisti sanitari. A queste fasi iniziali dell'esercizio della professione si aggiungono strumenti per garantire un aggiornamento continuo delle competenze professionali. In Germania, la formazione continua è sufficiente per mantenere l'abilitazione, mentre in altri paesi, come il Regno Unito, sono previsti audit e feedback per verificare il livello di aggiornamento professionale.

La formazione infermieristica. – Per gli infermieri la Direttiva 36/2005/CE prevede il requisito di una formazione con durata minima di tre anni, con almeno metà della formazione dedicata all'apprendimento in ospedali e altre istituzioni sanitarie. Da diversi anni è in atto una tendenza allo spostamento della formazione infermieristica a livello accademico per garantire migliori standard di cure, in un contesto assistenziale sempre più complesso (Rafferty et al., 2019); tuttavia, permangono differenze significative tra i paesi europei (Busse et al., 2019).

In Germania, paese caratterizzato da un'alta dotazione di infermieri, fino al 2020 il percorso di formazione si basava solo su programmi professionali (*Ausbildung*). Questi, di durata triennale e maggiormente orientati alla formazione pratica, prevedono uno stipendio per gli studenti e il conseguimento finale, previo superamento di un esame di stato, della qualifica di infermiere. Dal 2020² sono stati affiancati da corsi universitari, con l'obiettivo di fornire conoscenze che consentono di svolgere un ruolo maggiormente incisivo nell'assistenza sanitaria, organizzando anche processi di cure infermieristiche altamente complessi.

In Spagna invece la formazione universitaria per gli infermieri è attiva già dal 1977, quando fu istituito un diploma di laurea triennale; nel 2007 è stato introdotto il percorso accademico successivo alla laurea (master, specialistica e dottorato). Dal 2017 gli infermieri possono sia rinnovare la prescrizione di alcuni farmaci inizialmente indicati da un medico, sia, in casi definiti, prescrivere farmaci o indicazioni terapeutiche senza una precedente diagnosi medica; svolgono inoltre un ruolo fondamentale nell'assistenza primaria, in particolare nella gestione dei pazienti cronici.

Nel Regno Unito la qualifica di infermiere si ottiene con una laurea triennale, diventata dal 2013 l'unico canale di accesso alla professione. Per mantenere l'abilitazione, gli infermieri devono dimostrare ogni tre anni di soddisfare gli standard di formazione continua e pratica. Nel 2018 è stata introdotta la figura dell'assistente infermieristico (*Nursing Associate*), intermedia tra gli addetti all'assistenza sanitaria e gli infermieri, per supportare questi ultimi permettendo loro di concentrarsi su cure più complesse.

Anche in Francia la formazione per il diploma statale di infermiere ha durata triennale e si basa sull'alternanza di teoria e pratica. Pur portando al conseguimento di un titolo di studio corrispondente a una laurea di primo livello (*licence*) si svolge all'interno di appositi istituti (*Instituts de Formation aux Soins Infirmiers* – IFSI). L'eventuale successiva specializzazione (es. per infermiere di sala operatoria) può essere conseguita presso gli stessi istituti o nelle Università, mentre il Diploma di Infermiere di pratica avanzata (IPA), una figura introdotta nel 2019 con competenze più ampie e maggiori responsabilità, si ottiene solo con studi universitari di durata biennale. Per accedere alle specializzazioni post diploma sono richiesti alcuni anni di esperienza professionale.

In Italia, il percorso formativo attuale prevede un corso di laurea triennale, comprensivo di 1.800 ore di tirocinio clinico, abilitante alla professione di infermiere (cfr. il paragrafo 6.2: *La formazione degli infermieri*). Successivamente è possibile proseguire gli studi per un altro biennio per il conseguimento della laurea magistrale, che consente l'acquisizione di una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca. Il numero di posti per le immatricolazioni a entrambi i corsi di laurea è stabilito annualmente con decreto ministeriale.

¹ In modo analogo al confronto strutturale, anche l'analisi sui percorsi di studio considera solo alcuni paesi europei, scelti per maggiore similarità all'Italia o perché attrattori di figure professionali dal nostro paese.

² La possibilità era stata introdotta in fase sperimentale nel 2009, ma il superamento della fase pilota è avvenuto solo nel 2020, in attuazione dell'Atto di riforma delle professioni infermieristiche (*Gesetz zur Reform der Pflegeberufe*) siglato nel 2017.

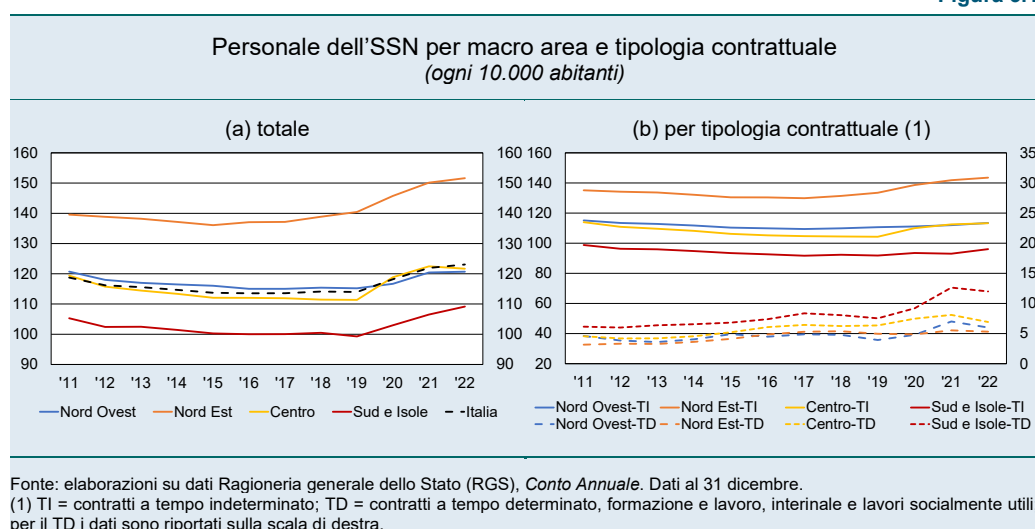
3. IL PERSONALE SANITARIO NEL PUBBLICO E NEL PRIVATO

Nel seguito del presente studio si analizza la dotazione e l'evoluzione nel tempo del personale che opera nell'SSN, nelle strutture equiparate a quelle pubbliche e in quelle private accreditate. Pur considerando il complesso dell'organico, alcuni aspetti verranno esaminati con maggiore dettaglio con riferimento alle figure dei medici e degli infermieri. Un approfondimento è inoltre dedicato al personale che opera in convenzione con l'SSN, con specifica attenzione ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta. Non vengono in questa sede considerati gli operatori che esercitano presso case di cura private non convenzionate con l'SSN oppure come liberi professionisti.

3.1 Il personale del Servizio sanitario nazionale

Alla fine del 2022 in Italia presso le strutture sanitarie pubbliche operavano in media 123 addetti ogni 10.000 abitanti. Tale dato riflette tuttavia situazioni molto diverse per macro area: alla dotazione più elevata delle regioni del Nord Est (152 addetti ogni 10.000 abitanti) si contrappone quella del Mezzogiorno (109), mentre le regioni del Nord Ovest e del Centro risultano sostanzialmente allineate al dato medio nazionale (fig. 3.1.a).

Figura 3.1



I divari territoriali osservabili nel 2022 sono in parte legati a una situazione storicamente già presente (nel 2011 esistevano già delle differenze, sia pure in misura più contenuta) e in parte risentono di diverse dinamiche nel corso del tempo. Tra il 2011 e il 2019 il personale dell'SSN è stato interessato da un calo diffuso in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Umbria, Emilia-Romagna e delle due Province autonome di Trento e di Bolzano. L'organico riferito al complesso della macro area del Nord Est è così risultato nel 2019 lievemente superiore al dato di inizio decennio; gli addetti nelle altre macro aree si sono invece ridotti, con una contrazione più forte nel Mezzogiorno.

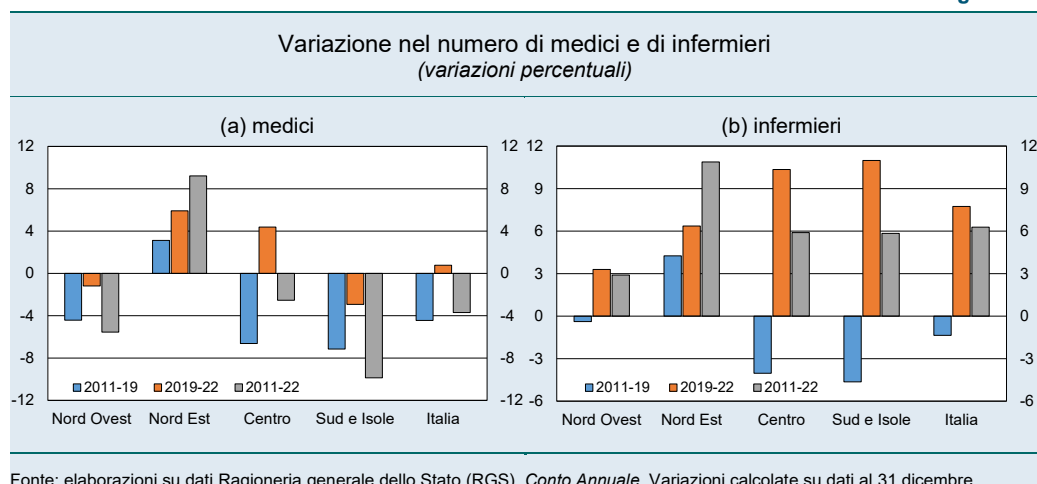
Tra il 2019 e il 2022, a seguito della pandemia, i vincoli alla spesa per personale sono stati in parte allentati e sono state varate disposizioni specifiche che hanno consentito assunzioni a termine in deroga alla normativa previgente. La dotazione complessiva di personale sanitario si è così rafforzata in tutte le macro aree e con intensità maggiore nel Centro e nel Mezzogiorno, pur con forti differenze regionali. L'aumento nel Mezzogiorno è stato infatti trainato da Campania, Abruzzo, Puglia e in misura minore da Sicilia e Sardegna; in Molise, Basilicata e Calabria è invece proseguito il calo del personale. Nel resto del Paese tutte le regioni⁸ hanno evidenziato una crescita, sia pure con intensità diversa e più contenuta al Nord Ovest. Alla fine del 2022 la dotazione complessiva di personale, parametrizzata alla popolazione residente, risultava così

⁸ Fa eccezione solo la Valle d'Aosta, che presenta un calo intorno al 2 per cento in tutto il periodo, compreso il triennio 2019-22. Si tratta però di una regione con una dotazione di molto superiore rispetto alla media nazionale.

nella media italiana superiore al dato del 2011: il differenziale positivo rispetto al dato iniziale era più marcato nel Nord Est e più contenuto nel Centro e nel Mezzogiorno, mentre nel Nord Ovest si osservava una sostanziale stabilità dell'organico (tav. a.1).

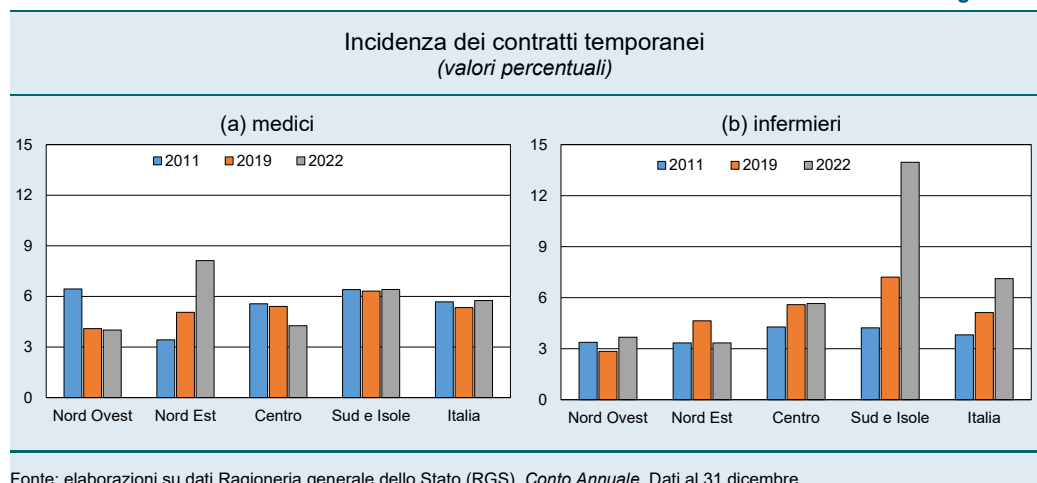
Parte del recupero rispetto ai valori del 2011 è avvenuto tuttavia facendo ampio ricorso a contratti temporanei, in particolare nelle regioni del Mezzogiorno. In tale area, nel 2022 il 13 per cento del personale sanitario lavorava con un contratto non permanente (il 9,5 per cento nella media nazionale; nel 2011 era il 6,2 nell'area e il 5,5 per cento in Italia). Considerando unicamente i rapporti di lavoro stabili, solo il Nord Est aveva recuperato nel 2022 i valori del decennio precedente (fig. 3.1.b). Inoltre, il divario di dotazione tra aree risultava ancora più ampio: 144 addetti con contratto a tempo indeterminato ogni 10.000 abitanti nel Nord Est a fronte di 96 nel Mezzogiorno.

Figura 3.2



Le dinamiche descritte, pur avendo interessato in modo diffuso tutte le figure professionali, sono state più forti per i medici: in diverse aree del Paese il calo nel periodo 2011-19 è stato di intensità tale da non essere recuperato nel triennio successivo (fig. 3.2.a). In particolare, tutte le regioni del Nord Ovest insieme a Lazio, Campania, Calabria, Molise e Basilicata presentavano nel 2022 una dotazione di medici inferiore a quella del 2011. Il recupero più significativo ha interessato il Nord Est, sostenuto anche dal maggiore ricorso a contratti temporanei (fig. 3.3.a). La dotazione di personale infermieristico è invece cresciuta in tutte le regioni, a seguito delle assunzioni negli anni post-pandemia (fig. 3.2.b); tuttavia tale dinamica è stata sostenuta in molti casi dal più ampio ricorso a contratti temporanei, in particolare nel Mezzogiorno (fig. 3.3.b).

Figura 3.3



Guardando alle altre figure professionali operanti presso l'SSN – in particolare a quelle che insieme agli infermieri avranno un ruolo rilevante per il rafforzamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR (cfr. il capitolo 5: *Il fabbisogno generato dal PNRR*) – si osserva in tutte le aree del Paese una crescita contenuta del personale della riabilitazione, la cui dotazione risultava nel 2022 pari a 3,8 addetti ogni 10.000 abitanti nella media nazionale, sempre con forti divari territoriali (il dato del Nord Est era più che doppio rispetto a quello del Mezzogiorno). Gli operatori socio sanitari (OSS) rappresentano invece una figura che si è sviluppata rapidamente negli anni più recenti, con una crescita diffusa in tutte le macro aree; tuttavia, nel 2022 a fronte di una dotazione di quasi 20 OSS ogni 10.000 abitanti nel Nord Est, il corrispondente valore nel Mezzogiorno era meno della metà.

3.2 Il personale delle strutture equiparate alle pubbliche e di quelle accreditate

A fianco delle strutture dell'SSN possono operare anche strutture equiparate a quelle pubbliche o strutture private in regime di accreditamento. Le prime, mediamente di maggiori dimensioni rispetto a quelle accreditate, risultano più diffuse al Centro e al Nord Ovest e meno nel Mezzogiorno, risentendo di fattori di carattere storico-sociale, quali la presenza di ordini religiosi storicamente attivi nella gestione di strutture di ricovero, insieme alla diversa diffusione di policlinici universitari e di IRCSS privati. La diffusione delle strutture accreditate risente di possibili cambiamenti nel perimetro di accreditamento, riflettendo sia modifiche della legislazione nazionale sia le scelte delle singole amministrazioni regionali.

*Strutture equiparate a quelle pubbliche*⁹ – La dotazione di personale che opera presso le strutture equiparate a quelle pubbliche in rapporto alla popolazione residente, pari a 11,0 dipendenti ogni 10.000 abitanti per l'Italia, risulta più elevata per il complesso delle regioni del Centro e del Nord Ovest (fig. 3.4.a e tav. a.2); con riferimento alle singole regioni, si segnalano i livelli particolarmente alti del Lazio, della Liguria, della Lombardia e del Molise, mentre i valori più bassi si registrano in Campania, Emilia-Romagna e nella Provincia autonoma di Trento.

Analogamente alla dotazione di personale, anche quella di posti letto delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche è più elevata nel Nord Ovest e nel Centro (5,7 e 5,1 posti letto ogni 10.000 abitanti, rispettivamente), mentre i valori più bassi si registrano nelle regioni del Nord Est e del Mezzogiorno (rispettivamente 2,1 e 2,3 ogni 10.000 abitanti; tav. a.3); con riferimento alle singole regioni, si segnalano i livelli particolarmente alti del Lazio e della Lombardia. Nel 2022 la dimensione media in termini di posti letto disponibili per struttura era pari a 261 per l'Italia; il Nord Est presentava una dimensione media inferiore (174 posti letto).

Tra il 2011 e il 2019, a fronte del calo degli addetti dell'SSN, il numero di dipendenti delle strutture equiparate è cresciuto in Italia del 16,6 per cento; l'aumento è stato particolarmente forte nel Nord Est (40,6 per cento)¹⁰, mentre è risultato più contenuto nel Centro (5,9 per cento, tav. a.4). Nel triennio successivo la dotazione di personale si è ancora rafforzata, ma con minore intensità (4,1 per cento nella media italiana); la crescita si è concentrata nelle regioni del Nord Ovest e del Centro (6,2 e 4,9 per cento, rispettivamente), a fronte della contrazione registrata dal Nord Est (-2,7, per cento).

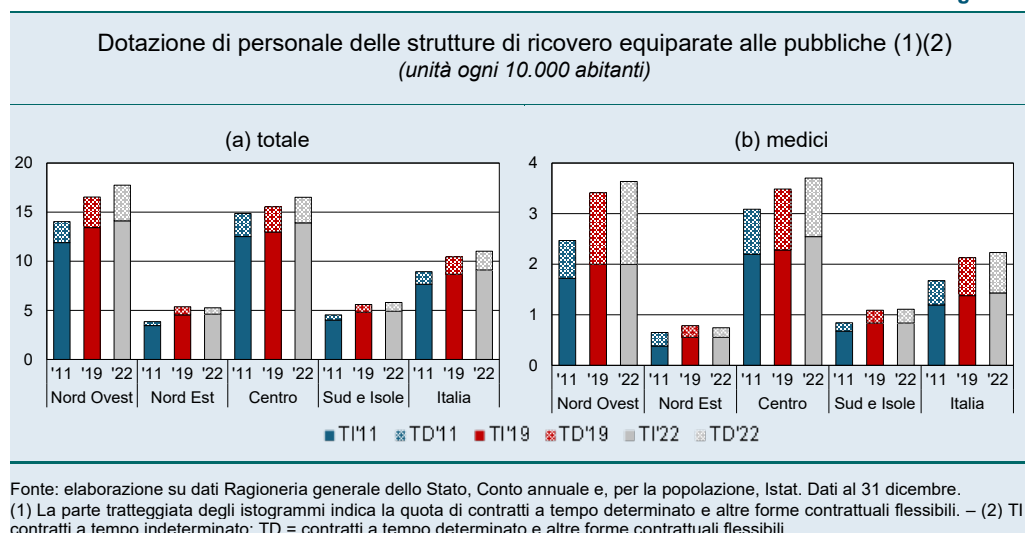
Con riferimento alle forme contrattuali, in tutte le macro aree la crescita è stata sostenuta sia dai contratti a tempo indeterminato sia da quelli a tempo determinato e dalle altre forme contrattuali flessibili (fig. 3.4.a). Durante gli anni dell'emergenza sanitaria l'aumento della dotazione di personale ha interessato soprattutto le posizioni a tempo determinato e le altre forme flessibili. La diffusione di contratti diversi da quelli a tempo indeterminato è stata maggiore tra il personale medico, ad eccezione delle strutture del Centro e del Nord Est, e si è ulteriormente rafforzata negli anni più

⁹ Cfr. nell'Appendice metodologia la voce: *Le strutture sanitarie e il personale medico*. In base ai dati del Ministero della Salute, nel 2022 erano presenti in Italia 85 strutture equiparate alle pubbliche, con una dotazione di personale di circa 65.000 unità.

¹⁰ La variazione è riconducibile all'ingresso di due strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna e una del Veneto tra le equiparate a seguito di nuova costituzione ovvero di mutamento dello status giuridico.

recenti (fig. 3.4.b). Con riferimento agli infermieri, durante gli anni della pandemia l'aumento delle posizioni a tempo indeterminato ha più che compensato la forte contrazione delle forme contrattuali meno stabili, verificatasi in tutte le macro aree ad eccezione del Mezzogiorno.

Figura 3.4



Strutture private accreditate – L'andamento nel corso del tempo della dotazione di personale e del numero di strutture accreditate è stato influenzato sia dalle scelte delle Regioni, sia dai provvedimenti legislativi volti a razionalizzare l'uso delle risorse (cfr. il riquadro: *I cambiamenti strutturali nel privato accreditato*).

Tra il 2011 e il 2019, a fronte del calo del personale dell'SSN, il numero di dipendenti delle strutture private accreditate è cresciuto in Italia del 13,9 per cento (tav. a.7)¹¹, con una tendenza analoga a quanto già osservato per le strutture equiparate. Gli incrementi maggiori hanno riguardato le regioni del Centro e del Nord Est, mentre quelle del Mezzogiorno sono state interessate da una variazione più contenuta (fig. 3.5.a)¹². Tale evidenza sembra suggerire che, durante gli anni precedenti l'emergenza sanitaria, il privato accreditato abbia accresciuto il suo peso, svolgendo un ruolo di compensazione delle dinamiche dell'SSN. Tra il 2019 e il 2022, a differenza di quanto avvenuto per le strutture dell'SSN, l'aumento del personale delle case di cura private accreditate è stato modesto (2,0 per cento per l'Italia) e si è concentrato nel Nord Est (10,5 per cento), sospinto dalla forte crescita delle dotazioni dell'Emilia-Romagna e della Provincia autonoma di Bolzano. Alla fine del 2022, l'incidenza di personale totale in rapporto alla popolazione residente (16,6 dipendenti ogni 10.000 abitanti per l'Italia), risultava maggiore per il complesso delle regioni del Centro e del Nord Ovest rispetto alle altre macro aree (tav. a.6). Con riferimento alle singole regioni, livelli particolarmente elevati sono stati registrati nel Lazio, nell'Emilia Romagna e in Lombardia, mentre i valori più bassi hanno interessato la Basilicata, la Liguria e l'Umbria.

I CAMBIAMENTI STRUTTURALI NEL PRIVATO ACCREDITATO

Per effetto di disposizioni normative che hanno favorito l'aumento della loro dimensione media¹, il numero di strutture private accreditate è diminuito tra il 2011 e il 2019 a fronte di un aumento del personale operante di esse. In base ai dati del Ministero della Salute, il calo del numero di strutture è stato del 9 per cento circa, per effetto soprattutto della decisa contrazione registrata nel Centro e nel Mezzogiorno (-15,2 e -10,9 per cento, rispettivamente); il numero di posti letto si è ridotto con intensità analoga a quella delle strutture. La tendenza volta al ridi-

¹¹ Nel 2022 la dotazione di personale di queste strutture era pari a circa 98.000 unità.

¹² Gli andamenti per il Mezzogiorno riflettono anche il fatto che, trattandosi prevalentemente di regioni sottoposte a PdR, operavano nei loro confronti non solo vincoli in termini di spesa ma anche limiti al turnover del personale.

menzionamento delle variabili di offerta si è invertita durante gli anni dell'emergenza pandemica e il numero sia di strutture sia di posti letto ha parzialmente recuperato rispetto al calo registrato nel periodo pre-Covid (rispettivamente, 1,7 e 5,2 per cento tra il 2019 e il 2022); l'aumento delle strutture ha interessato soprattutto le regioni del Nord Est e in parte del Mezzogiorno, mentre quello dei posti letto è stato diffuso a tutte le aree (tav. a.5).

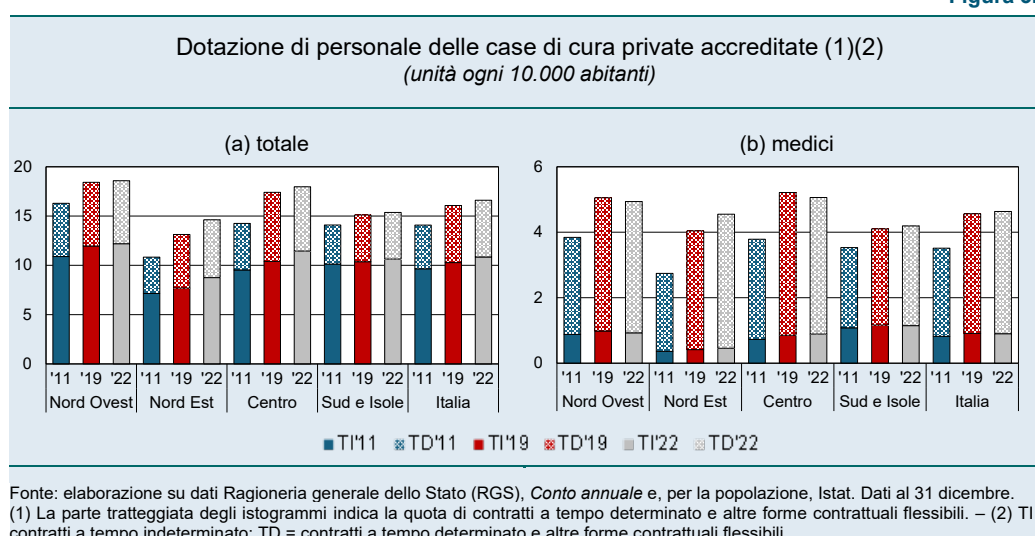
La presenza delle case di cura private accreditate rimane ancora oggi più elevata nelle regioni del Mezzogiorno (10,0 strutture per milione di abitanti, con valori più alti in Calabria e in Sicilia) e più contenuta nelle regioni del Nord, riflettendo tuttavia una diversa dimensione media. Utilizzando quale indicatore dimensionale il numero di posti letto disponibili per struttura, nel 2022, a fronte di un dato medio nazionale di 93 posti letto, nel Nord Ovest la dimensione risulta più elevata (109 posti letto, con un picco di 127 in Lombardia) rispetto al Mezzogiorno (86 posti letto). Anche prendendo in considerazione il numero di addetti per struttura, le case di cura accreditate del Centro e del Nord Ovest risultano mediamente più grandi rispetto a quelle delle altre macro aree.

La maggiore diffusione di strutture nel Mezzogiorno, su cui influisce, oltre a fattori storici, anche l'interazione tra le caratteristiche orografiche e la dotazione infrastrutturale dei territori (Bucci et al., 2021), si riflette in una dotazione di posti letto disponibili in rapporto alla popolazione superiore rispetto alle altre macro aree: nel 2022 erano 8,6 ogni 10.000 abitanti nel Mezzogiorno, mentre l'incidenza minima si raggiungeva nel Nord Est (6,2). Con riferimento alle singole regioni, si segnalano i livelli particolarmente elevati del Lazio (10,7), della Campania (10,1), della Calabria (10,6) e della Provincia autonoma di Trento (12,2).

¹ In particolare il DM 70/2015 ha previsto che le strutture private, incluse quelle già operanti con l'SSN, per poter essere accreditate dovessero raggiungere entro il 2017 una soglia minima di 60 posti letto, favorendo processi di accorpamento tra strutture esistenti.

Con riferimento alle forme contrattuali, tra il 2011 e il 2019 in tutte le macro aree la crescita dei contratti a tempo indeterminato è stata meno intensa rispetto alle posizioni a tempo determinato e alle altre forme contrattuali flessibili. Durante gli anni dell'emergenza sanitaria l'aumento della dotazione di personale ha interessato soprattutto le posizioni a tempo indeterminato, la cui dinamica ha più che compensato il calo generalizzato registrato dai contratti a tempo determinato e dalle altre forme flessibili.

Figura 3.5



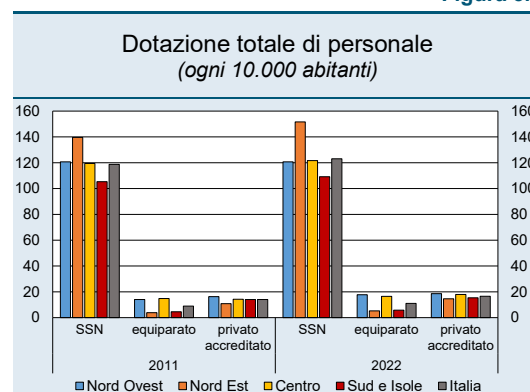
Con riferimento al personale medico, le strutture private accreditate si caratterizzano per l'ampio e prevalente ricorso a contratti diversi da quelli a tempo indeterminato (fig. 3.5.b). Al fine di tenere conto di tale fenomeno e controllare così la robustezza delle analisi effettuate, si è assegnato un minor peso ai lavoratori che ricadono in tipologie contrattuali di tipo flessibile,

ipotizzando un *full-time equivalent* al 50 per cento¹³. Anche sotto questa ipotesi le dinamiche temporali rimangono sostanzialmente invariate; l'unico effetto è il parziale ridimensionamento della dotazione soprattutto di personale medico, senza però modifiche significative della posizione tra macro aree.

3.3 Dotazione complessiva pubblica e privata e cambiamenti relativi

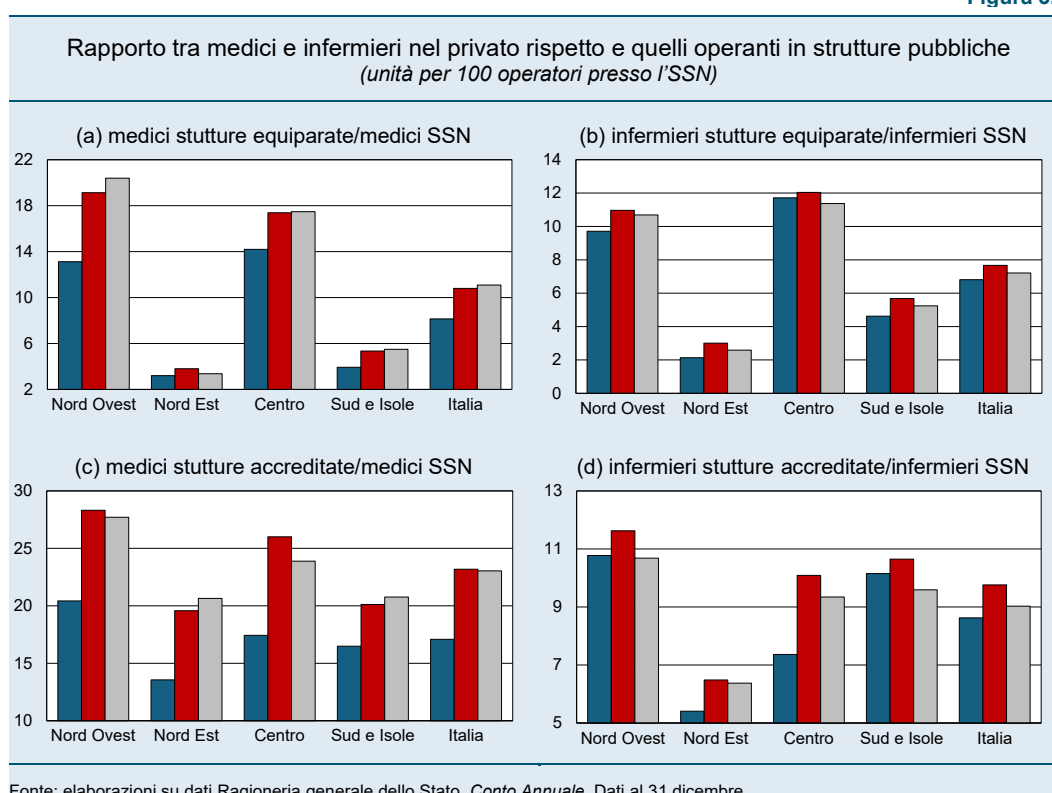
Considerando il complesso delle dinamiche che hanno interessato il personale dell'SSN e quello che opera presso le strutture equiparate alle pubbliche e quelle private accreditate, i divari territoriali osservati per il solo SSN non solo non si sono ridotti rispetto al decennio pre-pandemia, ma si sono ulteriormente ampliati. A fine 2022 la dotazione complessiva di personale era di 130 addetti ogni 10.000 abitanti nel Mezzogiorno, 156 nel Centro e 157 nel Nord Ovest, a fronte di 171 nel Nord Est (fig. 3.6). In quest'ultima area, che partiva nel 2011 da una minore dotazione sia di strutture equiparate sia di private accreditate, si è osservato un più intenso aumento nel livello di personale in tali tipologie di enti, che si è associato a un rafforzamento nella dotazione dell'organico dell'SSN. Viceversa nel Mezzogiorno, che oltre ai vincoli in termini di turnover doveva soddisfare anche quelli finanziari posti dai PdR, l'aumento nella dotazione di personale nel privato accreditato e nell'equiparato è avvenuta con intensità più contenuta rispetto al resto del Paese.

Figura 3.6



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato (RGS), Conto Annuale. Dati al 31 dicembre.

Figura 3.7



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato, Conto Annuale. Dati al 31 dicembre.

¹³ Mentre per il personale dell'SSN i rapporti di lavoro con tipologie contrattuali diverse dal tempo indeterminato sono parametrizzati all'effettiva prestazione oraria, questa informazione non è disponibile per le strutture equiparate alle pubbliche e per quelle private, dove ogni figura viene riportata come unità, indipendentemente dall'attività prestata. Abbiamo quindi assunto un'ipotesi di una prestazione a metà orario per tutti i contratti diversi dal tempo indeterminato, considerando che soprattutto nel privato accreditato i medici spesso prestano la loro attività presso più strutture.

Un aspetto meritevole di approfondimento è rappresentato dai co-movimenti osservati nella dotazione di personale tra le strutture pubbliche e quelle private. Per cogliere in maniera sintetica e informativa tali fenomeni si è costruito un indicatore dato dal rapporto tra il personale delle strutture equiparate e quello dell'SSN e, in modo analogo, tra quello del settore privato accreditato e quello dell'SSN. L'analisi è stata svolta a livello di singola macro area e per anno. Un aumento dell'indicatore esprime una crescita relativamente maggiore del personale nel privato rispetto all'SSN, e viceversa.

Fino al 2019 si osserva un aumento dell'indicatore per il complesso del personale delle strutture equiparate a quelle pubbliche e per quelle accreditate (tavv. a.2 e a.6; fig. 3.7), che si è manifestato con intensità diversa nelle singole macro aree e per ognuna delle categorie professionali prese in considerazione. In particolare, con riferimento al personale medico e infermieristico, l'espansione nella sanità privata e in quella equiparata ha mitigato la contrazione della dotazione nell'SSN. Con riferimento al privato accreditato, negli anni precedenti l'emergenza sanitaria l'indicatore è cresciuto per tutte le macro aree e per entrambe le figure professionali; durante la pandemia, per effetto della ripresa delle assunzioni da parte delle strutture pubbliche, l'indicatore è aumentato solo in alcune aree e in misura molto contenuta per i medici, mentre si è lievemente ridotto per gli infermieri, indicando una crescita di tali figure più intensa nell'SSN rispetto alle strutture equiparate alle pubbliche e a quelle private accreditate.

3.4 Cambiamenti nelle specializzazioni mediche tra pubblico e privato

Come è stato evidenziato nei paragrafi precedenti, tra il 2011 e il 2022 in Italia il numero di medici impiegati presso le strutture sanitarie pubbliche si è ridotto. La dinamica è stata tuttavia eterogenea se analizzata rispetto alle specializzazioni, modificando così la composizione della compagine per area funzionale¹⁴.

La riduzione del personale medico ha interessato maggiormente le specializzazioni chirurgiche (-1,7 per cento, in particolare ortopedici, medici di chirurgia generale e ginecologi) e dell'area funzionale dei servizi (-1,3; medicina preventiva, patologia e biochimica clinica, medicina del lavoro; tav. a.8). Nonostante l'aumento totale dei medici dell'area funzionale di medicina (9,4 per cento), anche per alcune specializzazioni di quest'area si è osservata una sensibile diminuzione nel periodo considerato, in particolare tra i medici internisti (-3,0 per cento) e gli psichiatri (-5,9). Nel dettaglio dei sotto periodi, tra il 2011 e il 2019 il personale medico specializzato nell'area chirurgica e in quella dei servizi si è ridotto. Nei tre anni successivi è invece cresciuto per tutte le aree funzionali e per tutte le specializzazioni, con alcune significative eccezioni: nell'area chirurgica il numero di ortopedici, già in sensibile calo tra il 2011 e il 2019, ha continuato a ridursi; nell'area medica una dinamica simile ha riguardato gli psichiatri mentre i medici dell'emergenza urgenza, in crescita fino al 2019, hanno registrato una sensibile contrazione dall'avvio della pandemia.

Con riferimento alle strutture private, la composizione per specializzazione dei medici è disponibile solo a partire dal 2017 (tav. a.9). L'analisi temporale è stata pertanto ristretta al

¹⁴ I fenomeni descritti riguardano i medici dell'SSN a tempo indeterminato, in quanto il dettaglio per specializzazione è disponibile solo per i professionisti con tale tipologia di rapporto contrattuale. Le specializzazioni di medicina sono divise in tre aree funzionali, definite dal DM n. 60 del 4 febbraio 2015 di *Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria*: a) area medica (medicina interna, medicina d'emergenza-urgenza, geriatria, medicina dello sport e dell'esercizio fisico, medicina termale, oncologia medica, medicina di comunità e delle cure primarie, allergologia e immunologia clinica, dermatologia e venereologia, ematologia, endocrinologia e malattie del metabolismo, gastroenterologia, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive e tropicali, nefrologia, reumatologia, medicina e cure palliative, neurologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria, pediatria); b) area chirurgica (chirurgia generale, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia, urologia, chirurgia maxillo-facciale, neurochirurgia, oftalmologia, otorinolaringoiatria, cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare); c) area dei servizi clinici (anatomia patologica, microbiologia e virologia, patologia clinica e biochimica clinica, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore, audiologia e foniatria, medicina fisica e riabilitativa, farmacologia e tossicologia clinica, genetica medica, igiene e medicina preventiva, medicina del lavoro, medicina legale, scienza dell'alimentazione, statistica sanitaria e biometria).

periodo 2019-22, con l'obiettivo di evidenziare se e in che misura l'emergenza Covid-19 abbia inciso sulla composizione per specializzazione del personale medico e sulla sua distribuzione tra le diverse categorie di strutture. In questo intervallo di tempo la crescita del personale delle strutture private, nel complesso più moderata rispetto a quella osservata nel decennio precedente, è proseguita a ritmi ancora sostenuti per alcune specializzazioni dell'area chirurgica (in particolare ortopedia, neurochirurgia, cardiocirurgia e urologia), e dell'area dei servizi direttamente interessate nelle attività chirurgiche (radiodiagnostica, anestesia, rianimazione e terapia intensiva); a queste dinamiche del personale nel settore privato ha corrisposto una più contenuta crescita o una riduzione degli addetti con le stesse qualifiche nelle strutture pubbliche.

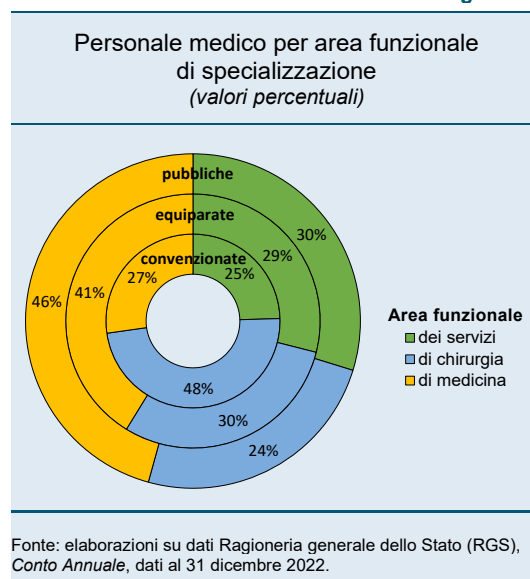
L'analisi sin qui svolta evidenzia le differenze nella composizione dell'organico dell'offerta sanitaria pubblica rispetto a quella privata. Nel 2022 la distribuzione per aree funzionali delle specializzazioni risulta abbastanza simile nelle strutture pubbliche e in quelle private equiparate, dove vi è una prevalenza di personale medico specializzato nell'area di medicina (fig. 3.8). Nelle strutture private, invece, la quota di medici specializzati in tale area è più contenuta, a fronte di una maggiore incidenza di medici con specializzazione chirurgica¹⁵, in particolare ortopedici e oftalmologi, e di specialisti in medicina riabilitativa nell'area funzionale dei servizi clinici.

L'offerta di sanità privata, in particolare quella delle case di cura accreditate, è dunque sempre più orientata verso le attività chirurgiche e la riabilitazione post acuzie. Le strutture pubbliche invece restano i soggetti di offerta privilegiati per l'assistenza dell'area medica e i fornitori pressoché esclusivi dei servizi di prevenzione e dell'assistenza territoriale, dato l'esiguo numero di medici privati specializzati nelle discipline riconducibili a tali attività (medicina del lavoro, medicina legale, emergenza-urgenza, psichiatria). Queste evidenze, unitamente a quelle che emergono dalle informazioni sia pure parziali¹⁶ sul personale medico impiegato presso le strutture private non convenzionate con l'SSN, delineano un assetto nel quale l'offerta di servizi sanitari privati non è un perfetto sostituto della sanità pubblica, ma si pone in un rapporto di crescente complementarità con essa.

3.5 Il personale in convenzione

La dotazione di medici in convenzione¹⁷ rispetto alla popolazione residente risultava nel 2022 nel complesso lievemente superiore nelle regioni del Mezzogiorno e in quelle del Centro rispetto alle regioni del Nord (tav. a.10). Guardando ai soli medici di medicina primaria (ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, cd. medici di famiglia) si passa da una dotazione di poco meno di 7 ogni 10.000 abitanti nel Nord a 8 nelle altre macro aree¹⁸. Tuttavia, il Mezzogiorno si caratterizza per una curva per età del personale in convenzione più spostata verso

Figura 3.8



¹⁵ Nel 2021 il complesso dei ricoveri ordinari di tipo chirurgico in strutture pubbliche e private costituivano il 46 per cento dei ricoveri totali e il 38 per cento delle giornate di degenza. Tuttavia incidono per quasi i due terzi sulla spesa totale, a motivo del maggior costo per giorno di degenza rispetto ai ricoveri di tipo medico (955 e 354 euro, rispettivamente).

¹⁶ Le informazioni disponibili nel Conto Annuale per il privato non accreditato con l'SSN si riferiscono solo a quegli Enti che effettuano su base volontaria la segnalazione del proprio organico.

¹⁷ Sono inclusi tra i medici in convenzione: i medici di medicina generale (MMG, comprendono medicina primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, emergenza territoriale, medicina dei servizi), i pediatri di libera scelta e gli specialisti, tra i quali la figura prevalente è quella degli specialisti ambulatoriali.

¹⁸ L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) prevede che in territori a bassa densità abitativa, per motivi geografici, di viabilità o di distanza tra comuni ecc, le Regioni, attraverso gli accordi integrativi regionali, possano modificare il rapporto ottimale di un medico ogni 1.000 abitanti (1.200 nell'ACN siglato nel 2024) e gli ambiti territoriali di iscrizione del medico, che di norma devono avere una popolazione non inferiore alle 7.000 unità.

le classi prossime al pensionamento, per cui, in prospettiva, tale differenziale positivo per l'area potrebbe esaurirsi (cfr. il capitolo 4: *Il fabbisogno futuro di personale sanitario*).

Analogamente al personale che opera presso le strutture dell'SSN, anche i medici in convenzione sono diminuiti tra il 2011 e il 2019 e tale tendenza è proseguita anche negli anni più recenti¹⁹. A livello di area, la riduzione dei medici in convenzione tra il 2011 e il 2022 è stata più accentuata nel Nord Ovest, dove il numero iniziale in rapporto alla popolazione residente era già inferiore alla media italiana, e nel Centro, che partiva invece da una dotazione relativamente superiore.

Il calo è evidente in particolare per i medici di famiglia, diminuiti del 17 per cento tra il 2011 e il 2022, con un parallelo aumento del carico di pazienti, passati in media da 1.143 a 1.301 per medico. A livello di macroarea, la diminuzione è stata più intensa nel Centro e nel Mezzogiorno, ma il numero di pazienti per medico, cresciuto in tutte le macroaree, permane significativamente più elevato al Nord, con valori maggiori di 1.400 in tutte le regioni, eccetto Liguria e Piemonte. Sono inoltre aumentati i professionisti con un numero di assistiti superiore alla soglia prevista a livello nazionale²⁰: nel 2022 il 48 per cento dei medici di base aveva oltre 1.500 pazienti (erano il 26 per cento nel 2011). Tale quota era di oltre il 60 per cento nel Nord Ovest, e del 35 per cento nel Mezzogiorno.

Ugualmente, anche i pediatri di libera scelta sono diminuiti (-13 per cento). Nonostante la dotazione in rapporto ai bambini in età pediatrica sia rimasta sostanzialmente invariata per il calo della popolazione di riferimento, anche per questa figura professionale vi è stato un progressivo aumento del carico di pazienti, passati in media da 870 a 891, dovuto al maggior ricorso alla figura del pediatra fino alla soglia massima di età consentita (14 anni). Le tendenze per macroaree sono simili a quelle dei medici di famiglia.

Il calo dell'organico, compensato da un aumento delle ore lavorate per addetto, ha riguardato anche i medici specialisti ambulatoriali. Sono invece aumentati, nel periodo considerato, i medici di continuità assistenziale (ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria), con un'accelerazione nel biennio 2020-21, in relazione a norme specifiche introdotte per fronteggiare l'emergenza pandemica²¹ e alla semplificazione del passaggio all'attività di medico di famiglia²². Si è però trattato nella maggior parte dei casi di assegnazione di incarichi provvisori.

I nuovi Accordi Collettivi Nazionali (ACN). – I nuovi ACN della medicina generale e degli specialisti convenzionati, siglati ad aprile 2024, recepiscono i principi previsti dal DM 77/2022 per il rafforzamento della medicina territoriale, prevedendo ad esempio: a) che i medici del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta svolgano anche attività oraria (che sarà inversamente proporzionale al numero di assistiti²³); b) che l'attività oraria dei medici del ruolo unico debba essere svolta anche presso le nuove strutture territoriali, con la previsione di un incentivo economico specifico per le ore di servizio prestate presso le Case di Comunità; c) che siano introdotte forme di collaborazione tra le aggregazioni di MMG e quelle della specialistica ambulatoriale interna per la gestione congiunta dei casi complessi con un approccio multidisciplinare, attraverso percorsi integrati nelle Case e negli Ospedali di comunità, negli studi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e presso altre forme aggregative già esistenti; d) che sia possibile utilizzare la telemedicina per garantire la continuità dell'assistenza, anche con modalità di reperibilità domiciliare.

¹⁹ Per una trattazione più approfondita sull'andamento di medici di famiglia e pediatri di libera scelta tra il 2001 e il 2019, si veda Aimone et al., 2024.

²⁰ Gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) vigenti prevedono una soglia di 1.500 pazienti per i medici di assistenza primaria (elevabile a 1.800 nel caso operino presso studi medici multiprofessionali o in zone con particolare carenza) e di 1.000 per i pediatri (innalzata nel 2022 e nel 2024, in occasione degli ultimi due rinnovi dell'ACN). Le soglie possono essere incrementate negli accordi integrativi regionali.

²¹ Il DL 14/2020 ha previsto la possibilità di assegnare incarichi a tempo determinato anche ai laureati iscritti al corso di formazione in medicina generale; inoltre i medici di continuità assistenziale sono stati coinvolti nelle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e nella campagna vaccinale anti Covid-19.

²² Dal 2022 i medici di continuità assistenziale sono confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria "ad attività oraria", che prevede il passaggio semplificato all'attività a ciclo di scelta e la possibilità di lavorare presso gli studi dei medici di base.

²³ Sono previste 38 ore fino a 400 assistiti, 24 ore tra 401 e 1.000, 12 ore tra 1.001 e 1.500, 6 ore oltre 1.500 assistiti.

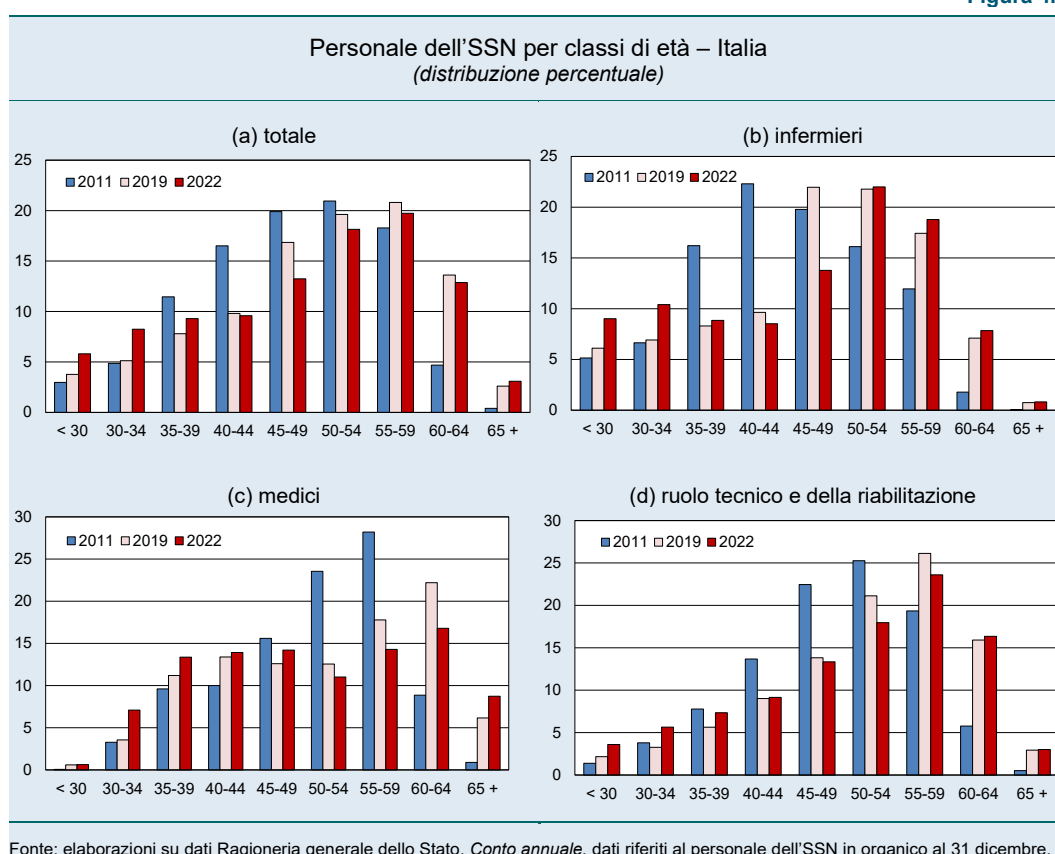
4. IL FABBISOGNO FUTURO DI PERSONALE SANITARIO

4.1 Il personale per età

Il personale dell'SSN per età. – I vincoli alle assunzioni che hanno caratterizzato lo scorso decennio, sia pure allentati nel corso del tempo, si sono tradotti in una distribuzione per età del personale dipendente dell'SSN molto concentrata nelle classi più anziane. Solo con il rafforzamento dell'organico a seguito dell'emergenza pandemica, tra il 2020 e il 2022, la percentuale di figure più giovani è nuovamente aumentata, ma rimane comunque invariato il problema relativo alla quota di professionisti con età avanzata. Alla fine del 2022, il 16 per cento del personale, includendo tutte le figure professionali, aveva superato i 60 anni di età; nel 2011 tale quota era pari al 5 per cento (fig. 4.1.a).

Il processo di innalzamento dell'età del personale, pur avendo interessato in modo diffuso tutti gli operatori dell'SSN, evidenzia problematicità maggiori per i medici e per le figure del ruolo tecnico e della riabilitazione, dove la quota di addetti con oltre 60 anni risultava a fine 2022 particolarmente elevata (figg. 4.1.c e 4.1.d). Per gli infermieri la struttura per età è più concentrata nella classe 50-59 anni (fig. 4.1.b), spostando leggermente in avanti nel tempo il problema del ricambio generazione rispetto alle figure professionali prima considerate²⁴.

Figura 4.1

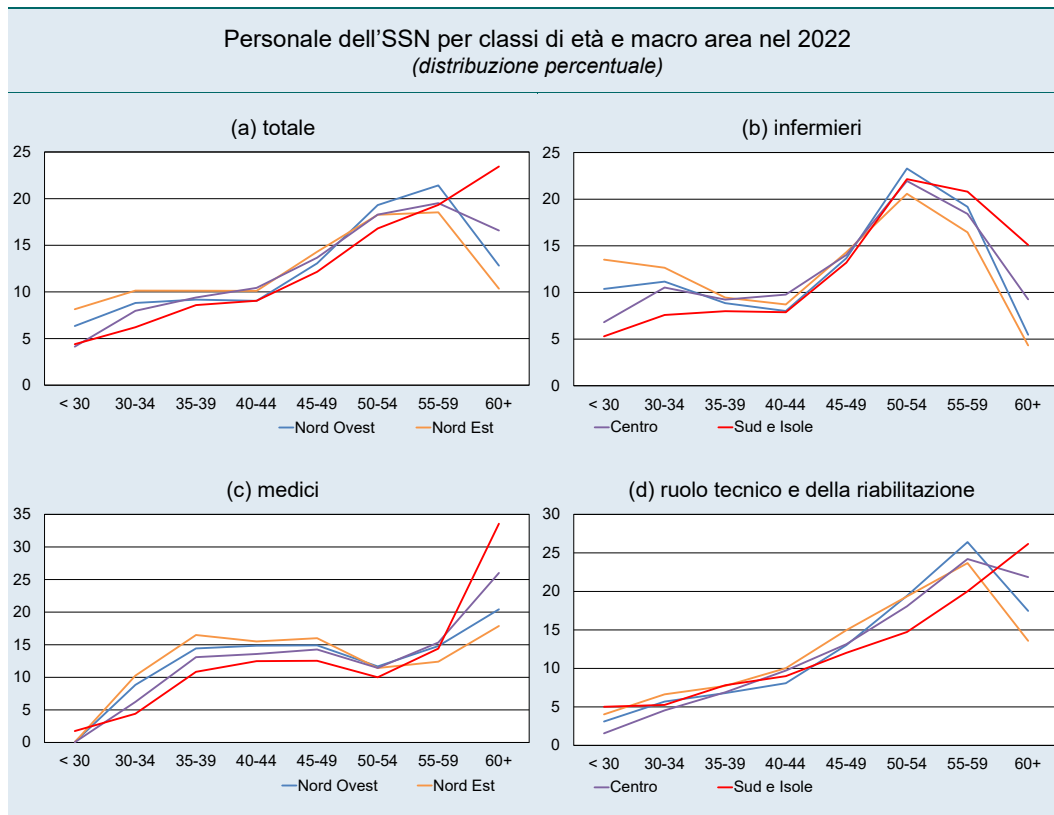


Il quadro descritto, già sufficientemente problematico a livello italiano, sottende differenze significative a livello di macro aree e con riferimento alle diverse categorie professionali che operano nell'SSN (tav. a.11). Per i medici, se a livello medio nazionale il personale con almeno 60 anni di età rappresenta un quarto del totale (e quasi il 9 per cento ha già raggiunto o superato i 65 anni), nel Mezzogiorno l'incidenza sale a circa un terzo dell'organico (e il 14 per cento ha oltre 64 anni; fig. 4.2.c). I valori più elevati si osservano in Calabria, Campania, Molise e Basilicata, dove i medici che avevano raggiunto o superato i 60 anni rappresentano il

²⁴ Occorre tuttavia tener conto che, con riferimento alle classi di età più avanzate, mentre i medici sono prevalentemente uomini, tra gli infermieri prevale la quota di donne, che possono godere di alcune agevolazioni per la fuoriuscita anticipata per pensione.

40 per cento dell'organico in essere a fine 2022. In modo analogo, anche per le altre figure professionali, la quota di personale più anziano risulta più elevata nel Mezzogiorno, mentre nel Nord Est si osservano i valori più bassi nel confronto territoriale.

Figura 4.2



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati riferiti al personale dell'SSN in organico al 31 dicembre 2022.

Il personale in convenzione per età. – Il problema dell'età avanzata interessa in modo particolare anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. La quota di tali professionisti che a fine 2022 aveva almeno 60 anni di età era circa il 42 per cento²⁵, con un valore più elevato nel Mezzogiorno, dove tale percentuale superava il 45 per cento. La regione con la maggiore incidenza di MMG e PLS nelle classi di età più elevate è la Puglia, seguita da Calabria e Campania (circa la metà dei medici ha già raggiunto o superato i 60 anni); una situazione simile si riscontra anche nel Lazio, mentre nelle altre regioni del Centro l'incidenza del personale più anziano è inferiore alla media italiana. Tra le regioni del Nord, le quote più elevate si osservano in Veneto, Liguria e Lombardia (circa il 40 per cento), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano è l'area con la minor quota di professionisti con almeno 60 anni (27 per cento).

Una stima dell'età del personale privato. – I dati sulla struttura per età del personale che opera nel comparto privato o come libero professionista non sono pubblicamente disponibili. Tuttavia, dai dati Istat ed Eurostat è possibile ricavare l'informazione sulla struttura per età del complesso, rispettivamente, dei medici e degli infermieri che esercitano sul territorio nazionale (cfr. il capitolo 1). Depurando l'aggregato complessivo dal dato sui medici e sugli infermieri dell'SSN²⁶ e sui medici in convenzione, per i quali si dispone di informazioni più dettagliate, è possibile ricavare una stima approssimata della curva per età del personale che opera presso le

²⁵ I dati sul personale in convenzione con almeno 60 anni sono di fonte Fondazione Enpam, mentre la loro incidenza sull'organico in essere a fine 2022 è stimata sulla base dei dati di fonte SISAC.

²⁶ Per i medici e gli infermieri che operano nell'SSN si dispone solo dell'informazione sulla struttura per età del personale con un contratto a tempo indeterminato. Nell'aggregato che residua per differenza è anche incluso il personale che opera nell'SSN con contratti temporanei, che ne rappresenta comunque una quota marginale e in genere di età che si può ipotizzare relativamente più giovane.

strutture equiparate alle pubbliche e nel privato, sia esso in convenzione o privato puro (nel seguito, per brevità, tale aggregato sarà definito semplicemente come “privato”).

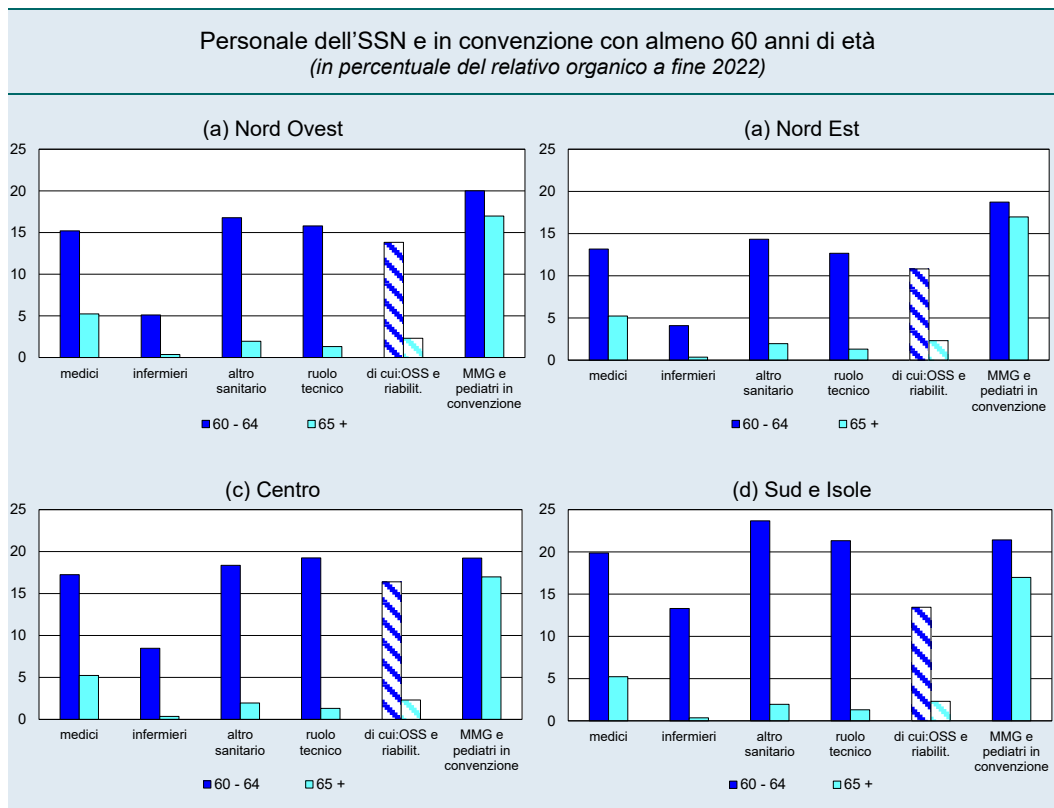
Da tale analisi emerge che per i medici la struttura per età nel privato si differenzia da quella dell’SSN per la maggiore presenza, da un lato, di personale relativamente più giovane (fino a 34 anni) e, dall’altro, di medici che hanno superato i 64 anni di età (con una proporzione quasi tripla rispetto a quanto si osserva nel pubblico). Una spiegazione di tale dato risiede nel fatto che spesso i medici che fuoriescono dall’SSN per raggiungimento dell’età pensionabile continuano a esercitare nel privato. Anche per gli infermieri, nel privato la quota di personale con meno di 35 anni risulta più che doppia rispetto all’SSN. Nella classe tra i 54 e i 64 anni, a fronte di una quota leggermente superiore al 10 per cento nel privato, si concentra più di un quarto degli infermieri che operano nel pubblico. Le figure professionali con almeno 65 anni rappresentano una quota trascurabile sia nel pubblico sia nel privato.

La maggiore presenza nel privato di personale con un’età inferiore ai 35 anni riflette principalmente i più ampi margini di assunzione di cui il settore ha potuto godere prima dello scoppio della pandemia, quando il normale turnover del personale nell’ambito dell’SSN risultava fortemente limitato. Può in parte essere riconducibile anche alla maggiore attrattività che il privato può esercitare rispetto all’SSN, in relazione anche alla più ampia diffusione al suo interno di alcune specializzazioni verso cui tendono sempre più a orientarsi le scelte dei nuovi medici.

4.2 Una stima delle fuoriuscite per pensione e per altri fattori

La presenza di un numero significativo di dipendenti dell’SSN e di medici in convenzione che a fine 2022 aveva raggiunto e superato i 60 anni di età pone un problema significativo di ricambio generazionale, in quanto è possibile stimare che, sulla base della legislazione vigente, in un arco temporale compreso tra i 5 e i 10 anni tale personale maturerà la scelta di andare in pensione.

Figura 4.3



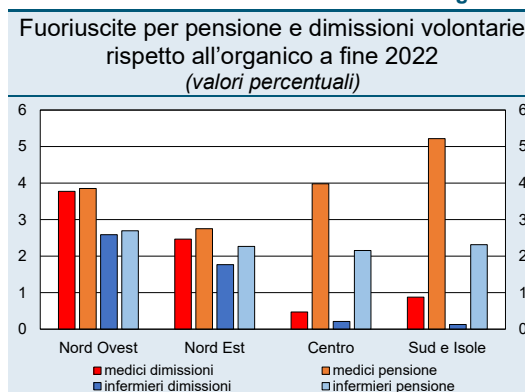
Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati riferiti al personale dell’SSN in organico al 31 dicembre 2022; per il personale in convenzione dati Fondazione Enpam e SISAC.

Per la stima delle fuoriuscite si fa riferimento a un'età pensionabile compresa tra 67 e 70 anni, con la possibilità per i soli dirigenti medici di rimanere in servizio su base volontaria fino a 72 anni²⁷. Si può ritenere che nell'intervallo di 10 anni tutto il personale che aveva almeno 60 anni a fine 2022 sarà fuoriuscito dall'SSN per raggiungimento dell'età pensionabile; in modo analogo, in un intervallo più breve di 5 anni, si può ritenere che sarà fuoriuscito dall'SSN il personale che aveva almeno 65 anni a fine 2022. In termini numerici questo corrisponde a più di 27.000 medici, oltre 24.000 infermieri e un numero analogo di personale del ruolo tecnico, a cui si aggiungono ulteriori 28.000 MMG e PLS; in generale, il fabbisogno risulta più elevato nel Mezzogiorno (fig. 4.3).

Altri fattori di fuoriuscita del personale. – Al fabbisogno di personale legato al normale turnover per raggiungimento dell'età pensionabile si aggiunge il fenomeno, intensificatosi negli anni più recenti, delle dimissioni volontarie prima del conseguimento dei requisiti pensionistici. Trattandosi di scelte effettuate dai singoli operatori, questa tendenza risulta più difficile da prevedere e da contrastare. Nel solo 2022²⁸ in Italia sono fuoriusciti dall'SSN per dimissioni volontarie quasi 2.200 medici e oltre 3.500 infermieri (corrispondenti a circa il 2 per cento dei medici e all'1,1 degli infermieri a livello medio nazionale). Il fenomeno è concentrato nelle regioni del Nord (con una perdita del 3,8 per cento dei medici e del 2,6 per cento degli infermieri), dove raggiunge una dimensione quasi analoga alle fuoriuscite per pensione (fig. 4.4). Nel Centro e nel Mezzogiorno il fenomeno è apparentemente meno diffuso, ma se si considera anche la voce più generica di “cessazione per altre cause” l'incidenza delle fuoriuscite aumenta significativamente, pur rimanendo sempre più contenuta rispetto al Nord.

Inoltre, in base ai dati dell'OCSE, circa 1.000 medici ogni anno si trasferiscono a lavorare in altri paesi, prevalentemente in Svizzera, Regno Unito, Germania, Francia e, negli ultimi anni, anche in Spagna e Belgio. Il flusso in entrata è minore (sempre inferiore alle 300 unità) generando una perdita netta di professionisti formati in Italia. Per gli infermieri il flusso verso l'estero è aumentato (da 315 nel 2011 a oltre 500 nel 2022), con punte molto più elevate nel biennio 2015-16, per gli spostamenti verso il Regno Unito; le principali destinazioni, dopo la Brexit, sono la Svizzera (dove un quarto degli infermieri si è formato all'estero) e la Germania. Tuttavia, per gli infermieri è significativo anche il flusso in ingresso, per cui il saldo annuo tra infermieri in entrata e quelli in uscita, divenuto negativo tra il 2014 e il 2020, è tornato positivo di circa 200 unità nel biennio 2021-22²⁹.

Figura 4.4



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto Annuale*.

²⁷ I medici che lavorano per l'SSN potranno restare a lavoro fino ai 72 anni di età: la scelta sarà su base volontaria, ma i medici potranno rimanere in corsia al massimo fino al 31 dicembre 2025; potrà tornare in servizio anche chi è andato in pensione dal 1 settembre del 2023. Non è però possibile mantenere gli incarichi apicali di cui si è in possesso.

²⁸ Solo a partire dal 2022 il fenomeno delle dimissioni volontarie, prima incluso nella voce generica “altre cause”, viene monitorato in modo distinto insieme ad altre causali di fuoriuscita dall'SSN (quali pensione, licenziamento, passaggio ad altra amministrazione). Mentre il cambiamento nella modalità di classificazione è evidente per le regioni del Nord, non si è certi che il cambio sia avvenuto anche nel Centro e nel Mezzogiorno.

²⁹ Nel 2022, guardando al totale degli infermieri attivi in Italia, il 5,2 per cento proveniva da altri paesi.

5. IL FABBISOGNO GENERATO DAL PNRR

5.1 La riforma dell'assistenza territoriale

IL PNRR prevede, nell'ambito della prima componente della Missione dedicata alla salute (M6C1), il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo della telemedicina, l'ampliamento o la creazione di strutture e presidi territoriali e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Stabilisce inoltre tra i propri traguardi qualitativi la riforma dell'assistenza territoriale, obiettivo conseguito con l'entrata in vigore del decreto ministeriale del 23 maggio 2022 (DM 77/2022)³⁰, recante gli standard di operatività delle strutture territoriali previste nell'ambito del Piano e nei distretti sanitari.

I target fissati con l'approvazione del PNRR (nella formulazione originaria del 2021)³¹ prevedono l'attivazione, entro la metà del 2026, di almeno 1.350 Case della comunità (CdC) attraverso la conversione di strutture esistenti o la creazione di nuove. Tale assetto mira ad agevolare la presa in carico dei pazienti mediante un approccio multidisciplinare, al fine di attivare percorsi di cura basati sull'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali e ridurre al tempo stesso il ricorso alle strutture ospedaliere. Il 45 per cento delle strutture programmate è localizzato nelle regioni del Mezzogiorno, anche con l'obiettivo di colmare il divario preesistente³². La riforma prevede inoltre l'attivazione di almeno 400 Ospedali di comunità (OdC), strutture sanitarie intermedie e destinate a pazienti che necessitano di interventi clinici a bassa intensità e di breve durata; ciascun OdC dovrà essere dotato di almeno 20 posti letto (e fino a un massimo di 40), e sarà basato su una gestione prevalentemente infermieristica. Si prevede inoltre l'attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT)³³, almeno una per ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e di rafforzare l'assistenza distrettuale attraverso le Unità di continuità assistenziale (UCA; 1 ogni 100.000 abitanti).

Un ulteriore obiettivo è il potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche utilizzando il personale che opera nelle strutture di presidio territoriale, al fine di garantire la presa in carico, entro la metà del 2026, del 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (corrispondente a circa 800.000 persone³⁴).

5.2 Il fabbisogno derivante dalle strutture sanitarie del Piano

Sulla base della lettura congiunta degli obiettivi fissati dal PNRR e degli standard introdotti con il DM 77/2022 è possibile elaborare alcune stime del fabbisogno di personale per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale (cfr. nell'appendice metodologica la voce: *Il fabbisogno di personale sanitario generato dal PNRR*). Il decreto, oltre agli standard organizzativi, definisce anche quelli relativi alle principali figure professionali necessarie per il funzionamento di ciascuna struttura sanitaria: si tratta principalmente di infermieri, assistenti socio sanitari, tecnici della riabilitazione e in misura minore di medici, con una diversa articolazione per case e ospedali di comunità. Complessivamente, l'attivazione di tutte le strutture, secondo nostre

³⁰ Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (*milestone* M6C1-1).

³¹ L'8 dicembre 2023 il Consiglio dell'Unione europea ha approvato la proposta di revisione del PNRR, sancendo l'uscita integrale dal perimetro del Piano di alcune misure e il parziale ridimensionamento di altre. Le misure inerenti la Missione 6 componente 1, sono state oggetto di una rimodulazione dei target da perseguire entro il 2026, ridefiniti a livello nazionale ma di cui non si conosce l'impatto a livello territoriale. Per tale motivo ai fini di questo lavoro sono stati usati i target individuati nella prima formulazione del piano.

³² Per strutture preesistenti si fa riferimento alle Case della salute, che con un approccio multidisciplinare coadiuvavano l'assistenza sanitaria territoriale; cfr. Camera dei deputati (2021).

³³ A introdurre formalmente le centrali operative territoriali nell'organizzazione dell'SSN è stato l'art. 1 comma 8 del DL 19 maggio 2020, n. 34 per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, svolgendo funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, ricorrendo anche a strumenti informativi e telemedicina.

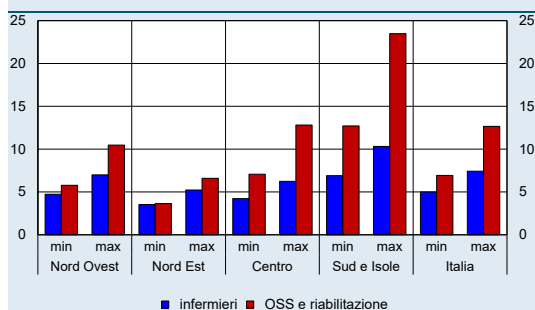
³⁴ Nella revisione del PNRR dello scorso 8 dicembre per l'ADI il target è stato innalzato, portando a circa 842.000 il numero di persone a cui garantire l'assistenza a domicilio entro la metà del 2026 (fonte: Italia domani, release *opendata* dicembre 2024).

stime, determinerà un'esigenza di personale compresa tra 15.240 e 22.640 infermieri, tra 6.300 e 11.700 operatori socio sanitari e addetti alla riabilitazione e di circa 800 medici (tav. a.12)³⁵.

Se parametrizzato ai dipendenti dell'SSN a fine 2022, il fabbisogno di personale è stimabile in una percentuale compresa, a livello medio nazionale, tra il 5 e 7 per cento per gli infermieri e tra il 7 e il 13 per cento per gli OSS. L'intensità del fenomeno è tuttavia diversa su scala territoriale, e risulta maggiore nel Mezzogiorno, dove la percentuale degli infermieri è ricompresa tra il 7 e il 10 per cento, mentre per gli OSS tra il 13 e il 23 per cento (fig. 5.1). Questo riflette sia la minore dotazione iniziale nel Mezzogiorno delle singole figure considerate, sia la maggiore intensità degli interventi previsti dal PNRR, per colmare il divario dell'area rispetto al resto del Paese. La necessità aggiuntiva di medici si presenta contenuta: inferiore all'1 per cento della dotazione a fine 2022 in tutte le macroaree, in quanto si riferisce solo all'organico che dovrà operare all'interno degli OdC; per le altre strutture il fabbisogno è determinato a livello di distretto.

Figura 5.1

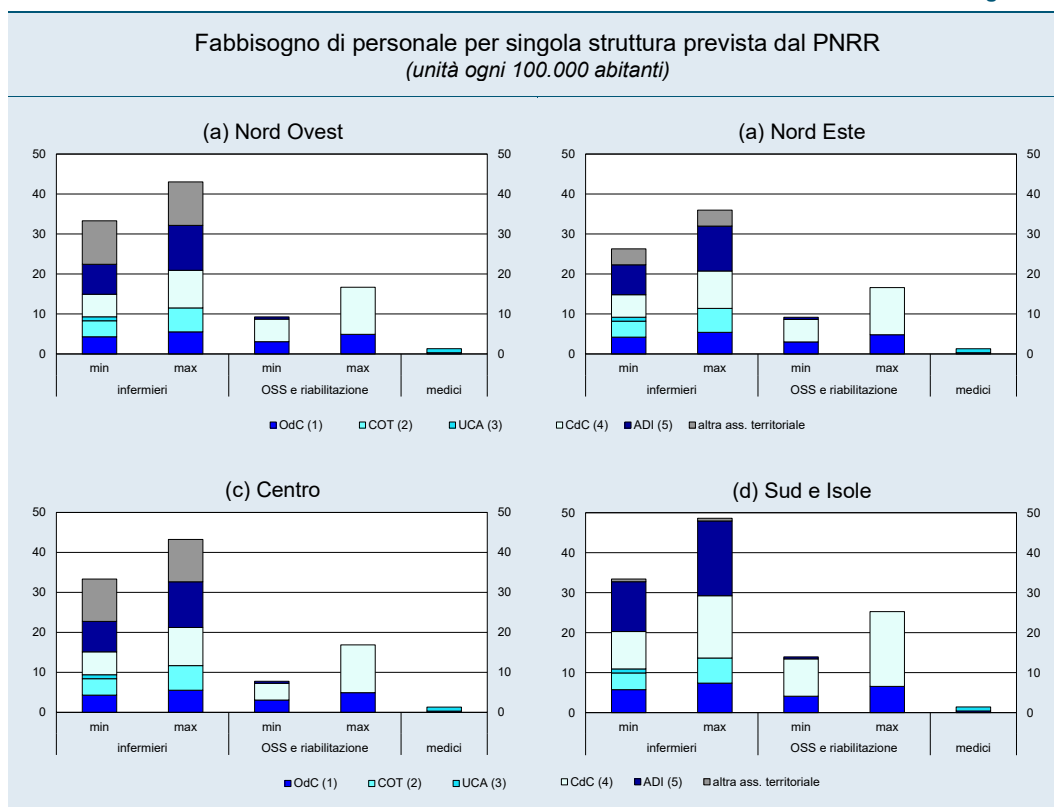
**Fabbisogno personale per strutture del PNRR (1)
(in percentuale dell'organico a fine 2022)**



Fonte: stime basate su quanto previsto dal DM 77/2022. Cfr. nell'Appendice metodologica la voce: *Il fabbisogno di personale sanitario generato dal PNRR*.

(1) Include il personale addetto agli Ospedali di comunità, alle Centrali operative territoriali, alle Unità di continuità assistenziale, alle Case di comunità e all'Assistenza domiciliare integrata.

Figura 5.2



Fonte: stime basate su quanto previsto dal DM 77/2022. Cfr. nell'Appendice metodologica la voce: *Il fabbisogno di personale sanitario generato dal PNRR*.

(1) Ospedali di comunità – (2) Centrali operative territoriali – (3) Unità di continuità assistenziale. – (4) Case di comunità. – (5) Assistenza domiciliare integrata.

³⁵ Le nostre stime risultano in linea con quelle ottenute a livello nazionale da Agenas (2022); gli eventuali scostamenti sono dovuti al diverso riferimento temporale della popolazione (al 2021 per Agenas, al 2026 in base alle proiezioni Istat per le stime qui riportate).

Se si parametrizza l'esigenza di personale generata dal PNRR alla popolazione residente, resta confermata la maggiore necessità nelle regioni del Mezzogiorno. In particolare, il fabbisogno di infermieri sarebbe ricompreso, nella media nazionale, tra 23 e 38 unità ogni 100.000 abitanti e quello di OSS tra 11 e 20 unità; tali intervalli salgono nel Mezzogiorno, rispettivamente, a 33-49 e 14-26 unità ogni 100.000 abitanti (fig. 5.2). Il fabbisogno dei medici rimane uguale in tutte le macroaree (una unità in più ogni 100.000 abitanti).

Nella valutazione del fabbisogno di personale occorre tener conto che in alcune regioni, prevalentemente localizzate nel Centro Nord, già prima della pandemia erano presenti delle strutture sanitarie con funzioni simili a quelle previste dal PNRR (Case della salute, Ospedali di comunità); ipotizzando che queste disponessero di un'adeguata dotazione di organico, il fabbisogno addizionale si ridurrebbe, anche se solo marginalmente. Questo fenomeno va letto insieme alla revisione del Piano avvenuta a dicembre 2023, la quale dispone la riduzione del numero di strutture target, prediligendo gli interventi di ristrutturazione di unità preesistenti e prevedendo invece finanziamenti alternativi e un orizzonte temporale più esteso per la realizzazione di quelle nuove. Con riferimento al Mezzogiorno, le strutture previste sono nella maggior parte dei casi nuove realizzazioni, la cui esigenza di personale risulta quindi del tutto aggiuntiva, e la cui attuazione potrebbe in parte essere differita su un arco temporale più ampio.

5.3 L'assistenza sanitaria territoriale: il distretto e gli obiettivi PNRR

Le strutture previste dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale operano nell'ambito dei distretti sanitari, che costituiscono le unità territoriali funzionali delle Aziende sanitarie (ASL, ASP, AUSL a seconda della regione) con il compito di gestire le cure primarie (medici di base, pediatri, servizi specialistici, assistenza domiciliare, consultori, vaccinazioni, prevenzione, emergenza territoriale, riabilitazione, etc). Il DM 77/2022 li ha riconfermati come architettura centrale per l'assistenza integrata, multidisciplinare e di prossimità, e prevede che le prestazioni rese all'interno delle strutture del PNRR (CdC, OdC, COT, UCA) siano integrate con l'attività del distretto stesso.

Nell'ambito del distretto i medici dell'assistenza di base rivestono un ruolo strategico. Il loro fabbisogno non è quantificabile in termini di strutture PNRR, ma determinato secondo gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) tra lo Stato e i sindacati dei medici, la cui ultima formulazione prevede l'espletamento di funzioni all'interno delle strutture del PNRR, con un'intensità che è inversamente proporzionale al numero di assistiti.

Il DM 77/2022 riprende una disposizione precedente (DL 34/2020) che, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da Covid-19, aveva introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)³⁶. Il decreto stabilisce uno standard di almeno 1 IFoC ogni 3.000 abitanti, che rappresenta la dotazione minima di figure infermieristiche per tutte le attività distrettuali; include quindi, in accordo con la metodologia adottata da Agenas (*Agenas, 2022 e 2023*), sia gli infermieri che operano presso le strutture previste dal PNRR sia quelli che prestano direttamente assistenza domiciliare.

Prendendo a riferimento le proiezioni Istat della popolazione a fine 2026, tale standard minimo richiederà circa 19.600 IFoC, di cui il 33 per cento nel Mezzogiorno, il 20 per cento al Centro e al Nord Est e il 27 al Nord Ovest. L'eventuale parte della dotazione distrettuale degli IFoC non impiegata nelle strutture previste dal PNRR potrà essere destinata ad "altra assistenza territoriale" e in particolare all'assistenza domiciliare (figura 5.2). La sua dimensione varia su scala territoriale, con una netta differenza tra le regioni del Centro Nord e quelle del Mezzogiorno: nelle prime gli IFoC che eccedono l'organico minimo delle strutture sono circa

³⁶ Nella riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR, l'IFoC è un professionista che, garantendo una presenza continuativa nel distretto di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con gli altri professionisti presenti sul territorio (MMG e PLS, assistenti sociali, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI, ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio.

4.300 unità, mentre nel Mezzogiorno tale quota è quasi nulla (132 IFoC), riflettendo la maggiore proporzione di strutture da attivare nell'area, che assorbiranno quasi totalmente gli IFoC previsti per il distretto.

Le disposizioni del DM 77/2022 vanno inoltre integrate con quanto indicato dal decreto interministeriale del 21 dicembre 2022 “*Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN*” (cfr. nell'Appendice metodologica la voce: *Il fabbisogno di personale sanitario generato dal PNRR*), che definisce la dotazione di infermieri e di addetti alla riabilitazione necessaria per il raggiungimento dello standard qualitativo del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). Combinando tale standard con il target PNRR relativo alla percentuale di over 65 da assistere in ADI e le proiezioni della popolazione al 2026, il numero totale di infermieri e di fisioterapisti dovrebbe essere, rispettivamente, di circa 13.500 e di circa 3.000 unità. Per soddisfare tale standard non sarebbero sufficienti i soli infermieri delle Case di comunità dedicati all'assistenza domiciliare (5.400 unità) e gli IFoC non impiegati nelle strutture previste dal Piano e destinati all'“altra assistenza territoriale” (quasi 4.400 unità), ma si genererebbe un fabbisogno aggiuntivo di circa 3.700 infermieri (tav. a.13)³⁷. Tale fabbisogno è destinato a crescere con il progressivo invecchiamento della popolazione.

5.4 L'evoluzione demografica e le prospettive dopo il 2026

Il raggiungimento entro il 2026 dei target del PNRR e dei relativi standard di personale necessari per l'attivazione delle strutture deve essere considerato come un traguardo intermedio per l'assistenza sanitaria territoriale, in vista delle ulteriori sfide legate all'evoluzione demografica e in particolare all'invecchiamento della popolazione.

Le proiezioni Istat sulla popolazione evidenziano infatti un generalizzato calo demografico, che nel quinquennio successivo al 2026 è stimato in circa l'1,2 per cento, concentrato in particolare nelle regioni del Centro (-1,0 per cento) e del Mezzogiorno (-3,4), a fronte di un lieve aumento previsto per le regioni del Nord (0,4 per cento). A questo si associa un progressivo invecchiamento della popolazione: si stima che nello stesso periodo gli abitanti con età pari o superiore a 65 anni cresceranno dell'11,4 per cento, con un conseguente incremento della quota di popolazione anziana; l'aumento sarà più forte nel Mezzogiorno. La popolazione in età più avanzata rappresenta inoltre quella con i maggiori bisogni di assistenza sanitaria (sia specialistica sia ospedaliera), come emerge anche dai criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale³⁸.

L'impatto della demografia sul fabbisogno di personale per il funzionamento delle strutture previste dal PNRR sarà duplice: di riduzione se si considera l'effetto del calo demografico, di aumento se si guarda al progressivo invecchiamento della popolazione. Nel periodo 2026-32 il secondo effetto prevarrebbe sul primo, generando un fabbisogno aggiuntivo di personale quantificabile in 1.670 infermieri e 340 tecnici per la riabilitazione, concentrato in particolare nel Mezzogiorno. La maggiore incidenza in questa area riflette sia il più rapido invecchiamento della popolazione sia la minore disponibilità, a livello di distretto, di IFoC non impiegati nelle strutture sanitarie di assistenza territoriale, con il rischio di un ulteriore ampliamento del divario tra il Centro Nord e il Mezzogiorno, almeno sotto il profilo della garanzia di alcune forme di assistenza territoriale.

³⁷ Per gli infermieri lo standard previsto è di 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti con più di 65 anni di età, per i tecnici della riabilitazione 0,2 TFE ogni 1.000 abitanti della medesima classe di età. Per gli infermieri il fabbisogno aggiuntivo è calcolato sottraendo dallo standard le unità di personale che operano nelle CdC e nei distretti.

³⁸ Tali criteri prevedono che la quota di partecipazione al Fondo Sanitario Nazionale sia ripartita sulla base della popolazione pesata e attribuiscono alla fascia di età superiore a 65 anni un peso più che doppio rispetto alle altre classi di popolazione; cfr. i decreti di Riparto del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (anni vari).

6. LA FORMAZIONE DI MEDICI E INFERMIERI

6.1 La formazione dei medici

Le norme che regolano la formazione del personale medico (accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e formazione post-laurea) incidono profondamente sull'offerta³⁹. La questione presuppone, secondo alcuni studi, una riorganizzazione degli attuali sistemi sanitari regionali, caratterizzati da modelli territoriali molto diversi, a fronte di condizioni di domanda più omogenee⁴⁰. Occorre tuttavia intervenire anche sul lato della formazione, non solo ampliando i posti per le lauree magistrali e per le scuole di specializzazione, fenomeno già in corso, ma anche rendendo più appetibile la professione nel servizio pubblico, soprattutto quella esercitata in alcune aree mediche fondamentali ma che presentano un sensibile calo di iscritti.

La laurea magistrale in Medicina e Chirurgia – In Italia, come in altri paesi europei, l'ammissione ai corsi di Medicina avviene sulla base di un numero programmato a livello nazionale (cfr. il riquadro: *La formazione in alcuni paesi europei*), comunemente definito “numero chiuso”. Dopo decenni di sensibile espansione dei laureati e a seguito delle decisioni più restrittive adottate dall'UE a metà degli anni ottanta sull'accesso ai corsi universitari, nel 1987 venne introdotto, con decreto ministeriale, il test di ingresso alla facoltà di Medicina con l'obiettivo di selezionare i candidati in base alle loro conoscenze pregresse. Tale decreto, oggetto di numerosi ricorsi negli anni successivi, divenne legge nel 1999 (legge 2 agosto 1999, n. 264)⁴¹.

Il provvedimento, che stabilisce le norme in materia di accessi ai corsi universitari a numero programmato a livello nazionale⁴², prevede che ogni anno il Ministero dell'Istruzione fissi con decreto i posti disponibili per ciascuna sede universitaria, avuto riguardo al “fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo” e “tenendo conto dell'offerta potenziale comunicata da ciascun ateneo”. I decreti ministeriali prevedono anche le modalità e i contenuti dei criteri di accesso. Dall'a.a. 2013/14 all'a.a. 2024/25 per le università statali la selezione è avvenuta mediante un test nazionale, con la conseguente definizione di una graduatoria unica⁴³. La riforma recentemente approvata ha modificato il criterio di selezione, sostituendo, a partire

³⁹ Anaao Assomed (2017).

⁴⁰ Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna (2014) e Aimone L. et al. (2024).

⁴¹ Fino al 1923 la Facoltà di Medicina poteva essere frequentata soltanto da diplomati in materie classiche; a partire da quell'anno l'accesso venne consentito anche a chi aveva frequentato il liceo scientifico. Il cambiamento radicale arrivò nel 1969, quando fu data possibilità a tutti i diplomati di accedere senza alcun tipo di limite. Questo portò a un numero maggiore di medici rispetto alle possibilità di successivo impiego lavorativo (il cosiddetto “imbuto lavorativo”). Peraltro, nella seconda metà degli anni Ottanta, l'Unione Europea chiese a tutti i paesi membri di assicurare un certo standard qualitativo per l'istruzione universitaria. Dopo l'esperimento condotto da alcuni atenei, che introdussero spontaneamente il “numero chiuso”, nel 1987 venne introdotto il test di ingresso alla facoltà di Medicina. Fino al 2012, il test era organizzato dalle singole università, anche se le domande erano predisposte dal MUR. Il test era identico per tutti i candidati a livello nazionale, ma con valutazione separata per ciascuna università. Ogni ateneo gestiva autonomamente la selezione stilando una propria graduatoria basata sui punteggi ottenuti dai candidati nella prova svolta in quell'ateneo. Con il DM 12 giugno 2013, n. 449 è stata introdotta la graduatoria unica nazionale, per rendere il sistema più equo e per ottimizzare l'assegnazione dei posti disponibili. Da allora e fino al 2024, ogni candidato ha effettuato il test nella sede scelta come prima opzione, partecipando però alla selezione su scala nazionale; la graduatoria unica ha permesso pertanto di essere ammessi in università diverse da quella di prima scelta, in base al punteggio ottenuto e ai posti disponibili. La recente riforma (legge 14 marzo 2025, n. 26) ha modificato i criteri di accesso alla Facoltà di Medicina, mantenendo vigenti le norme sul numero prefissato di posti disponibili e sulla graduatoria di merito nazionale.

⁴² All'articolo 1 dalla L. 264/99 sono elencati i percorsi di studio per i quali esiste l'obbligo della programmazione degli accessi e dello svolgimento di test di ammissione per la selezione delle matricole. Sono ammessi a partecipare alla prova di ammissione ai corsi di laurea in Medicina i candidati in possesso di diploma rilasciato in Italia da un istituto di istruzione secondaria di secondo grado o iscritti all'ultimo anno delle scuole secondarie di secondo grado italiane, nonché i candidati comunitari ovunque residenti e quelli non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia in possesso di un titolo di studio conseguito all'estero (con almeno 12 anni di scolarità) e riconosciuto equipollente al diploma di scuola secondaria di secondo grado che si consegue in Italia.

⁴³ Fino al 2025 il test di ammissione alle università statali di Medicina si svolgeva in determinate finestre temporali due volte l'anno. Di recente il DM 23 febbraio 2024, n. 472 lo aveva ulteriormente regolamentato, prevedendo una prova composta da 60 quesiti a risposta multipla riguardanti le competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi, le capacità di ragionamento logico e le conoscenze in materia di biologia, chimica, fisica e matematica.

dall'a.a. 2025/26, il test nazionale con i risultati del primo semestre di studi, mantenendo comunque la graduatoria unica. La riforma non trova applicazione alle università non statali, dove l'accesso a Medicina e Chirurgia continua a essere basato su prove locali, salvo nel caso in cui tali università decidano di uniformarsi alle nuove norme dettate per quelle pubbliche.

A seguito delle limitazioni all'accesso, accompagnate da minori risorse statali destinate alla formazione dei futuri medici, il numero degli iscritti e dei laureati in medicina si è ridimensionato rispetto ai livelli degli anni settanta e ottanta, determinando una progressiva contrazione della platea di medici. Nell'ultimo decennio numerose analisi avevano già evidenziato il rischio di un numero insufficiente di professionisti rispetto ai fabbisogni di cura della popolazione, in progressivo invecchiamento, tenuto conto delle uscite determinate dai pensionamenti e da altri possibili fattori (tra cui i trasferimenti all'estero). La carenza del personale sanitario è divenuta particolarmente evidente nel 2020, quando l'SSN è stato gravato dalla straordinaria crescita dei ricoveri indotta dalla pandemia di COVID-19.

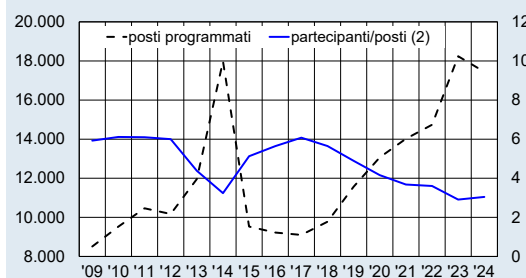
Dal 2020 sono stati adottati alcuni provvedimenti per accrescere l'offerta futura di medici e invertire il trend decrescente degli anni precedenti. In particolare, è stata sensibilmente ampliata l'offerta delle Facoltà in Medicina; il numero dei corsi di laurea, pari a 55 unità tra il 2000 e il 2010, è progressivamente salito negli anni successivi, accelerando dopo la pandemia e portandosi a 89 nel 2024. Contestualmente, sono aumentati i posti programmati per l'accesso alle Facoltà, passati da poco più di 8.000 nei primi anni duemila a quasi 10.000 nel 2010 (a.a. 2010/11) fino a circa 18.000 nel 2024 (a.a. 2024/25)⁴⁴.

Ne è derivata una crescita della partecipazione ai test di ammissione: secondo i dati delle graduatorie nazionali fornite dal MUR – Cineca, il numero dei candidati alla prova nazionale che hanno indicato Medicina e Chirurgia come prima scelta è passato da 40.000 nei primi anni 2000 a 50.000 nel 2010 fino a 53.000 nel 2024. L'aumento dei partecipanti è risultato inferiore a quello dei posti disponibili, con conseguente riduzione del rapporto tra candidati e posti disponibili (fig. 6.1).

Dal 2010 al 2023 le immatricolazioni sono quasi raddoppiate, da 9.700 a 18.700⁴⁵. Negli stessi anni il numero dei laureati, che si era mantenuto stabile intorno alle 7.000 unità fino al 2015, è via via aumentato fino a raggiungere le 10.000 unità. L'ampliamento dell'offerta formativa dovrebbe ulteriormente rafforzare la crescita del numero di laureati in Medicina e Chirurgia nei prossimi anni⁴⁶. Per soddisfare l'attuale fabbisogno di personale medico e compensare la carenza, di recente è stato ripensato il sistema formativo e in particolare il criterio di ammissione⁴⁷.

Figura 6.1

**Posti programmati alla facoltà di Medicina e partecipanti ai test di ammissione (1)
(unità e valori percentuali)**



Fonte: MUR, Banca dati dell'offerta formativa.

(1) I dati dei partecipanti del 2011, 2012 e 2023 sono stati stimati. –
(2) Asse di destra.

⁴⁴ Il picco dei posti programmati del 2014 è dovuto a ricorsi amministrativi, che hanno avuto come conseguenza quella di consentire un numero di iscrizioni superiore rispetto ai posti disponibili.

⁴⁵ Nel 2023, il numero di studenti ammessi alle facoltà di medicina in Italia è sceso al 14 per cento dei partecipanti, a causa di problematiche emerse durante lo svolgimento del test di ammissione che hanno portato a un blocco delle graduatorie.

⁴⁶ Secondo l'Anvur i laureati potrebbero raggiungere la soglia di 16.000 unità nel 2029.

⁴⁷ A tal fine, la legge 14 marzo 2025, n. 26, entrata in vigore il 2 aprile 2025, ha modificato l'accesso ai corsi di laurea in Medicina, adottando un modello simile a quello francese, che non prevede alcun test per l'iscrizione al primo semestre. Tuttavia, per accedere al secondo semestre gli studenti devono aver superato gli esami del primo semestre, conseguire un numero minimo di crediti formativi ed essere in una posizione adeguata nella nuova graduatoria di merito nazionale, basata sui risultati del primo semestre (definito 'semestre filtro'). È comunque garantito il riconoscimento dei crediti formativi acquisiti nel primo semestre per chi non supera la selezione, al fine di proseguire gli studi in un altro corso di laurea come seconda scelta.

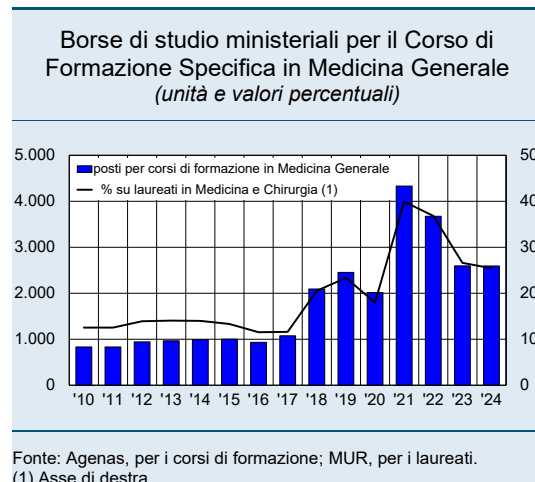
Tuttavia, alcune analisi (Anaao Assomed, 2024) evidenziano in prospettiva un rischio opposto: quando il flusso in uscita per pensionamento tenderà a ridimensionarsi, il numero dei laureati in Medicina e Chirurgia risultante dall'attuale programmazione potrebbe risultare in esubero. La programmazione dell'offerta formativa andrebbe pertanto ridefinita, per tenere in debito conto non solo la maggiore domanda legata all'invecchiamento della popolazione ma anche, sul fronte opposto, la progressiva stabilizzazione delle uscite per pensionamento.

I laureati in Medicina e Chirurgia, una volta ottenuta l'abilitazione all'esercizio della professione mediante il superamento dell'esame di Stato, possono decidere se esercitare l'attività come medico di medicina generale (di base o di famiglia), seguendo il Corso di Formazione Specifica, oppure accedere a una delle Scuole di Specializzazione, di durata compresa tra i 3 e i 6 anni a seconda del corso di studi intrapreso. Entrambi i percorsi sono obbligatori per esercitare la professione, in quanto forniscono le competenze richieste per legge per esercitare in modo qualificato e in sicurezza.

La formazione specifica dei medici di base – In Italia lo svolgimento dell'attività di medico di base (o di famiglia) è subordinato al conseguimento del diploma di Formazione Specifica dei medici di Medicina Generale, previsto dall'art. 24 e seguenti del D.lgs. n. 368/1999. I corsi di studi, che hanno una durata di tre anni, sono affidati alle Regioni e coordinati dal Ministero della Salute; le sedi didattiche sono ubicate presso le Aziende Sanitarie Locali. La programmazione dei posti per i corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale in Italia è definita da normative nazionali e regionali, con l'obiettivo di garantire una formazione adeguata e soddisfare le esigenze del territorio. Il processo si basa su un'analisi del fabbisogno, che considera i pensionamenti previsti, la distribuzione territoriale dei medici e i trend epidemiologici legati all'invecchiamento della popolazione.

Il numero di borse di studio ministeriali destinate al Corso di Formazione è notevolmente aumentato nel corso degli ultimi anni. I posti per la formazione, dopo un periodo di sostanziale stabilità (2012-17) in cui erano intorno a 1.000 ogni anno (fig. 6.2), sono cresciuti fino a raggiungere un picco nel 2021 (oltre 4.000). L'incremento, iniziato nel 2018, è divenuto più consistente tra il 2019 e il 2022, grazie anche alle risorse aggiuntive previste dal DL 35/2019 ("Decreto Calabria", che ha finanziato ulteriori 3.277 borse da assegnare complessivamente in tali anni) e dal PNRR (che ha finanziato 2.700 borse aggiuntive da mettere a bando tra il 2021 e il 2023). È così raddoppiata l'incidenza dei posti per corsi Formazione Specifica in Medicina Generale rispetto ai laureati in Medicina, passata dal 13 per cento del 2010 al 26 del 2024. L'aumento dei posti, finalizzato a potenziare la dotazione di medici di base divenuta inadeguata rispetto al numero dei pazienti in numerose aree del Paese, si scontra tuttavia con un netto calo dell'interesse verso la professione, come rilevato dall'indagine conoscitiva parlamentare del 29 gennaio 2025⁴⁸: tra il 2022 e il 2024 vi è stata infatti una riduzione del numero dei candidati⁴⁹ e il rapporto tra candidati e posti disponibili è così sceso dall'1,2 del 2022 allo 0,8 del 2024 (tav. a.14).

Figura 6.2



⁴⁸ Dai contratti di formazione di Medicina Generale rilevati dall'Indagine alla Camera sono esclusi i posti 'senza borsa'. Tali posti, aggiuntivi rispetto a quelli con borsa di studio e finanziati da risorse statali, regionali o del PNRR, sono stati introdotti dall'art. 12 comma 3 del decreto Calabria per ampliare la formazione dei medici di base, soprattutto nelle regioni dove vi è carenza di professionisti. Si tratta di posti per la formazione specifica in medicina generale senza compenso, messi a disposizione fino al 31 dicembre 2022 nell'ambito di una graduatoria riservata ai medici che negli anni 2019-21 sono risultati idonei al concorso per l'ammissione al corso di formazione e che nel frattempo hanno collaborato con i medici di Medicina Generale. I posti 'senza borsa' sono assegnati soprattutto in base all'anzianità nell'attività di collaborazione. Al 2022 essi costituivano circa un quarto del totale.

⁴⁹ I candidati per gli anni 2022 e 2023 sono quelli ammessi, mentre per il 2024 sono quelli partecipanti.

La formazione dei medici specialisti – L'attività di medico specialista richiede una specifica formazione da parte dei medici laureati (e abilitati) presso le Scuole di specializzazione in area sanitaria. A tal fine i medici stipulano un contratto di formazione medica specialistica, disciplinato dall'articolo 37 del D.lgs. 368/1999, con l'Università in cui ha sede la scuola di specializzazione e con la Regione nel cui territorio hanno sede le aziende sanitarie facenti parte della rete formativa della scuola di specializzazione. Il contratto non garantisce l'assunzione nell'SSN o nell'Università in cui si svolge il percorso formativo.

Sulla base del fabbisogno di medici da formare rilevato dalle Regioni e comunicato al Ministero in occasione degli Accordi Stato-Regione, il MUR stabilisce per ogni anno accademico e per ciascun ateneo il numero di contratti di formazione specialistica da attivare con finanziamento ministeriale. I contratti vengono stipulati all'inizio del corso di specializzazione e sono automaticamente prorogati di anno in anno per tutta la sua durata. Al fine di colmare l'eventuale divario tra fabbisogno e numero dei contratti ministeriali assegnati, le Regioni possono attivare ulteriori contratti di formazione. Per il solo anno 2021 sono state finanziate borse anche con risorse del PNRR.

Le scuole di specializzazione attive in Italia, in base ai dati Anvur, sono attualmente 51 e offrono circa 1.400 corsi. Come i posti per la formazione dei medici di base, anche quelli per gli specializzandi hanno fatto registrare una dinamica crescente, soprattutto negli ultimi anni. I contratti, dopo essere rimasti stabili (circa 5.000 unità l'anno) nel primo decennio del 2000, sono aumentati lievemente fino al 2018 (a circa 6.800), ma a un ritmo inferiore rispetto all'incremento dei laureati in Medicina e Chirurgia. Il divario tra borse e laureati, noto come “imbuto formativo” per la formazione specialistica, che già era negativo, si è quindi progressivamente allargato, fino a raggiungere nel 2018 il massimo storico (oltre 3.300; tav. a.15). Questo scenario è stato determinato dalle limitate risorse di bilancio disponibili per finanziare un numero adeguato di contratti di formazione medica specialistica, nonché dalla minore domanda legata al protrarsi delle misure di riduzione del turnover del personale medico negli ospedali pubblici.

Solo con l'ampliamento dell'offerta formativa avviata nel 2020 a seguito della pandemia, il numero di posti è sensibilmente cresciuto, raggiungendo in media le 15.000 unità negli anni 2020-23⁵⁰; il livello massimo di contratti si è avuto nel 2021 (oltre 18.000), grazie soprattutto a quelli finanziati con risorse del PNRR (4.200). I corsi di studio maggiormente potenziati sono stati quelli relativi alle aree mediche più coinvolte nel contrasto della pandemia (rianimazione, emergenza-urgenza, radiodiagnostica, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive, medicina interna e medicina preventiva), oltre a pediatria e chirurgia generale. Dal 2020 il gap tra numero dei posti per la formazione degli specializzandi e i laureati ha invertito di segno divenendo positivo (di circa 6.000 unità nel 2023; tav. a.16)⁵¹.

L'incremento delle borse di specializzazione negli ultimi anni non è stato tuttavia accompagnato da una coerente crescita nel numero di iscrizioni al primo anno delle relative scuole, sicché la copertura dei posti offerti si è ridotta dall'88 per cento del 2019 al 71 del 2023⁵². Il dato medio sulla percentuale di assegnazione delle borse offerte presenta inoltre una forte eterogeneità tra le singole discipline: l'adesione è infatti molto elevata tra quelle che assicurano lo svolgimento di attività come libero professionista o in ambito privato o ambulatoriale e fortemente richieste dal mercato (ginecologia, chirurgia plastica e ricostruttiva), mentre i casi di

⁵⁰ In particolare, nel 2023 le borse di specializzazione complessivamente bandite sono state sovvenzionate per il 92,9 per cento dallo Stato, per il 6,9 dalle Regioni e il residuo da altri enti o da privati, con una distribuzione territoriale molto diversa. Le borse statali sono state 209 ogni 100 laureati nel Nord Est e 194 nel Nord Ovest, valori quasi doppi rispetto a quelle del Centro (135) e del Mezzogiorno (117). Le borse finanziate dalle Regioni sono state più elevate nel Mezzogiorno (19 ogni 100 laureati), rispetto al Nord Est (13) e soprattutto al Centro e al Nord Ovest (4 e 6 rispettivamente).

⁵¹ Tenendo anche conto dei posti per la formazione dei medici di base, il divario tra questi posti e quelli di specializzazione rispetto al numero di laureati è divenuto positivo a partire dal 2019, arrivando a superare le 8.000 unità nel 2023.

⁵² Alle borse specialistiche non scelte dai medici al momento della messa al bando per completezza andrebbero aggiunte quelle inizialmente assegnate ma abbandonate dai medici l'anno successivo per iscrizione a una specializzazione differente dopo la vincita di nuovo concorso. Secondo uno studio condotto da Anaao Assomed relativo agli anni 2021-2022 i contratti abbandonati dopo l'iniziale assegnazione sarebbero il 5 per cento del totale dei posti offerti.

manca assegnazione sono estremamente diffusi tra le borse di specializzazione prettamente “ospedaliere e pubbliche” protagoniste nella lotta pandemica, prima tra tutte la medicina d'emergenza-urgenza.

6.2 La formazione degli infermieri

Fino ai primi anni '90 la formazione degli infermieri in Italia era affidata alle Scuole per Infermieri Professionali, istituite presso ospedali e aziende sanitarie. Questi corsi, accessibili con un'età minima di 16 anni e almeno dieci anni di istruzione scolastica, avevano una durata di tre anni e rilasciavano un diploma di infermiere professionale. Il diploma universitario in scienze infermieristiche è stato introdotto con il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Tra il 1994 e il 1998 le Regioni hanno stipulato i protocolli d'intesa con le Università, che sono divenute così l'unico canale di accesso alla professione infermieristica. A seguito della riforma universitaria del 1999 sono state poi istituite le lauree specialistiche delle professioni sanitarie (decreto del Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Ricerca Scientifica e Tecnologica del 2 aprile 2001), tra cui quella infermieristica.

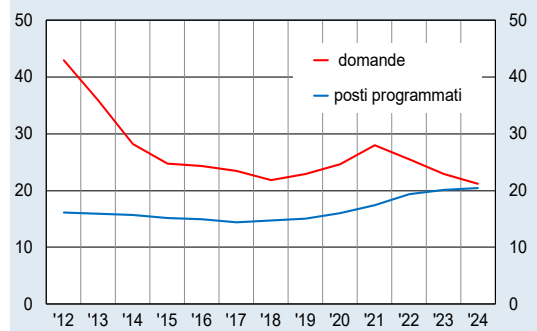
I posti per l'accesso ai corsi di laurea triennali in scienze infermieristiche, dopo un calo del 10 per cento tra il 2011 e il 2017, hanno iniziato ad aumentare solo a partire dal 2018, con un'accelerazione nel biennio 2021-22, analogamente a quanto si osserva per la professione medica. Nonostante l'ampliamento dei posti disponibili, le domande per l'accesso ai corsi di formazione per infermieri sono in calo da diversi anni, con l'eccezione di un lieve incremento negli anni immediatamente successivi alla pandemia⁵³ (fig. 6.3). Pur essendo rilevabile anche in altri paesi europei, la tendenza di progressiva diminuzione dell'interesse nella professione di infermiere è particolarmente intensa in Italia (OCSE, 2024).

La carenza di infermieri ha portato al progressivo sviluppo della figura dell'operatore socio sanitario (che con il decreto Sostegni bis⁵⁴ è passato dal ruolo tecnico a quello socio sanitario, di nuova istituzione) e successivamente alla necessità di istituire una nuova figura ancor più specializzata. Con l'accordo in conferenza Stato Regioni nella seduta del 3 ottobre 2024 infatti, oltre ad aggiornare il profilo professionale e uniformare il percorso didattico per gli operatori socio sanitari, è stata istituita la nuova figura dell'Assistente infermiere, qualifica conseguibile da un OSS a seguito di un ulteriore percorso formativo. L'Assistente infermiere dovrebbe collaborare con gli infermieri assicurando specifiche attività sanitarie, oltre a svolgere le attività proprie del profilo di OSS.

Parallelamente, come già avviene in altri paesi europei, si stanno implementando misure per accrescere l'attrattività della professione infermieristica, ampliandone competenze e responsabilità. Nell'ottobre 2024 il Ministro della Salute ha annunciato l'istituzione di tre nuovi corsi di laurea magistrale per la specializzazione in cure primarie e sanità pubblica, cure pediatriche e neonatali, cure intensive e nell'emergenza. L'avvio di queste tre nuove aree di specializzazione consentirebbe agli infermieri di acquisire maggiore peso professionale, rendendo più efficace la collaborazione col medico e più solida la propria autonomia nel seguire i pazienti sul territorio, a partire dalle cure domiciliari, arricchendo le mansioni con la possibilità di prescrivere presidi e ausili legati all'assistenza infermieristica.

Figura 6.3

Posti banditi e domande di ammissione al corso di laurea in infermieristica (1)
(migliaia di unità)



Fonte: Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti.
(1) I dati non comprendono il corso di laurea in infermieristica pediatrica; il 2012 è il primo anno disponibile.

⁵³ Per l'a.a. 2024/25 le domande presentate per l'iscrizione al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche sono state 21.178, a fronte di 20.435 posti disponibili.

⁵⁴ DL 73/2021.

7. CONCLUSIONI

Il sistema sanitario nazionale sta affrontando la duplice sfida di garantire il normale turnover del personale, accentuato dal progressivo invecchiamento degli organici, e di soddisfare il fabbisogno di specifiche figure professionali legato al potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR. Si tratta di aspetti dell'organizzazione del sistema di tutela della salute pubblica di portata significativa, soprattutto in prospettiva futura, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione che richiede un adeguamento del modello di offerta di servizi sanitari incentrato sul ruolo dell'assistenza territoriale.

Anche altre realtà europee stanno affrontando questi stessi problemi, ma in Italia l'intensità dei fenomeni e le implicazioni negative in termini di sottodimensionamento di alcune figure sanitarie e di relativa difficoltà a reperirle sul mercato si stanno manifestando con maggiore vigore. Queste problematiche sono strettamente collegate alle scelte fatte in passato in materia di programmazione sanitaria, basate su logiche di contenimento della spesa e del rispetto degli equilibri di bilancio e non sempre con una visione sufficientemente orientata al lungo termine. Vi si aggiunge una minore attrattività attuale di alcune specializzazioni, soprattutto in ambito medico, e più in generale dell'SSN come sbocco professionale.

La dotazione di organico presenta una notevole eterogeneità territoriale: alla fine del 2022 il personale delle strutture sanitarie pubbliche, a fronte di una media nazionale di 123 addetti ogni 10.000 abitanti, variava da un massimo di 152 unità nel Nord Est fino a un minimo di 109 nel Mezzogiorno. Tale situazione riflette principalmente i vincoli più stringenti sul turnover a cui sono sottoposte le regioni del Mezzogiorno, quasi tutte in Piano di rientro da disavanzo sanitario.

Considerando anche l'organico che opera nelle strutture equiparate alle pubbliche e in quelle private accreditate, i divari territoriali non si riducono, ma anzi si accentuano ulteriormente. L'aumento nella dotazione di personale operante in tali strutture, parallelamente al ridimensionamento di quello in servizio presso l'SSN, è avvenuto con intensità differente nelle diverse macro aree, con una crescita più forte del privato nel Nord Est e minore nel Mezzogiorno. Inoltre, il settore privato non rappresenta un perfetto sostituto dell'offerta sanitaria pubblica, in quanto la composizione per specializzazione del personale medico nel privato è maggiormente concentrata nell'area chirurgica rispetto a quella medica, che invece caratterizza l'SSN.

In seguito alla pandemia da Covid-19 molte delle disposizioni che limitavano le assunzioni, attive nei confronti della generalità delle regioni, sono state allentate, garantendo in molti casi il recupero dei livelli di organico del 2011. Tuttavia, in alcune realtà territoriali e per alcune figure professionali è stato fatto ampio ricorso ad assunzioni con contratti temporanei e in taluni casi in deroga ai previgenti requisiti per l'esercizio della professione. Contestualmente all'aumento del personale nell'SSN, la crescita di quello delle strutture private si è invece fortemente attenuata.

Le dinamiche appena descritte hanno profondamente inciso sulla composizione per età dell'organico in servizio, che si trova attualmente concentrato nelle classi prossime alla pensione; tale caratteristica, sebbene interessi in generale tutte le figure professionali che operano presso (o in convenzione con) il servizio sanitario pubblico, è più marcata per i medici. È possibile stimare che in un arco temporale compreso tra i 5 e i 10 anni il personale che a fine 2022 aveva almeno 60 anni avrà raggiunto i requisiti, sulla base della legislazione vigente, per andare in pensione. In termini numerici questo corrisponde, a livello nazionale, a un quarto dei medici, a un quinto del personale del ruolo tecnico e al 9 per cento degli infermieri impegnati presso l'SSN nel 2022, a cui va aggiunto un ulteriore fabbisogno di medici in convenzione pari al 42 per cento degli MMG e dei PLS in servizio; l'intensità del fenomeno è molto maggiore nelle regioni del Mezzogiorno. Un ulteriore aspetto da considerare è quello delle dimissioni non legate al raggiungimento dell'età della pensione: l'incidenza delle fuoriuscite su base vo-

lontana, maggiormente diffuse nelle regioni del Nord e tra il personale medico e infermieristico, si è intensificata dopo lo scoppio della pandemia.

Al fabbisogno appena descritto si affianca quello necessario per l'attivazione delle strutture previste dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale. Queste, per poter operare, richiedono un'adeguata dotazione di organico, in particolare di infermieri e di operatori socio sanitari, nonché di addetti alla riabilitazione. Applicando gli standard definiti a livello ministeriale si può stimare che l'attivazione di tutte le strutture previste determinerà un fabbisogno complessivo compreso tra circa 19.500 e 27.000 infermieri e tra 6.300 e 11.600 operatori socio sanitari e addetti alla riabilitazione. Tale fabbisogno risulta maggiore nelle regioni del Mezzogiorno dove il PNRR, con l'obiettivo di colmare i divari iniziali, ha previsto l'attivazione di un numero più elevato di strutture. In generale, in tutte le aree del Paese tale fabbisogno di personale può ritenersi prevalentemente aggiuntivo rispetto a quello generato dal normale turnover.

Nel complesso quindi, per consentire il fisiologico ricambio del personale e l'operatività delle strutture previste dal PNRR, nell'arco di un decennio il fabbisogno di personale medico, operante sia presso l'SSN sia in convenzione (MMG e PLS), raggiungerà quasi le 55.000 unità, ovvero circa un terzo di quello attuale. Per le figure infermieristiche, il fabbisogno complessivo è stimabile in circa 50.000 unità, corrispondenti a poco più del 15 per cento dell'organico operante presso l'SSN.

A fronte di un progressivo e sensibile innalzamento della domanda di professionisti sanitari, anche l'offerta si sta ampliando ma, considerati i tempi lunghi di formazione, risulta insufficiente per rispondere alle esigenze attuali. L'aumento in atto dei posti del corso di laurea in medicina e chirurgia produrrà effetti soltanto dopo almeno 6 anni, mentre i contratti di specializzazione in area medica e le borse di studio per i medici di medicina generale, ampliati nel periodo dell'emergenza pandemica, si scontrano con un numero inadeguato di laureati in medicina. Inoltre, molte delle specializzazioni che nello scorso decennio si sono maggiormente ridotte, in particolare la medicina d'emergenza urgenza e la medicina interna, le quali offrono minori opportunità di impiego al di fuori della sanità pubblica, restano tra le meno richieste dai futuri medici, nonostante l'incremento del corrispondente numero di borse di studio.

Per far fronte alla carenza di alcune figure professionali sono state previste delle riforme che riguardano sia l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia, così da ampliare la platea dei futuri medici, sia le lauree specialistiche in infermieristica, introducendo nuovi percorsi di qualificazione con l'obiettivo di formare figure professionali maggiormente rispondenti alle esigenze di un sistema sanitario in evoluzione. Quest'ultimo intervento si muove in linea con quanto si osserva negli altri paesi europei, dove le mansioni assegnate agli infermieri si arricchiscono progressivamente di competenze in precedenza riservate al personale medico.

L'analisi dei problemi che l'SSN si trova oggi ad affrontare può servire da base per indirizzare al meglio la futura pianificazione sanitaria. Innanzitutto si deve tener conto dell'evoluzione demografica ed epidemiologica e delle implicazioni che ne derivano in termini di domanda sanitaria; è quindi importante basare l'offerta di servizi sanitari su modelli maggiormente dinamici, che si adattino al mutare del contesto di riferimento e maggiormente integrati anche con l'ambito socio assistenziale. Occorre inoltre monitorare costantemente i divari esistenti e la loro evoluzione nel tempo: le proiezioni demografiche dell'Istat evidenziano che il progressivo invecchiamento della popolazione risulterà più intenso nel Mezzogiorno, dove già oggi l'offerta sanitaria è fortemente sottodimensionata rispetto alle altre aree del Paese.

È inoltre importante adottare una visione di lungo termine anche nella pianificazione della formazione. Per l'area medica bisogna considerare il tempo relativamente lungo necessario per la formazione di un professionista e modularne conseguentemente l'offerta formativa, tenendo conto non solo della maggiore domanda legata all'invecchiamento della popolazione, ma anche dello stabilizzarsi delle uscite per pensionamento su di un profilo di normale turnover. In passato la programmazione sanitaria ha spesso sottovalutato l'effettivo fabbisogno di infermieri,

la cui dotazione, sia rispetto alla popolazione residente sia in proporzione al numero di medici, è tra le più basse in Europa. Tali professionisti costituiscono il fulcro dell'assistenza territoriale, il cui potenziamento rappresenta la sfida del futuro. La curva per età degli infermieri oggi in organico presso l'SSN è fortemente concentrata nella classe tra i 50 e i 60 anni: l'esigenza di consentire il naturale ricambio generazionale, fortemente avvertita oggi per i medici, deve essere valutata anche per gli infermieri in una prospettiva più di lungo termine.

Vi è poi il problema della “disaffezione” verso alcune professioni sanitarie da parte dei singoli individui, come testimoniato dall'abbandono dell'SSN da parte di operatori già in organico e dalla sempre maggiore difficoltà a coprire i posti offerti per talune specializzazioni in area medica e per la medicina generale. I soli interventi dal lato della formazione difficilmente riusciranno a invertire tale tendenza, se non saranno accompagnati da misure mirate a rendere più attrattive le professioni sanitarie, sotto il profilo sia dell'organizzazione del lavoro sia retributivo.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2022). Il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023). Il personale del Servizio Sanitario Nazionale –Approfondimenti.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023) Documento Tecnico Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità.

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna (2014), *Risorse umane in sanità. Per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna*, Dossier n. 239.

Aimone Gigio L., Alampi D., Maltese E. e Sceresini E. (2024), *L'assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, 867.

Aimone Gigio L., Ivaldi G., Mancini A., Messina G. (2022), *La sanità italiana all'appuntamento con la pandemia: debolezze strutturali e prospettive di riforma*, Politica economica, 1, pp. 91-152.

Anaao Assomed (2017), *Il fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030. La relazione tra pensionamenti, accessi alle scuole di medicina e chirurgia e formazione post-laurea*.

Anaao Assomed (2024), *L'inarrestabile marcia verso la 'plethora medica'*.

ANVUR (2024), *La formazione di area medica*.

Bianchi L., Caravella S., Petraglia C. (2024), *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, Informazioni Svimez, 1.

Bucci, M., Ivaldi G., Messina G., Moller L., Gennari, E. (2021), *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, 635.

Busse R., Klazinga N., Panteli D., Nardo W. Q. (2019), *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Health Policy Series, 53; The European Observatory on Health Systems and Policies.

Camera dei Deputati. *Indagine conoscitiva sul riordino delle professioni sanitarie*, 29 gennaio 2025.

Corte dei conti (2024), *Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2022-2023*, Delibera n. 4 Sezione delle autonomie FRG.

CREA Sanità (2024), *19° Rapporto Sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione*.

CREA Sanità (2024), *Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali*, XII edizione.

De Philippis M., Locatelli A., Papini G., Torrini R. (2022), *La crescita dell'economia italiana e il divario Nord-Sud: trend storici e prospettive alla luce dei recenti scenari demografici*, Banca d'Italia, Questioni di Economia e Finanza, 638.

Fondazione GIMBE (2024), 7° *Rapporto GIMBE sul sistema sanitario nazionale*, Bologna, www.salviamo-ssn.it/7-rapporto.

Mastrillo A., Bevacqua L. e Cenerelli E., *Corsi di laurea delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione dei posti nell'anno accademico 2023-24*, Conferenza Nazionale Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, anni vari.

MEF - RGS (2024), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto n. 11.

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Rafferty A. M., Busse R., Zander-Jentsch B., Sermeus W., Bruyneel L. (2019), *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries*, The European Observatory on Health Systems and Policies.

Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *L'attuazione del Livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale: il reclutamento degli assistenti sociali*, Focus tematico n. 5.

APPENDICE METODOLOGICA

Le strutture sanitarie e il personale medico

Nell'ambito del comparto sanitario possono operare quattro principali tipologie di strutture sanitarie: le strutture pubbliche, quelle equiparate alle pubbliche, le accreditate e le private non accreditate.

Le strutture pubbliche. – Sono disciplinate principalmente dal DL 502/1992, che ha riformato l'SSN introducendo il concetto di azienda sanitaria pubblica. Queste strutture sono pubbliche e gestite direttamente da enti come ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari pubblici, IRCCS pubblici. Sono finanziate con fondi pubblici e l'accesso è aperto a tutti i cittadini con pagamento del ticket ove previsto.

Le strutture equiparate alle pubbliche. – Sono enti privati equiparati a quelli pubblici principalmente ai fini della programmazione della rete sanitaria e dell'erogazione di prestazioni per conto dell'SSN. Includono gli istituti qualificati presidio delle ASL, gli ospedali classificati o assimilati ai sensi della L. 132/1968, i policlinici universitari privati, gli IRCCS privati e gli enti di ricerca. A queste strutture sono riconosciute funzioni pubbliche, spesso in base a specifiche convenzioni con l'SSN che ne individua le prestazioni da erogare; gli obblighi a loro carico sono simili a quelli delle strutture pubbliche, essendo soggette agli stessi standard di qualità e di controllo.

Le strutture accreditate. – Sono strutture private (es. cliniche, poliambulatori e centri diagnostici) che, grazie all'accREDITAMENTO istituzionale ottenuto dalla Regione, erogano alcune prestazioni specificate nell'accordo, che consente loro di ottenerne il rimborso dall'SSN; i cittadini possono accedere a tali servizi pagando solo il ticket ove previsto. Possono anche effettuare prestazioni in regime privato a totale carico dei pazienti. Il decreto ministeriale attuativo della Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (L. 118/2022) ha introdotto nuove regole per l'accREDITAMENTO delle strutture private, che prevede la verifica dei requisiti minimi strutturali e organizzativi della struttura nonché la valutazione della qualità, sicurezza e appropriatezza dei servizi sanitari forniti.

Le strutture private non accreditate. – Non hanno alcuna convenzione o accREDITAMENTO con l'SSN, operano in regime privato e il cittadino paga interamente la prestazione sanitaria. Le tariffe sono liberamente definite così come gli standard e l'organizzazione, nel rispetto delle norme sanitarie generali. Per quanto riguarda l'inquadramento del personale medico, sono presenti diverse forme contrattuali e/o modalità di esercizio della professione:

Medico dell'SSN. – È un medico assunto da una struttura pubblica, prevalentemente con contratto a tempo indeterminato; il rapporto di lavoro è regolato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per la dirigenza medica e sanitaria. Sono possibili anche assunzioni a tempo determinato per esigenze temporanee o progetti specifici.

Medico in convenzione. – È un medico libero professionista che lavora per l'SSN in base a una convenzione nazionale (accordo collettivo con lo Stato). Rientrano in questo inquadramento i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali. La retribuzione è parametrizzata al numero di prestazioni e/o di assistiti.

Medico extra-organico. – È un medico che non fa parte dell'organico stabile di una struttura sanitaria e pertanto non rientra tra le statistiche del personale presso l'SSN, ma collabora in modo temporaneo o occasionale sulla base di specifiche necessità. Il rapporto diretto tra l'ente e il professionista si configura generalmente come incarico libero-professionale, collaborazione o prestazione a chiamata. In alcuni casi, tuttavia, il rapporto può essere indiretto, mediato da un soggetto terzo, tipicamente un ente cooperativo.

Medico privato. – È un medico che opera in regime libero professionale e le prestazioni fornite sono a carico totale del paziente. Può occasionalmente fornire servizi sanitari presso strutture dell'SSN in qualità di medico extra-organico.

Il fabbisogno di personale derivante dal PNRR

Le Case di comunità (CdC). – La dotazione di personale prevista dal DM 77/2022 per ciascuna struttura comprende tra 7 e 11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) destinati a specifiche funzioni, inclusa l'assistenza domiciliare integrata, e tra 3 e 6 unità di operatori socio sanitari (OSS). Nel complesso, per soddisfare tali standard sarebbero necessari tra 9.450 e 14.850 infermieri, e tra 4.348 e 8.398 OSS e addetti alla riabilitazione. Gli interventi edilizi, ai fini del perseguimento dell'obiettivo del PNRR, comprendono sia l'adeguamento di strutture preesistenti sia la costruzione di nuove. Assumendo che le strutture già operanti siano dotate di personale infermieristico in linea con gli standard previsti, il fabbisogno di nuovo personale risulterebbe ricompreso tra 6.000 e 9.400 infermieri e tra 2.500 e 5.150 OSS e continuerebbe a risultare più concentrato nel Mezzogiorno (60 per cento del fabbisogno totale), in relazione al numero limitato di strutture preesistenti.

Gli Ospedali di comunità (OdC). – Per tali strutture il DM 77/2022 ha previsto uno standard di personale infermieristico compreso tra 7 e 9 unità, di personale socio-sanitario tra 4 e 6 unità e di personale con funzioni riabilitative compreso tra 1 e 2 unità, oltre alla presenza di un medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7⁵⁵. Per ciascun OdC il pieno perseguimento degli standard previsti dal DM 77/2022, entro il 2026, genererebbe un fabbisogno compreso tra 2.800 e 3.600 infermieri, tra 1.600 e 2.400 operatori socio sanitari, tra 400 e 800 tecnici con funzioni riabilitative, e circa 200 medici. Assumendo che le strutture preesistenti⁵⁶ dispongano di una dotazione di personale in linea con lo standard, il fabbisogno incrementale di infermieri sarebbe compreso tra 1.659 e 2.133, quello degli operatori socio sanitari tra 948 e 1.422, quello del personale tecnico della riabilitazione tra 237 e 474 unità, e per i medici sarebbe di circa 120.

Le Centrali operative territoriali (COT). – Lo standard per tali strutture prevede la presenza di 1 coordinatore infermieristico, cui si aggiunge un numero di infermieri compreso tra 3 e 5 unità e di OSS compreso tra 1 e 2 unità. La dotazione organica di cui dovranno disporre le centrali operative territoriali previste richiederebbe quindi tra i 2.400 e i 3.600 infermieri e tra i 600 e i 1.200 operatori socio sanitari. La ripartizione sul territorio rispecchia la densità abitativa, e circa il 34 per cento del personale dovrebbe essere impiegato nelle regioni del Mezzogiorno⁵⁷.

Le Unità di continuità assistenziale (UCA). – Non si tratta di strutture fisiche ma di équipe mobili distrettuali per la gestione di pazienti in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Le UCA garantiscono un'ulteriore offerta sanitaria a supporto della rete delle cure primarie; la loro dotazione prevede un infermiere e un medico ogni 100.000 abitanti, ovvero uno per ciascun distretto. Prendendo come riferimento le proiezioni Istat sulla popolazione al 2026⁵⁸, complessivamente il fabbisogno di personale sarebbe pari a 589 medici e altrettanti infermieri.

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI). – Completa gli standard di assistenza territoriale l'Assistenza domiciliare integrata, che consiste nell'erogazione di servizi da parte di medici, infermieri e personale con funzione riabilitativa presso il domicilio del paziente. Per l'ADI il DM 77/2022 non stabilisce uno standard numerico di personale sanitario, presupponendo che tale servizio sia fornito anche dalle figure professionali che già erogano i servizi di base: i MMG e le figure professionali operanti nelle UCA e nelle CdC. Lo standard da perseguire è definito dal decreto interministeriale del 21 dicembre 2022 “*Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN*”, che indica tra gli altri anche la dotazione di infermieri e di addetti alla riabilitazione che

⁵⁵ Ai fini della determinazione del fabbisogno, si assume la presenza di 0,5 medici in ogni struttura.

⁵⁶ Si assumono strutture preesistenti quelle individuate dal dossier della Camera dei deputati “Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”, Documentazione e ricerche, n. 144, Roma.

⁵⁷ Per le COT e le UCA non sono disponibili ricognizioni del numero di strutture preesistenti a livello regionale rispetto alle previsioni del PNRR, pertanto si assume che il fabbisogno di personale sia interamente aggiuntivo.

⁵⁸ Il dato relativo alla popolazione alla fine del 2026 è desunto dalle proiezioni Istat al 1° gennaio 2027 formulate fissando come anno base il 2022.

consentirebbe di raggiungere lo standard qualitativo del servizio. In particolare, il decreto prevede per l'ADI uno standard di personale infermieristico pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti con almeno 65 anni e per i fisioterapisti addetti alla riabilitazione 0,2 ogni 1.000 abitanti della stessa fascia di età.

APPENDICE STATISTICA

Tavola a.1

Personale delle strutture sanitarie pubbliche (1) (unità e variazioni percentuali)

VOCI	Unità 2022 (2)	Variazioni percentuali		Dotazione per 10.000 abitanti					
		2011/19	2019/22	Totale			di cui: tempo determinato e altro flessibile (3)		
				2011	2019	2022	2011	2019	2022
Nord Ovest									
Medici	28.522	-4,4	-1,2	18,9	18,1	18,0	1,2	0,7	0,7
Infermieri	75.957	-0,4	3,2	46,4	46,0	47,9	1,6	1,4	1,8
Altro personale sanitario	24.968	-3,5	3,5	15,7	15,1	15,7	0,6	0,7	0,7
di cui: riabilitazione	6.359	-3,7	3,1	4,0	3,9	4,0	0,2	0,2	0,2
Ruolo tecnico	37.810	-7,8	6,5	24,2	22,2	23,8	1,6	1,2	2,6
di cui: operatori socio sanitari	19.134	16,7	11,1	9,3	10,8	12,1	....	....	....
Ruolo professionale	427	-7,3	4,5	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Ruolo amministrativo	23.702	-11,1	9,4	15,3	13,5	14,9	0,5	0,5	1,5
Totale	191.386	-4,3	3,9	120,7	115,2	120,7	5,6	4,5	7,2
Nord Est									
Medici	25.135	3,2	6,1	19,9	20,4	21,7	0,7	1,0	1,8
Infermieri	73.489	4,4	6,5	57,3	59,3	63,6	1,8	2,7	2,1
Altro personale sanitario	24.156	2,3	9,0	18,8	19,1	20,9	0,6	1,1	1,0
di cui: riabilitazione	6.943	2,6	9,7	5,3	5,4	6,0	0,2	0,4	0,3
Ruolo tecnico	35.669	0,5	8,9	28,3	28,2	30,9	0,9	1,4	2,0
di cui: operatori socio sanitari	22.380	18,8	16,4	14,0	16,5	19,4	....	....	....
Ruolo professionale	359	-13,1	9,1	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Ruolo amministrativo	16.382	-11,4	6,8	14,9	13,2	14,2	0,3	0,7	1,1
Totale	175.192	1,4	7,3	139,5	140,4	151,6	4,4	6,9	8,0
Centro									
Medici	24.841	-6,6	4,4	21,6	20,1	21,2	1,2	1,1	0,9
Infermieri	63.096	-4,0	10,3	50,6	48,3	53,8	2,2	2,7	3,1
Altro personale sanitario	18.613	-7,3	9,6	15,6	14,3	15,9	0,6	1,0	1,3
di cui: riabilitazione	4.042	-7,0	10,9	3,3	3,1	3,4	0,2	0,2	0,3
Ruolo tecnico	23.594	-4,3	11,0	18,9	18,0	20,1	1,0	1,6	2,5
di cui: operatori socio sanitari	11.371	14,8	22,1	6,9	7,9	9,7	....	....	....
Ruolo professionale	316	-20,9	4,4	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Ruolo amministrativo	12.179	-16,4	-0,4	12,4	10,3	10,4	0,4	0,7	0,7
Totale	142.640	-6,3	8,3	119,4	111,4	121,7	5,4	7,1	8,4

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre; per la popolazione residente, Istat.

(1) Include il personale delle ASL, delle Aziende ospedaliere, di quelle integrate con l'SSN e con l'Università e degli IRCCS pubblici, anche costituiti in fondazione. – (2) Numero totale degli addetti, a tempo indeterminato e con contratti flessibili. Il personale con contratti flessibili è espresso in termini di unità uomo/anno. – (3) Include il personale con contratti a tempo determinato, formazione e lavoro e interinale, espresso in termini di unità uomo/anno.

Personale delle strutture sanitarie pubbliche (1)
(unità e variazioni percentuali)

VOCI	Unità 2022 (2)	Variazioni percentuali		Dotazione per 10.000 abitanti					
		2011/19	2019/22	Totale			di cui: tempo determinato e altro flessibile (3)		
				2011	2019	2022	2011	2019	2022
Sud e Isole									
Medici	40.232	-7,2	-2,9	21,4	20,5	20,3	1,4	1,3	1,3
Infermieri	92.559	-4,6	11,0	42,0	41,3	46,6	1,8	3,0	6,5
Altro personale sanitario	26.639	-4,5	9,0	12,3	12,1	13,4	0,6	0,9	1,5
di cui: riabilitazione	5.172	-1,2	5,9	2,4	2,4	2,6	0,2	0,2	0,3
Ruolo tecnico	37.611	-12,7	22,1	16,9	15,3	18,9	1,2	1,5	2,9
di cui: operatori socio sanitari	16.217	32,6	79,5	3,3	4,5	8,2	....	....	....
Ruolo professionale	664	-7,4	44,2	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1
Ruolo amministrativo	18.681	-22,5	-5,4	12,2	9,8	9,4	1,2	0,7	0,6
Totale	216.386	-8,5	8,0	105,1	99,2	109,0	6,2	7,4	12,9
Italia									
Medici	118.730	-4,5	0,8	20,5	19,8	20,1	1,2	1,1	1,2
Infermieri	305.102	-1,4	7,7	47,8	47,5	51,7	1,8	2,4	3,7
Altro personale sanitario	94.376	-3,2	7,6	15,1	14,7	16,0	0,6	0,9	1,1
di cui: riabilitazione	22.516	-1,9	7,1	3,6	3,5	3,8	0,2	0,2	0,3
Ruolo tecnico	134.684	-6,5	11,9	21,4	20,2	22,8	1,2	1,4	2,6
di cui: operatori socio sanitari	69.102	19,4	26,1	7,6	9,2	11,7	0,0	0,0	0,0
Ruolo professionale	1.767	-11,7	17,7	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Ruolo amministrativo	70.945	-15,6	2,9	13,6	11,6	12,0	0,7	0,7	1,0
Totale	725.604	-4,7	6,8	118,6	113,9	123,0	5,5	6,5	9,5

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre; per la popolazione residente, Istat.

(1) Include il personale delle ASL, delle Aziende ospedaliere, di quelle integrate con l'SSN e con l'Università e degli IRCCS pubblici, anche costituiti in fondazione. – (2) Numero totale degli addetti, a tempo indeterminato e con contratti flessibili. Il personale con contratti flessibili è espresso in termini di unità uomo/anno. – (3) Include il personale con contratti a tempo determinato, formazione e lavoro e interinale, espresso in termini di unità uomo/anno.

Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche

VOCI	Dotazione (unità ogni 10.000 abitanti)			Incidenza posizioni a tempo indeterminato (valori percentuali)			Unità in servizio presso le strutture equiparate ogni 100 lavoratori dell'SSN		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Nord Ovest									
Medici	2,5	3,4	3,6	69,7	58,6	54,9	13,1	19,1	20,4
Infermieri	4,5	5,0	5,1	92,2	90,6	93,3	9,7	11,0	10,7
Altro personale sanitario	1,2	1,5	1,7	76,6	70,5	67,6	10,4	13,5	14,9
di cui: riabilitazione	0,7	0,9	1,0	88,6	82,7	76,6	17,3	24,2	25,8
Ruolo tecnico	3,5	3,8	4,2	89,2	88,6	86,2	18,0	24,5	26,3
di cui: operatori socio sanitari	0,8	1,0	1,1	89,4	87,6	87,2	9,2	9,6	9,5
Ruolo professionale	0,1	0,0	0,0	34,1	47,1	47,3	28,2	17,3	13,1
Ruolo amministrativo	2,3	2,8	3,1	85,6	88,2	83,8	15,3	21,3	20,9
Totale	14,0	16,5	17,7	84,8	81,2	79,5	11,7	14,6	14,9
Nord Est									
Medici	0,6	0,8	0,7	58,8	70,5	74,6	3,2	3,8	3,4
Infermieri	1,2	1,8	1,7	96,4	87,6	92,5	2,1	3,0	2,6
Altro personale sanitario	0,3	0,5	0,5	94,3	82,0	85,8	2,3	3,4	3,2
di cui: riabilitazione	0,2	0,4	0,3	94,4	90,3	90,4	4,3	6,4	5,5
Ruolo tecnico	1,1	1,6	1,6	96,8	88,5	90,1	6,6	11,0	11,1
di cui: operatori socio sanitari	0,2	0,3	0,3	95,1	84,4	89,9	1,1	1,7	1,5
Ruolo professionale	0,0	0,0	0,0	50,0	25,0	45,5	1,6	2,4	3,0
Ruolo amministrativo	0,5	0,7	0,7	93,5	87,0	87,1	3,3	5,2	5,1
Totale	3,9	5,4	5,3	89,6	84,7	87,8	2,7	3,8	3,4
Centro									
Medici	3,1	3,5	3,4	71,2	65,5	66,0	14,2	17,4	17,5
Infermieri	6,0	5,8	6,1	90,7	92,0	93,0	11,7	12,0	11,4
Altro personale sanitario	0,9	1,3	1,3	77,5	74,3	75,6	7,0	11,7	10,8
di cui: riabilitazione	0,6	0,8	0,9	79,0	78,4	84,4	17,6	27,4	24,8
Ruolo tecnico	2,9	2,7	2,8	87,6	89,9	89,7	17,8	18,0	17,8
di cui: operatori socio sanitari	0,8	0,9	0,9	88,8	85,3	89,6	11,1	11,4	9,6
Ruolo professionale	0,1	0,0	0,0	11,7	42,4	50,0	33,5	11,0	12,7
Ruolo amministrativo	1,9	2,2	2,5	87,4	87,9	85,0	15,5	21,4	24,3
Totale	14,8	15,6	16,2	84,3	83,5	84,0	12,4	14,0	13,6

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche

VOCI	Dotazione (unità ogni 10.000 abitanti)			Incidenza posizioni a tempo indeterminato (valori percentuali)			Unità in servizio presso le strutture equiparate ogni 100 lavoratori dell'SSN		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Sud e Isole									
Medici	0,8	1,1	1,1	80,4	76,7	75,5	3,9	5,3	5,5
Infermieri	1,9	2,3	2,4	94,8	92,2	90,8	4,6	5,7	5,2
Altro personale sanitario	0,3	0,4	0,4	77,2	71,8	78,6	2,7	3,9	3,4
di cui: riabilitazione	0,1	0,2	0,2	92,1	79,9	82,8	6,1	8,0	7,7
Ruolo tecnico	1,3	1,2	1,2	90,2	89,3	89,4	5,2	7,9	7,8
di cui: operatori socio sanitari	0,3	0,4	0,4	85,7	84,3	85,4	9,4	8,5	4,8
Ruolo professionale	0,0	0,0	0,0	40,4	42,0	46,3	9,5	15,0	8,1
Ruolo amministrativo	0,4	0,5	0,6	82,1	82,8	72,3	3,5	5,5	6,6
Totale	4,5	5,6	5,8	88,5	86,0	84,6	4,3	5,7	5,3
Italia									
Medici	1,7	2,1	2,2	71,3	64,8	64,2	8,1	10,8	11,1
Infermieri	3,3	3,6	3,7	92,5	91,1	92,6	6,8	7,7	7,2
Altro personale sanitario	0,7	0,9	1,0	78,6	73,0	73,1	5,6	7,9	7,8
di cui: riabilitazione	0,4	0,6	0,6	86,9	82,0	81,2	11,0	15,5	15,1
Ruolo tecnico	2,1	2,3	2,4	89,7	89,0	88,1	11,3	15,0	15,5
di cui: operatori socio sanitari	0,5	0,6	0,7	88,8	86,0	87,7	6,7	6,9	5,8
Ruolo professionale	0,1	0,0	0,0	26,0	43,3	47,5	17,9	12,0	9,1
Ruolo amministrativo	1,2	1,5	1,7	86,4	87,3	83,0	9,0	13,1	14,0
Totale	8,9	10,5	11,0	85,7	83,1	82,6	7,5	9,2	9,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Tavola a.3

Caratteristiche delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche

	Numero di strutture (unità)			Posti letto disponibili (unità ogni 10.000 abitanti)		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Nord Ovest	38	38	36	5,6	5,3	5,7
Nord Est	15	12	14	2,0	1,7	2,1
Centro	22	21	19	5,8	5,2	5,1
Sud e Isole	15	16	16	2,0	2,2	2,3
Italia	90	87	85	3,7	3,2	3,8

Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute.

Variazione del personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche
(valori percentuali)

VOCI	Totale			Tempo indeterminato			Tempo determinato e altre forme flessibili		
	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22
Nord Ovest									
Medici	39,3	5,4	46,8	17,1	-1,2	15,7	90,6	14,6	118,5
Infermieri	12,5	0,7	13,3	10,5	3,7	14,6	36,6	-28,5	-2,4
Altro personale sanitario	24,9	14,3	42,8	15,0	9,7	26,2	57,2	25,4	97,1
di cui: riabilitazione	34,4	10,2	48,2	25,4	2,1	28,1	104,8	48,8	204,8
Ruolo tecnico	8,3	10,0	19,1	7,6	7,0	15,1	14,2	33,6	52,5
di cui: operatori socio sanitari	21,2	10,2	33,6	18,8	9,7	30,3	41,3	13,9	60,8
Ruolo professionale	-43,1	-21,4	-55,3	-21,4	-21,2	-38,1	-54,3	-21,6	-64,2
Ruolo amministrativo	23,4	7,8	33,0	27,0	2,5	30,2	1,7	47,3	49,8
Totale	18,7	6,2	26,0	13,7	4,0	18,3	46,7	15,5	69,4
Nord Est									
Medici	22,2	-6,0	14,9	46,7	-0,6	45,8	-12,7	-19,0	-29,2
Infermieri	47,1	-8,4	34,6	33,8	-3,4	29,3	398,1	-44,4	176,9
Altro personale sanitario	48,0	3,9	53,7	28,6	8,8	39,9	366,7	-18,4	281,0
di cui: riabilitazione	52,8	-6,3	43,1	46,1	-6,2	37,0	166,7	-7,5	146,7
Ruolo tecnico	42,9	-0,4	42,3	30,6	1,3	32,4	419,5	-14,1	346,3
di cui: operatori socio sanitari	75,8	4,7	84,1	56,1	11,5	74,0	455,6	-32,0	277,8
Ruolo professionale	33,3	37,5	83,3	-33,3	150,0	66,7	100,0	0,0	100,0
Ruolo amministrativo	38,7	5,5	46,4	29,0	5,7	36,3	178,9	4,7	192,1
Totale	40,6	-2,7	36,7	33,0	0,7	34,0	105,4	-22,0	60,3
Centro									
Medici	14,3	-4,2	9,5	5,1	-3,4	1,5	37,0	-5,7	29,2
Infermieri	-1,4	4,3	2,8	0,1	5,4	5,5	-15,2	-9,0	-22,9
Altro personale sanitario	54,6	0,6	55,6	48,2	2,4	51,8	76,7	-4,5	68,7
di cui: riabilitazione	44,6	0,5	45,4	43,5	8,3	55,4	49,0	-27,8	7,6
Ruolo tecnico	-6,0	1,7	-4,4	-3,5	1,5	-2,1	-23,5	3,7	-20,6
di cui: operatori socio sanitari	17,3	2,7	20,5	12,7	7,9	21,6	53,5	-27,1	11,9
Ruolo professionale	-74,2	21,2	-68,8	-6,7	42,9	33,3	-83,2	5,3	-82,3
Ruolo amministrativo	15,5	12,9	30,3	16,2	9,1	26,8	10,5	40,2	54,9
Totale	5,9	2,9	8,9	5,0	3,5	8,6	10,9	-0,3	10,5

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Variazione del personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche
(valori percentuali)

VOCI	Totale			Tempo indeterminato			Tempo determinato e altre forme flessibili		
	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22
Sud e Isole									
Medici	26,1	-0,1	26,0	20,3	-1,7	18,2	50,3	5,0	57,8
Infermieri	17,2	2,4	20,1	14,0	1,0	15,1	77,5	19,9	112,9
Altro personale sanitario	32,8	-3,3	28,4	23,5	5,7	30,6	64,3	-26,4	20,9
di cui: riabilitazione	29,7	0,8	30,7	12,5	4,5	17,6	229,2	-13,9	183,3
Ruolo tecnico	17,2	-1,2	15,8	16,1	-1,0	14,9	27,8	-2,6	24,4
di cui: operatori socio sanitari	18,8	2,0	21,1	16,8	3,3	20,7	30,4	-5,0	23,9
Ruolo professionale	46,8	-21,7	14,9	52,6	-13,8	31,6	42,9	-27,5	3,6
Ruolo amministrativo	20,5	12,7	35,8	21,5	-1,6	19,5	15,9	81,6	110,4
Totale	20,3	1,6	22,2	16,8	0,0	16,8	47,5	11,3	64,2
Italia									
Medici	26,7	0,5	27,3	15,2	-2,0	12,9	55,4	5,0	63,2
Infermieri	11,0	1,3	12,5	9,3	3,0	12,6	32,2	-15,8	11,3
Altro personale sanitario	36,0	6,7	45,1	26,4	6,8	35,0	71,5	6,1	82,1
di cui: riabilitazione	38,9	4,0	44,5	31,0	3,1	35,0	91,2	8,5	107,5
Ruolo tecnico	9,5	4,6	14,5	8,7	3,4	12,4	17,0	13,8	33,1
di cui: operatori socio sanitari	22,8	6,0	30,1	19,0	8,1	28,6	52,8	-6,8	42,3
Ruolo professionale	-40,8	-11,1	-47,4	-1,3	-2,6	-3,8	-54,7	-17,6	-62,7
Ruolo amministrativo	21,8	9,7	33,6	23,2	4,2	28,4	13,1	47,1	66,4
Totale	16,6	3,5	20,7	13,1	2,8	16,3	37,5	6,9	47,1

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Caratteristiche delle case di cura private accreditate

	Numero di strutture (unità)			Posti letto disponibili (unità ogni 10.000 abitanti)		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Nord Ovest	115	111	111	7,8	7,2	7,6
Nord Est	76	74	80	6,2	6,1	6,2
Centro	112	95	94	7,9	7,0	7,6
Sud e Isole	221	197	200	8,8	8,0	8,6
Italia	524	477	485	7,9	7,2	7,7

Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute.

Personale delle strutture private accreditate

VOCI	Dotazione (unità ogni 10.000 abitanti)			Incidenza posizioni a tempo indeterminato (valori percentuali)			Unità in servizio presso le strutture accreditate ogni 100 lavoratori dell'SSN		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Nord Ovest									
Medici	3,8	5,1	4,9	22,9	19,5	18,8	20,4	28,3	27,7
Infermieri	4,9	5,3	5,1	81,7	84,3	87,6	10,8	11,6	10,7
Altro personale sanitario	1,3	1,6	1,6	70,9	67,9	66,7	11,6	14,5	14,0
di cui: riabilitazione	1,0	1,4	1,4	74,6	72,4	69,4	25,8	35,9	34,6
Ruolo tecnico	3,7	3,8	4,1	81,1	85,8	84,1	20,6	27,6	29,1
di cui: operatori socio sanitari	0,7	0,7	0,7	70,0	68,3	70,8	7,2	6,6	6,0
Ruolo professionale	0,1	0,0	0,0	14,5	26,8	21,9	19,1	13,8	7,6
Ruolo amministrativo	2,4	2,6	2,8	83,8	81,8	81,0	15,9	19,9	19,2
Totale	16,2	18,4	18,5	66,9	64,9	65,7	13,6	16,2	15,6
Nord Est									
Medici	2,7	4,0	4,5	13,2	10,3	10,0	13,6	19,6	20,6
Infermieri	3,1	3,9	4,1	85,0	80,5	84,9	5,4	6,5	6,4
Altro personale sanitario	0,8	1,0	1,1	72,1	68,5	66,4	6,0	7,1	7,3
di cui: riabilitazione	0,7	0,8	0,9	74,5	69,0	65,7	11,9	14,5	14,6
Ruolo tecnico	2,6	2,3	2,5	86,1	81,3	84,1	14,8	15,9	17,7
di cui: operatori socio sanitari	0,4	0,4	0,5	62,7	71,4	68,7	2,8	2,5	2,3
Ruolo professionale	0,0	0,0	0,0	22,2	31,6	13,8	11,7	5,7	7,9
Ruolo amministrativo	1,5	1,9	2,3	85,5	84,6	84,5	9,9	13,9	15,8
Totale	10,8	13,1	14,6	65,9	58,6	59,9	7,6	9,2	9,5
Centro									
Medici	3,8	5,2	5,1	19,2	16,3	17,6	17,4	26,0	23,9
Infermieri	3,7	4,9	5,0	88,7	80,3	88,6	7,4	10,1	9,3
Altro personale sanitario	1,5	2,1	2,0	70,0	68,8	69,8	12,3	18,3	16,3
di cui: riabilitazione	1,2	1,8	1,7	73,9	68,9	71,3	35,0	57,1	48,8
Ruolo tecnico	3,3	3,0	3,3	88,1	81,7	80,4	23,6	24,4	25,5
di cui: operatori socio sanitari	0,4	0,5	0,6	76,9	63,6	64,8	6,5	7,0	6,3
Ruolo professionale	0,1	0,1	0,1	10,1	10,5	14,5	28,5	31,6	24,0
Ruolo amministrativo	1,8	2,2	2,5	83,1	80,2	81,5	14,7	21,2	24,2
Totale	14,2	17,5	18,0	66,9	59,7	63,7	11,9	15,7	14,8

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Personale delle strutture private accreditate

VOCI	Dotazione (unità ogni 10.000 abitanti)			Incidenza posizioni a tempo indeterminato (valori percentuali)			Unità in servizio presso le strutture accreditate ogni 100 lavoratori dell'SSN		
	2011	2019	2022	2011	2019	2022	2011	2019	2022
Sud e Isole									
Medici	3,5	4,1	4,2	30,6	28,5	27,4	16,5	20,1	20,8
Infermieri	4,3	4,4	4,5	88,8	86,1	89,7	10,1	10,6	9,6
Altro personale sanitario	1,1	1,5	1,5	75,1	75,5	77,2	11,1	15,0	13,5
di cui: riabilitazione	0,7	1,0	1,0	77,1	77,3	79,7	30,4	42,9	37,9
Ruolo tecnico	3,4	3,0	2,9	87,1	84,7	83,9	21,6	23,0	21,9
di cui: operatori socio sanitari	0,4	0,5	0,5	83,8	82,3	84,0	13,4	11,4	6,8
Ruolo professionale	0,1	0,1	0,1	33,6	11,0	11,9	44,9	47,3	30,4
Ruolo amministrativo	1,7	2,1	2,2	85,4	86,1	84,9	13,6	21,5	23,7
Totale	14,1	15,1	15,4	71,9	68,6	69,2	13,4	15,3	14,1
Italia									
Medici	3,5	4,6	4,6	23,3	19,9	19,5	17,1	23,2	23,0
Infermieri	4,1	4,6	4,7	86,0	83,4	88,0	8,6	9,8	9,0
Altro personale sanitario	1,3	1,5	1,5	72,2	70,6	70,8	10,3	13,6	12,7
di cui: riabilitazione	0,9	1,2	1,2	75,1	72,4	72,2	24,5	34,6	31,6
Ruolo tecnico	3,3	3,1	3,2	85,4	84,0	83,3	20,3	23,0	23,7
di cui: operatori socio sanitari	0,5	0,5	0,6	74,4	72,2	73,4	6,4	6,0	5,0
Ruolo professionale	0,1	0,1	0,1	23,3	14,2	13,6	27,1	25,9	19,2
Ruolo amministrativo	1,9	2,2	2,5	84,4	83,3	83,0	13,6	19,3	20,5
Totale	14,1	16,1	16,6	68,5	64,0	65,4	11,8	14,1	13,5

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Variazione del personale delle strutture private accreditate
(valori percentuali)

VOCI	Totale			Tempo indeterminato			Tempo determinato e altre forme flessibili		
	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22
Nord Ovest									
Medici	32,5	-3,3	28,1	12,8	-6,7	5,3	38,3	-2,5	34,9
Infermieri	7,5	-5,1	2,1	10,9	-1,3	9,4	-7,5	-25,2	-30,8
Altro personale sanitario	20,3	0,4	20,7	15,3	-1,4	13,7	32,5	4,1	37,9
di cui: riabilitazione	33,5	-0,5	32,9	29,6	-4,6	23,7	44,9	10,3	59,9
Ruolo tecnico	3,1	7,0	10,4	9,1	4,9	14,5	-22,7	19,9	-7,3
di cui: operatori socio sanitari	6,2	1,8	8,0	3,7	5,5	9,3	12,0	-6,2	5,0
Ruolo professionale	-32,5	-42,9	-61,4	25,0	-53,3	-41,7	-42,3	-39,0	-64,8
Ruolo amministrativo	11,6	5,5	17,7	9,0	4,5	13,8	25,6	9,9	37,9
Totale	13,9	-0,2	13,7	10,6	0,9	11,6	20,7	-2,2	18,0
Nord Est									
Medici	48,9	11,7	66,3	15,8	9,1	26,4	53,9	12,0	72,4
Infermieri	25,0	4,6	30,8	18,4	10,4	30,7	62,6	-19,3	31,3
Altro personale sanitario	21,0	11,6	35,1	14,8	8,3	24,4	36,9	18,9	62,7
di cui: riabilitazione	24,6	10,3	37,4	15,4	5,0	21,2	51,3	22,1	84,8
Ruolo tecnico	-8,8	8,8	-0,8	-13,9	12,5	-3,1	22,6	-7,3	13,6
di cui: operatori socio sanitari	2,6	10,1	12,9	16,8	5,9	23,7	-21,4	20,6	-5,2
Ruolo professionale	-57,8	52,6	-35,6	-40,0	-33,3	-60,0	-62,9	92,3	-28,6
Ruolo amministrativo	25,5	21,3	52,1	24,1	21,1	50,3	33,6	21,9	62,8
Totale	22,5	10,5	35,4	8,9	12,8	22,9	48,8	7,2	59,4
Centro									
Medici	39,3	-4,1	33,6	18,8	3,2	22,6	44,2	-5,5	36,2
Infermieri	31,5	2,2	34,4	19,0	12,7	34,1	129,7	-40,6	36,4
Altro personale sanitario	37,7	-2,7	33,9	35,1	-1,2	33,4	43,6	-6,0	35,0
di cui: riabilitazione	51,4	-5,1	43,7	41,3	-1,8	38,7	79,9	-12,4	57,7
Ruolo tecnico	-7,6	7,6	-0,6	-14,3	5,9	-9,2	41,5	15,2	63,0
di cui: operatori socio sanitari	23,9	9,9	36,1	2,5	11,9	14,6	95,0	6,4	107,4
Ruolo professionale	-12,8	-20,0	-30,3	-9,1	10,0	0,0	-13,3	-23,5	-33,7
Ruolo amministrativo	21,2	13,4	37,5	17,0	15,2	34,8	42,0	6,2	50,8
Totale	23,6	2,0	26,0	10,3	8,8	20,1	50,4	-8,2	38,0

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Variazione del personale delle strutture private accreditate
(valori percentuali)

VOCI	Totale			Tempo indeterminato			Tempo determinato e altre forme flessibili		
	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22	2011/19	2019/22	2011/22
Sud e Isole									
Medici	13,3	0,2	13,5	5,3	-3,6	1,5	16,8	1,7	18,8
Infermieri	0,0	0,0	0,0	-3,0	4,1	1,0	24,6	-25,9	-7,7
Altro personale sanitario	27,7	-0,8	26,7	28,4	1,5	30,3	25,7	-7,9	15,7
di cui: riabilitazione	39,4	-6,6	30,2	39,9	-3,8	34,6	38,0	-16,4	15,4
Ruolo tecnico	-14,7	-3,6	-17,7	-17,1	-4,5	-20,7	1,5	1,1	2,6
di cui: operatori socio sanitari	13,2	6,2	20,2	11,1	8,5	20,6	23,6	-4,4	18,2
Ruolo professionale	-2,2	-7,3	-9,4	-68,0	0,0	-68,0	31,1	-8,2	20,3
Ruolo amministrativo	22,0	4,0	27,0	23,1	2,6	26,3	15,9	12,7	30,7
Totale	4,6	-0,2	4,4	-0,2	0,6	0,4	16,9	-2,1	14,4
Italia									
Medici	29,7	0,2	29,9	10,7	-2,1	8,3	35,5	0,8	36,5
Infermieri	11,6	-0,4	11,2	8,3	5,2	13,9	32,2	-28,1	-4,9
Altro personale sanitario	27,1	0,6	27,8	24,4	0,8	25,4	34,1	0,0	34,0
di cui: riabilitazione	38,6	-2,2	35,6	33,6	-2,4	30,4	53,6	-1,6	51,2
Ruolo tecnico	-7,1	3,9	-3,5	-8,6	3,1	-5,8	1,6	8,3	10,0
di cui: operatori socio sanitari	10,9	6,0	17,5	7,8	7,7	16,1	19,9	1,4	21,6
Ruolo professionale	-15,7	-12,6	-26,3	-49,1	-16,4	-57,4	-5,4	-12,0	-16,8
Ruolo amministrativo	18,9	9,1	29,8	17,4	8,7	27,5	27,3	11,6	42,1
Totale	13,9	2,0	16,1	6,4	4,1	10,8	30,2	-1,9	27,7

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

Personale medico delle strutture pubbliche per specializzazione
(quote e variazioni percentuali)

VOCI	Composizione percentuale			Variazioni medie annue		
	2011	2019	2022	2011/22	2011/19	2019/22
Nord Ovest						
Totale	100,0	100,0	100,0	-0,1	0,0	-0,5
Area funzionale dei servizi	29,0	28,3	27,8	-0,5	-0,3	-1,1
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	10,9	11,5	11,5	0,3	0,7	-0,5
Igiene e medicina preventiva	3,3	2,6	2,3	-3,3	-2,8	-4,7
Radiodiagnostica	5,3	5,5	5,6	0,5	0,6	0,1
Area funzionale di chirurgia	24,1	24,0	24,1	-0,1	0,0	-0,4
Chirurgia generale	6,5	6,1	6,0	-0,9	-0,7	-1,3
Ginecologia e ostetricia	4,6	4,6	4,5	-0,3	0,1	-1,4
Ortopedia e traumatologia	4,1	3,9	3,8	-0,9	-0,7	-1,4
Area funzionale di medicina	38,6	41,0	42,7	0,8	0,8	0,8
Malattie dell'apparato cardiovascolare	4,4	4,7	4,9	0,9	0,9	0,9
Medicina interna	7,9	7,9	7,7	-0,3	0,0	-1,2
Medicina di emergenza - urgenza	1,0	2,4	2,7	8,7	10,9	3,1
Altre specializzazioni o nessuna	8,4	6,6	5,4	-4,1	-2,8	-7,4
Nord Est						
Totale	100,0	100,0	100,0	0,6	0,3	1,3
Area funzionale dei servizi	28,1	28,6	28,3	0,6	0,5	0,9
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	10,5	10,9	10,6	0,6	0,7	0,4
Igiene e medicina preventiva	2,6	3,1	2,7	0,7	2,3	-3,6
Radiodiagnostica	6,0	6,6	6,4	1,3	1,5	0,7
Area funzionale di chirurgia	23,5	23,1	22,6	0,2	0,1	0,6
Chirurgia generale	6,0	5,7	5,4	-0,5	-0,4	-0,8
Ginecologia e ostetricia	4,6	4,6	4,2	-0,1	0,4	-1,4
Ortopedia e traumatologia	4,6	4,1	3,9	-0,9	-1,0	-0,7
Area funzionale di medicina	40,4	42,8	44,3	1,4	1,0	2,5
Malattie dell'apparato cardiovascolare	4,7	4,9	5,0	1,1	0,8	2,1
Medicina interna	9,5	8,8	8,9	-0,1	-0,7	1,5
Medicina di emergenza - urgenza	2,4	4,0	3,2	3,4	6,9	-5,4
Altre specializzazioni o nessuna	8,1	5,5	4,8	-4,1	-4,5	-3,0

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale.

Personale medico delle strutture pubbliche per specializzazione
(quote e variazioni percentuali)

VOCI	Composizione percentuale			Variazioni medie annue		
	2011	2019	2022	2011/22	2011/19	2019/22
Centro						
Totale	100,0	100,0	100,0	0,1	-0,6	2,0
Area funzionale dei servizi	28,7	27,4	28,0	-0,1	-1,2	2,8
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	10,8	11,4	11,4	0,6	0,1	2,0
Igiene e medicina preventiva	2,7	2,2	2,3	-1,2	-3,1	4,0
Radiodiagnostica	6,5	6,6	7,2	1,0	-0,4	4,9
Area funzionale di chirurgia	21,9	21,4	22,2	0,2	-0,9	3,2
Chirurgia generale	6,2	5,5	5,6	-0,9	-2,1	2,4
Ginecologia e ostetricia	4,2	4,1	4,6	0,9	-0,9	5,8
Ortopedia e traumatologia	3,8	3,9	3,7	-0,1	-0,3	0,4
Area funzionale di medicina	37,8	43,0	44,0	1,5	1,0	2,8
Malattie dell'apparato cardiovascolare	5,1	5,5	5,3	0,4	0,4	0,4
Medicina interna	7,4	6,6	6,9	-0,5	-1,9	3,4
Medicina di emergenza - urgenza	2,3	6,7	5,9	9,1	13,7	-2,4
Altre specializzazioni o nessuna	11,6	8,2	5,9	-5,8	-4,8	-8,7
Sud e Isole						
Totale	100,0	100,0	100,0	-0,4	-0,9	0,9
Area funzionale dei servizi	25,6	26,5	26,1	-0,3	-0,5	0,3
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	8,7	10,2	10,1	0,9	1,1	0,4
Igiene e medicina preventiva	4,2	3,6	3,0	-3,5	-2,8	-5,1
Radiodiagnostica	4,7	5,6	5,9	1,6	1,2	2,8
Area funzionale di chirurgia	22,1	21,3	21,6	-0,6	-1,4	1,3
Chirurgia generale	5,8	5,5	5,6	-0,7	-1,4	1,0
Ginecologia e ostetricia	5,3	4,7	4,7	-1,5	-2,3	0,6
Ortopedia e traumatologia	3,2	3,1	3,0	-1,2	-1,4	-0,6
Area funzionale di medicina	36,9	39,0	39,0	0,1	-0,2	0,9
Malattie dell'apparato cardiovascolare	5,0	5,1	5,2	0,0	-0,7	2,0
Medicina interna	5,6	5,5	5,7	-0,3	-1,1	1,9
Medicina di emergenza - urgenza	4,2	6,0	4,1	-0,5	3,7	-10,8
Altre specializzazioni o nessuna	15,4	13,2	13,4	-1,7	-2,7	1,2

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale

Personale medico delle strutture pubbliche per specializzazione
(quote e variazioni percentuali)

VOCI	Composizione percentuale			Variazioni medie annue		
	2011	2019	2022	2011/22	2011/19	2019/22
Italia						
Totale	100,0	100,0	100,0	-0,1	-0,4	0,8
Area funzionale dei servizi	27,5	27,6	27,3	-0,1	-0,4	0,6
<i>Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore</i>	10,0	10,9	10,8	0,6	0,7	0,5
<i>Igiene e medicina preventiva</i>	3,4	3,0	2,6	-2,3	-2,0	-3,3
<i>Radiodiagnostica</i>	5,4	6,0	6,2	1,1	0,7	2,2
Area funzionale di chirurgia	22,8	22,4	22,5	-0,2	-0,6	1,1
<i>Chirurgia generale</i>	6,1	5,7	5,6	-0,8	-1,1	0,3
<i>Ginecologia e ostetricia</i>	4,7	4,5	4,5	-0,5	-1,0	0,7
<i>Ortopedia e traumatologia</i>	3,8	3,7	3,5	-0,8	-0,9	-0,6
Area funzionale di medicina	38,2	41,1	42,0	0,8	0,5	1,6
<i>Malattie dell'apparato cardiovascolare</i>	4,8	5,0	5,1	0,5	0,2	1,4
<i>Medicina interna</i>	7,3	7,0	7,1	-0,3	-0,8	1,2
<i>Medicina di emergenza - urgenza</i>	2,7	4,8	3,9	3,6	7,2	-5,6
Altre specializzazioni o nessuna	11,5	9,0	8,1	-3,1	-3,4	-2,5

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, *Conto Annuale*.

Personale medico nelle strutture private per specializzazione nel 2022
(quote percentuali)

VOCI	Totale strutture private	Strutture equiparate	Strutture accreditate	Strutture non accreditate
Nord Ovest				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Area funzionale dei servizi	23,5	26,4	22,7	15,9
<i>Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore</i>	8,9	9,9	8,4	8,2
<i>Medicina fisica e riabilitazione</i>	3,8	4,1	4,0	1,1
<i>Radiodiagnostica</i>	6,7	5,9	7,7	4,4
Area funzionale di chirurgia	39,0	29,3	42,5	59,7
<i>Chirurgia generale</i>	7,2	5,8	7,5	11,1
<i>Ginecologia e ostetricia</i>	3,9	3,6	4,0	5,0
<i>Ortopedia e traumatologia</i>	11,2	7,0	13,8	14,5
Area funzionale di medicina	30,6	37,3	27,3	21,1
<i>Malattie dell'apparato cardiovascolare</i>	7,2	8,8	6,7	3,0
<i>Medicina interna</i>	3,4	3,6	3,5	2,0
<i>Neurologia</i>	3,5	4,5	3,1	1,8
Altre specializzazioni o nessuna	6,9	7,0	7,5	3,4
Nord Est				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Area funzionale dei servizi	20,8	30,0	19,8	11,2
<i>Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore</i>	8,1	7,5	8,4	5,7
<i>Medicina fisica e riabilitazione</i>	3,6	6,2	3,1	3,5
<i>Radiodiagnostica</i>	5,9	6,8	6,2	0,9
Area funzionale di chirurgia	46,7	29,1	49,1	61,1
<i>Chirurgia generale</i>	6,0	7,7	5,2	9,0
<i>Ginecologia e ostetricia</i>	3,2	4,7	2,8	4,6
<i>Ortopedia e traumatologia</i>	20,5	6,7	24,0	16,6
Area funzionale di medicina	23,9	36,7	21,1	23,2
<i>Malattie dell'apparato cardiovascolare</i>	4,6	4,8	4,8	2,2
<i>Medicina interna</i>	3,0	5,0	2,4	4,8
<i>Neurologia</i>	2,0	2,4	1,8	2,4
Altre specializzazioni o nessuna	8,6	4,2	10,0	4,4

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, *Conto Annuale*.

Personale medico nelle strutture private per specializzazione nel 2022
(quote percentuali)

VOCI	Totale Strutture Private	Strutture equiparate	Strutture accreditate	Strutture non accreditate
Centro				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Area funzionale dei servizi	24,5	27,6	21,5	25,6
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	11,5	12,3	9,1	14,5
Medicina fisica e riabilitazione	1,6	1,7	2,3	0,6
Radiodiagnostica	6,4	6,5	6,7	6,0
Area funzionale di chirurgia	37,8	25,1	39,1	49,1
Chirurgia generale	6,3	5,2	5,7	8,5
Ginecologia e ostetricia	5,1	4,9	5,1	5,4
Ortopedia e traumatologia	10,3	4,4	13,5	11,6
Area funzionale di medicina	27,4	40,4	23,5	19,9
Malattie dell'apparato cardiovascolare	5,4	6,5	5,1	4,7
Medicina interna	3,2	4,6	3,1	1,9
Neurologia	2,3	3,5	2,2	1,3
Altre specializzazioni o nessuna	10,3	6,9	15,8	5,4
Sud e Isole				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Area funzionale dei servizi	23,5	27,0	22,5	32,4
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	10,2	10,8	10,0	20,6
Medicina fisica e riabilitazione	1,9	1,2	2,1	2,9
Radiodiagnostica	6,7	6,9	6,7	5,9
Area funzionale di chirurgia	39,5	29,0	42,1	42,6
Chirurgia generale	9,0	6,6	9,7	8,8
Ginecologia e ostetricia	7,1	5,8	7,3	22,1
Ortopedia e traumatologia	8,0	4,3	9,0	2,9
Area funzionale di medicina	27,0	40,4	23,6	23,5
Malattie dell'apparato cardiovascolare	6,7	6,9	6,6	7,4
Medicina interna	2,7	3,4	2,6	1,5
Neurologia	2,5	5,3	1,8	-
Altre specializzazioni o nessuna	10,1	3,6	11,8	1,5

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale

Personale medico nelle strutture private per specializzazione nel 2022
(quote percentuali)

VOCI	Totale Strutture Private	Strutture equiparate	Strutture accreditate	Strutture non accreditate
Italia				
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Area funzionale dei servizi	23,4	27,2	21,8	22,1
<i>Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore</i>	9,9	10,6	9,0	12,3
<i>Medicina fisica e riabilitazione</i>	2,7	3,1	2,9	1,0
<i>Radiodiagnostica</i>	6,5	6,3	6,9	5,1
Area funzionale di chirurgia	39,9	28,0	42,9	52,6
<i>Chirurgia generale</i>	7,2	5,9	7,3	9,1
<i>Ginecologia e ostetricia</i>	4,9	4,5	5,0	5,4
<i>Ortopedia e traumatologia</i>	11,6	5,7	14,2	12,7
Area funzionale di medicina	27,9	38,7	24,2	20,5
<i>Malattie dell'apparato cardiovascolare</i>	6,1	7,4	6,0	4,1
<i>Medicina interna</i>	3,1	4,0	2,9	2,2
<i>Neurologia</i>	2,7	4,1	2,3	1,5
Altre specializzazioni o nessuna	8,9	6,2	11,1	4,8

Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato, *Conto Annuale*.

Personale in convenzione (unità e variazioni percentuali)									
VOCI	Unità 2022 (2)	Numero per 10.000 abitanti (1)			Variazioni percentuali		Scelte per medico e ore lavorate (2)		
		2011	2019	2022	2011/19	2019/22	2011	2019	2022
Nord Ovest									
Medicina generale	13.088	9,3	8,9	8,3	-4,2	-7,5	-	-	-
assistenza primaria a ciclo di scelta (3)	9.378	8,1	7,3	6,7	-8,7	-8,6	1.235	1.348	1.420
altri medici (4)	3.710	2,2	2,4	2,3	10,0	-4,6	1.226	1.141	1.036
Pediatri	1.612	9,0	9,3	9,0	-4,1	-8,7	930	986	986
Specialisti convenzionati (5)	3.023	2,3	2,2	1,9	-4,9	-13,7	947	1.041	1.197
di cui: specialisti ambulatoriali	2.310	1,9	1,8	1,5	-7,6	-18,1	918	985	1.158
Nord Est (6)									
Medicina generale	9.743	8,9	8,5	8,4	-3,5	-1,5	-	-	-
assistenza primaria a ciclo di scelta (3)	6.730	7,8	7,3	6,6	-5,7	-9,3	1.225	1.342	1.433
altri medici (4)	3.013	2,1	2,1	2,6	3,6	22,3	1.289	1.302	1.036
Pediatri	1.323	9,2	10,1	10,0	1,9	-6,4	913	917	922
Specialisti convenzionati (5)	2.633	2,4	2,3	2,3	-4,4	-2,0	1.122	1.268	1.354
di cui: specialisti ambulatoriali	2.264	2,3	2,0	2,0	-9,5	-4,6	1.108	1.259	1.348
Centro									
Medicina generale	11.915	11,7	10,5	10,2	-9,4	-4,2	-	-	-
assistenza primaria a ciclo di scelta (3)	7.933	9,4	8,3	7,6	-10,8	-7,9	1.074	1.170	1.232
altri medici (4)	3.982	3,5	3,2	3,4	-5,9	4,2	1.177	1.242	1.066
Pediatri	1.384	10,4	10,8	10,6	-2,9	-7,4	846	856	860
Specialisti convenzionati (5)	3.936	3,5	3,4	3,4	-3,2	-2,4	1.023	1.171	1.218
di cui: specialisti ambulatoriali	3.352	3,2	3,0	2,9	-7,8	-4,4	1.014	1.170	1.187
Sud e Isole									
Medicina generale	26.663	13,5	13,7	13,4	-1,1	-3,9	-	-	-
assistenza primaria a ciclo di scelta (3)	13.819	9,3	8,9	7,9	-6,4	-12,0	1.080	1.117	1.201
altri medici (4)	12.844	5,4	6,0	6,5	6,7	6,8	1.369	1.411	1.283
Pediatri	2.362	10,3	10,9	10,1	-8,0	-12,5	825	816	830
Specialisti convenzionati (5)	7.743	3,5	3,7	3,9	3,3	2,3	1.203	1.430	1.446
di cui: specialisti ambulatoriali	6.271	2,9	3,0	3,2	-0,2	2,6	1.261	1.462	1.417
Italia (6)									
Medicina generale	61.409	11,1	10,8	10,4	-3,9	-4,4	-	-	-
assistenza primaria a ciclo di scelta (3)	37.860	8,7	8,0	7,2	-7,8	-9,9	1.143	1.224	1.301
altri medici (4)	23.549	3,5	3,7	4,0	4,5	6,0	1.300	1.323	1.176
Pediatri	6.681	9,8	10,3	9,9	-4,3	-9,4	870	884	891
Specialisti convenzionati (5)	17.335	3,0	3,0	2,9	-1,1	-2,6	1.096	1.270	1.337
di cui: specialisti ambulatoriali	14.197	2,6	2,5	2,4	-5,1	-4,2	1.108	1.269	1.309

Fonte: elaborazioni su dati SISAC; per le scelte per medico, Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale*, anni vari.

(1) Parametrizzati alla popolazione adulta per i medici di assistenza primaria, alla popolazione in età infantile per i pediatri e alla popolazione totale per i restanti medici.

– (2) Per i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e per i pediatri, numero di scelte per medico; per le altre figure professionali, numero di ore lavorate per medico.

– (3) Corrisponde all'ex assistenza primaria. – (4) Medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale), emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e, dal 2022, assistenza penitenziaria. – (5) Comprendono gli specialisti ambulatoriali interni, altre professionalità ambulatoriali (psicologi, chimici, biologi) e veterinari. – (6) La dotazione e le ore lavorate per medico riferite al 2011 sono al netto della Provincia autonoma di Bolzano.

Personale delle strutture sanitarie pubbliche per età e ruolo (1)
(quote percentuali)

VOCI	2011					2022				
	Fino a 49 anni	50-54	55-59	60-64	65 e oltre	Fino a 49 anni	50-54	55-59	60-64	65 e oltre
Nord Ovest										
Medici	46,3	22,1	24,5	6,4	0,7	53,1	11,7	14,8	15,2	5,2
Infermieri	77,6	13,9	8,0	0,5	0,0	52,1	23,3	19,2	5,1	0,4
Altro personale sanitario	58,4	22,0	17,0	2,5	0,1	48,8	16,9	20,3	12,5	1,5
di cui: riabilitazione	63,8	22,2	12,7	1,4	0,0	47,5	18,7	20,5	12,5	0,8
Ruolo tecnico	51,9	27,3	17,5	3,2	0,1	34,8	19,6	27,5	15,8	2,4
di cui: operatori socio sanitari	58,6	25,0	13,9	2,5	0,0	40,3	19,6	23,9	13,8	2,3
Ruolo professionale	43,2	23,6	22,7	8,4	2,1	33,4	22,0	21,3	17,8	5,4
Ruolo amministrativo	56,0	25,9	15,6	2,4	0,2	35,0	17,4	29,0	16,7	1,9
Totale	62,5	20,4	14,5	2,4	0,2	46,4	19,3	21,4	11,0	1,8
Nord Est										
Medici	47,9	21,0	24,0	6,6	0,5	58,3	11,4	12,4	13,2	4,7
Infermieri	77,0	13,4	9,0	0,5	0,0	58,7	20,6	16,4	4,1	0,2
Altro personale sanitario	57,9	20,3	19,1	2,6	0,1	58,8	14,0	15,8	10,2	1,2
di cui: riabilitazione	62,0	20,9	15,9	1,3	0,0	59,1	13,9	16,3	10,0	0,8
Ruolo tecnico	58,9	24,1	14,7	2,2	0,1	40,3	20,4	25,1	12,7	1,5
di cui: operatori socio sanitari	67,7	21,1	9,9	1,3	0,0	44,3	21,0	22,4	10,8	1,5
Ruolo professionale	45,2	23,3	21,4	7,0	3,2	31,7	28,2	21,4	17,0	1,8
Ruolo amministrativo	54,3	25,5	17,4	2,6	0,2	36,7	18,8	26,8	16,3	1,5
Totale	64,3	18,9	14,5	2,2	0,1	52,8	18,3	18,5	9,0	1,3
Centro										
Medici	38,3	22,7	27,4	10,5	1,1	47,2	11,4	15,3	17,2	8,8
Infermieri	70,8	16,1	11,5	1,6	0,1	50,4	22,0	18,4	8,5	0,8
Altro personale sanitario	49,7	21,4	23,0	5,5	0,4	50,7	14,3	17,3	14,3	3,3
di cui: riabilitazione	54,0	22,9	19,9	3,2	0,1	47,9	16,7	19,3	13,9	2,2
Ruolo tecnico	48,5	24,3	20,2	6,6	0,4	33,7	18,3	25,1	19,2	3,6
di cui: operatori socio sanitari	57,4	23,5	14,9	4,1	0,1	37,6	19,3	23,7	16,4	3,0
Ruolo professionale	38,4	24,1	19,9	10,2	7,4	29,7	19,9	22,9	21,2	6,2
Ruolo amministrativo	46,9	22,5	22,6	7,3	0,7	31,8	18,6	26,8	19,3	3,6
Totale	56,4	19,9	18,3	5,0	0,4	45,6	18,3	19,5	13,4	3,2

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

(1) Include il solo personale a tempo indeterminato delle ASL, delle Aziende ospedaliere, di quelle integrate con l'SSN e con l'Università e degli IRCCS pubblici, anche costituiti in fondazione.

Personale delle strutture sanitarie pubbliche per età e ruolo (1)
(quote percentuali)

VOCI	2011					2022				
	Fino a 49 anni	50-54	55-59	60-64	65 e oltre	Fino a 49 anni	50-54	55-59	60-64	65 e oltre
Sud e Isole										
Medici	28,2	26,3	33,5	10,8	1,1	42,0	10,0	14,4	19,9	13,7
Infermieri	57,6	20,1	18,0	4,0	0,2	42,0	22,1	20,8	13,3	1,8
Altro personale sanitario	39,0	26,5	25,8	8,2	0,5	43,8	13,6	17,8	19,0	5,9
di cui: riabilitazione	44,8	27,5	22,2	5,3	0,3	46,5	17,0	17,3	16,6	2,6
Ruolo tecnico	31,3	26,1	27,0	13,8	1,9	38,0	14,4	20,4	21,3	5,9
di cui: operatori socio sanitari	28,4	26,8	26,9	15,2	2,6	52,6	14,8	16,1	13,4	3,1
Ruolo professionale	39,4	21,4	19,1	15,9	4,1	33,3	20,6	23,3	17,3	5,6
Ruolo amministrativo	29,8	26,0	29,4	13,3	1,5	30,1	15,4	23,0	24,6	6,9
Totale	42,3	23,7	24,7	8,5	0,8	40,4	16,8	19,3	17,7	5,8
Italia										
Medici	38,5	23,5	28,2	8,9	0,9	49,2	11,0	14,3	16,8	8,7
Infermieri	70,1	16,1	11,9	1,8	0,1	50,6	22,0	18,8	7,8	0,8
Altro personale sanitario	51,2	22,7	21,2	4,7	0,3	50,5	14,7	17,9	14,0	2,9
di cui: riabilitazione	57,2	23,1	17,0	2,5	0,1	51,0	16,5	18,3	12,8	1,4
Ruolo tecnico	47,7	25,6	19,7	6,3	0,6	37,0	18,2	24,5	17,0	3,3
di cui: operatori socio sanitari	57,2	23,6	14,5	4,2	0,4	44,0	18,9	21,6	13,2	2,3
Ruolo professionale	41,6	23,0	20,8	10,5	4,1	32,3	22,5	22,3	18,1	4,8
Ruolo amministrativo	46,4	25,2	21,2	6,5	0,7	33,5	17,4	26,5	19,2	3,4
Totale	55,7	20,9	18,3	4,7	0,4	46,2	18,1	19,7	12,9	3,1

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*, dati al 31 dicembre.

(1) Include il solo personale a tempo indeterminato delle ASL, delle Aziende ospedaliere, di quelle integrate con l'SSN e con l'Università, e degli IRCCS pubblici, anche costituiti in fondazione.

Strutture previste dal PNRR e stima del fabbisogno di personale
(unità)

VOCI	Numero strutture previste	Infermieri		Operatori socio sanitari e riabilitazione		Medici
		Minimo	Massimo	Minimo	Massimo	
Nord Ovest						
Ospedali di comunità	98	686	882	490	784	49
Centrali operative territoriali	160	640	960	–	–	–
Unità di continuità assistenziale	160	160	160	–	–	160
Case di comunità	301	2.107	3.311	982	1.885	–
di cui: assistenza domiciliare	–	1.204	1.806	80	80	–
Totale strutture	719	3.593	5.313	1.472	2.669	209
Altra assistenza territoriale (1)	–	1.739	1.739	–	–	–
Nord Est						
Ospedali di comunità	70	490	630	350	560	35
Centrali operative territoriali	116	464	696	–	–	–
Unità di continuità assistenziale	116	116	116	–	–	116
Case di comunità	218	1.526	2.398	718	1.372	–
di cui: assistenza domiciliare	–	872	1.308	65	65	–
Totale strutture	520	2.596	3.840	1.068	1.932	151
Altra assistenza territoriale (1)	–	1.285	1.285	–	–	–
Centro						
Ospedali di comunità	72	504	648	360	576	36
Centrali operative territoriali	120	480	720	–	–	–
Unità di continuità assistenziale	117	117	117	–	–	117
Case di comunità	223	1.561	2.453	729	1.398	–
di cui: assistenza domiciliare	–	892	1.338	61	61	–
Totale strutture	532	2.662	3.938	1.089	1.974	153
Altra assistenza territoriale (1)	–	1.238	1.238	–	–	–
Sud e Isole						
Ospedali di comunità	160	1.120	1.440	800	1.280	80
Centrali operative territoriali	204	816	1.224	–	–	–
Unità di continuità assistenziale	195	195	195	–	–	195
Case di comunità	608	4.256	6.688	1.919	3.743	–
di cui: assistenza domiciliare	–	2.432	3.648	95	95	–
Totale strutture	1.167	6.387	9.544	2.719	5.023	275
Altra assistenza territoriale (1)	–	132	132	–	–	–
Italia						
Ospedali di comunità	400	2.800	3.600	2.000	3.200	200
Centrali operative territoriali	600	2.400	3.600	–	–	–
Unità di continuità assistenziale	589	589	589	–	–	589
Case di comunità	1.350	9.450	14.850	4.348	8.398	–
di cui: assistenza domiciliare	–	5.400	8.100	301	301	–
Totale strutture	2.939	15.239	22.639	6.348	11.598	789
Altra assistenza territoriale (1)	–	4.394	4.394	–	–	0

Fonte: per la quantificazione delle unità di personale, cfr. nell'Appendice metodologica la voce: *Il fabbisogno di personale sanitario generato dal PNRR*

(1) Il personale infermieristico per questa voce è calcolato come differenza tra il target di un infermiere di famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti e il numero minimo di infermieri per struttura.

Tavola a.13

Fabbisogno per l'assistenza domiciliare integrata (unità)					
AREE	Target (1)	Presso le CdC (2)	Unità del distretto non occupate nelle strut- ture (3)	Fabbisogno (4)	Incremento del fabbisog- no tra il 2026 e il 2032 (5)
Infermieri di famiglia o comunità					
Nord ovest	3.715	1.204	1.739	772	401
Nord est	2.697	872	1.285	540	323
Centro	2.754	892	1.238	623	349
Sud e Isole	4.377	2.432	132	1.813	613
Italia	13.542	5.400	4.394	3.748	1.686
Fisioterapisti e addetti alla riabilitazione					
Nord ovest	825	–	–	825	93
Nord est	599	–	–	599	75
Centro	612	–	–	612	69
Sud e Isole	973	–	–	973	107
Italia	3.009	–	–	3.009	344

Fonte: nostre elaborazioni.

(1) Il target previsto per gli infermieri di famiglia o comunità è pari a 0,9 ogni 1.000 abitanti over 65, per i fisioterapisti della riabilitazione 0,2 ogni 1.000 abitanti over 65 – (2) Indica le unità di personale che all'interno delle case di comunità sono destinate all'assistenza domiciliare. (3) Comprende le unità di personale previste nell'ambito del distretto sanitario e non occupate nelle strutture sanitarie di assistenza territoriale – (4) Fabbisogno di personale per il raggiungimento del target. – (5) Indica il fabbisogno ulteriore che si genererebbe nel quinquennio 2026-2032 per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Tavola a.14

Posti banditi per l'accesso al corso di Formazione di Medicina Generale e numero di candidati (1)(2) (unità)									
AREE	2022			2023			2024		
	Posti	Candidati	Candidati - posti	Posti	Candidati	Candidati - posti	Posti	Candidati	Candidati - posti
Nord Est	559	745	186	522	583	61	568	449	-89
Nord Ovest	717	660	-57	648	502	-146	749	451	-298
Centro	582	760	178	599	679	80	569	449	-120
Sud e Isole	903	1.222	319	862	990	128	732	878	146
Totale	2.761	3.387	626	2.631	2.754	123	2.618	2.227	-391

Fonte: Indagine conoscitiva Camera dei deputati del 29 gennaio 2025.

(1) Numero dei contratti finanziati da risorse statali, regionali e del PNRR. Sono esclusi i posti senza borse banditi ai sensi dell'art. 18 del DL 35/2019. – (2) I candidati per gli anni 2022 e 2023 sono quelli ammessi mentre per il 2024 sono quelli partecipanti.

Laureati in Medicina e chirurgia e borse di Formazione in Medicina Generale e medico specialistiche
(unità)

Anni	Numero di laureati	Borse di formazione per medici specialisti (1)	Imbuto formativo per la formazione specialistica (2)	Borse di formazione in Medicina Generale (4)	Imbuto formativo complessivo (3)
2008	6.796	5.000	1.796		
2009	6.645	5.000	1.645		
2010	6.636	5.500	1.136		
2011	6.638	5.500	1.138		
2012	6.776	5.500	1.276	981	295
2013	6.875	5.500	1.375	924	451
2014	7.078	5.500	1.578	990	588
2015	7.521	6.500	1.021	1.002	19
2016	8.088	6.725	1.363	932	431
2017	9.262	6.676	2.586	1.075	1.511
2018	10.188	6.813	3.375	2.093	1.282
2019	10.512	8.756	1.756	2.453	-697
2020	11.215	14.455	-3.240	2.016	-5.256
2021	10.856	18.397	-7.541	4.332	-11.873
2022	9.978	14.025	-4.047	3.675	-7.722
2023	9.757	15.701	-5.944	2.631	-8.575
2024	10.198 (5)	15.256 (6)	-5.058	2.623	-7.681

Fonte: MUR; Anvur per la stima del numero di laureati nel 2024.

(1) Contratti per la formazione medica specialistica finanziati da risorse statali, regionali e del PNRR – (2) Differenza tra il numero di laureati in medicina generale e i contratti di formazione medico specialistica banditi. – (3) Contratti per la formazione medica specialistica finanziati da risorse statali, regionali, del PNRR e di soggetti privati – (4) Ricomprende i posti senza borse banditi ai sensi dell'art. 18 del DL 35/2019. – (5) Dato stimato da Anvur. – (6) Nel 2024, secondo quanto contenuto dell'ultimo DM (18 settembre 2024, n.1589), risultano al momento erogate 15.256 borse, di cui 14.576 da parte dello Stato e 642 finanziate dalle Regioni; il dato delle Regioni è tuttavia sottostimato a seguito dalla mancata comunicazione al Ministero dei dati da parte di numerosi grandi Atenei.

Copertura dei principali contratti di specializzazione medica (1)
(unità e valori percentuali)

Discipline	Numero contratti 2023	Percentuale di copertura				
		2019	2020	2021	2022	2023
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore	1.562	90,4	75,7	77,5	48,1	65,7
Medicina d'emergenza - urgenza	1.019	79,1	36,6	39,1	25,1	25,1
Medicina interna	835	86,1	79	87,3	58,4	75,7
Chirurgia generale	715	86,5	75,4	70,4	38,7	46,8
Igiene e medicina preventiva	565	80,2	84,9	81,2	46,2	57,1
Geriatria	399	88,4	80,9	81,9	50,5	69,6
Nefrologia	351	86,2	76,7	73,8	43,6	42,3
Patologia clinica e biochimica clinica	309	58	27,3	29,3	14,2	11,1
Malattie infettive e tropicali	253	87,6	75,6	66,1	42,6	59,8
Anatomia patologica	187	78,5	52,1	41,6	28,8	44,9
Medicina e cure palliative	170	....	....	34,8	28,9	18,6
Radioterapia	170	64,8	36,8	24,5	10,7	12
Farmacologia e tossicologia clinica	119	51,8	37,8	32,7	8,2	14,8
Medicina di comunità e delle cure primarie	119	79,7	62,8	20,3	10,1	15,1
Microbiologia e virologia	117	52,5	23,4	14	10,3	8
Totale	14.576 (2)	87,6	79,4	80,0	64,7	71,0

Fonte: Decreti MUR e Banca dati MUR-Cineca SSM per gli anni 2019-22; Indagine alla Camera dei deputati del 29 gennaio 2025 per il 2023.

(1) I dati dal 2019 al 2022 fanno riferimento al complesso dei contratti offerti; i dati del 2023 comprendono solo i contratti finanziati dallo Stato (circa il 90 per cento del totale). – (2) Numero complessivo di contratti.