



# L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ



# L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ

PRESENTA

## Proposta N° 2

Programmare adeguatamente il numero e retribuire in rapporto al costo della vita gli operatori sanitari, ricompensandoli ed incentivandoli alla professione.

**9 Febbraio 2022**

dalle 9.30 alle 13.30

**Roma**

**Hotel Nazionale, Sala Capranichetta**

Piazza di Monte Citorio, 125



Durante l'evento sono stati esacerbati i punti dolenti che hanno portato oggi alla crisi della carenza di medici e personale infermieristico e gli aspetti politici, amministrativi e burocratici che ne impediscono la risoluzione.

Stipendio inadeguato, poche possibilità di carriera e condizioni di lavoro che inficiano negativamente sulla qualità della vita sono le principali motivazioni che spingono i giovani lontano dalla carriera medica e infermieristica (soprattutto quella ospedaliera).

Questa rottura tra domanda e offerta però non è nata da un giorno all'altro ma si è sviluppata nel corso degli ultimi decenni attraverso i danni causati da tagli trasversali alla sanità (protratti da ogni singolo governo) e la staticità dell'offerta di lavoro da parte del SSN rispetto al mondo del lavoro che invece si è evoluto moltissimo negli ultimi anni.

Il governo centrale e le amministrazioni regionali affrontano il problema attraverso tanti piccoli, e spesso inutili, interventi periferici senza mai affrontare in maniera diretta le problematiche sociali, burocratiche e di inserimento nel mondo del lavoro che rappresentano una barriera tra giovani e mondo del lavoro in sanità.



## INDICE

**Introduzione di scenario – pag. 5**

**I dati sulla numerosità degli operatori sanitari nei vari paesi europei in rapporto alla tipologia dei rispettivi SSN – pag. 6**

**Differenze di numerosità degli operatori sanitari nelle regioni italiane e offerta dei servizi socio sanitari – pag. 15**

**PNRR e sovraffollamento dei dipartimenti di urgenza ed emergenza – pag. 20**

**Welfare aziendale e benessere organizzativo – pag. 21**

**Il benessere aziendale e la soddisfazione delle professioniste e dei professionisti del SSN – pag. 24**

**Come la tecnologia irrompe nella programmazione degli operatori della salute – pag. 26**

**Il tema della salute mentale – pag. 28**





## INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il SSN e i SSR sono sistemi complessi e non lineari. Contestualizzare i problemi, agire e monitorare modificando le azioni sono il segreto per una gestione basata sulla spinta gentile e non solo sulla programmazione libera ed il controllo essendo i sistemi complessi non ordinati.

La risposta alle giuste proteste degli operatori sanitari per ciò che concerne le necessità complessive deve tenere conto delle interazioni tra i vari stakeholder per cui la retribuzione e le soluzioni semplici delle rappresentanze sociali ed istituzionali sono importanti ma non completamente rispondenti alle dinamiche dei sistemi complessi.

Ad esempio bisogna monetizzare di più gli operatori delle urgenze/emergenze, ma i patologi, la cui iscrizione alle scuole di specialità è in profonda crisi, sono altrettanto necessario se non più necessari all'espletamento delle altre attività sanitarie. Oppure gli stanziamenti del PNRR per la medicina territoriale e gli ospedali, in primis i PS/DEA e la tecnologia quanto possono incidere sulla soddisfazione ed il benessere degli operatori?

L'osservatorio dell'innovazione di Motore Sanità affronta il secondo tema del decalogo presentato, per offrire idee razionali e sostenibili al problema degli operatori, al rapporto dei medesimi con le istituzioni e la politica, convinti che solo con la partecipazione attiva di tutti gli attori del sistema interdipendenti tra loro permetta l'individuazione di azioni che possano dare risposte alle problematiche in essere.



## I DATI SULLA NUMEROSITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI NEI VARI PAESI EUROPEI IN RAPPORTO ALLA TIPOLOGIA DEI RISPETTIVI SSN

Da anni il SSN è carente di personale ma, anche esacerbato dalla pandemia, sembra che il sistema abbia raggiunto il punto di massima gravità, culminato il 10 gennaio con un appello lanciato da tutte le regioni.

- Le carenze di personale hanno raggiunto un livello di criticità insostenibile e trasversale;
- Questa situazione è destinata a peggiorare nei prossimi anni per effetto del personale che andrà in quiescenza;
- È preoccupante una pericolosa disaffezione o “crisi di vocazione” che sta vivendo il personale.

Dunque risulta indifferibile programmare rapidamente un intento straordinario e strategico in grado di proporre soluzioni prontamente attuabili.

### Qual è la situazione dell'Italia rispetto agli altri paesi europei?

**Tabella n.1. Numero di medici e infermieri per 1000 abitanti, differenza tra Italia e media europea.**

	Italia	Media Europea	Differenza tra Italia e media europea
Numero di medici per 1000 abitanti	4,0	3,8	+0,2
Numero di infermieri per 1000 abitanti	6,2	8,8	-2,6

Fonte dati OECD 2020



Relativamente ai medici:

- L'Italia, con 4 medici ogni 1'000 abitanti (contro i 3,17 della Francia e i 3,03 del Regno Unito) si colloca in una posizione intermedia, inferiore però alla Spagna (4,58) e alla Germania (4,47);

Relativamente agli infermieri:

- L'Italia, con 6,2 infermieri ogni 1'000 abitanti, si colloca molto al di sotto della media Europea
- (Francia 11, Germania 13, Regno Unito 8,2 infermieri ogni 1'000 abitanti).

### **Focus sulla situazione dei medici in Italia**

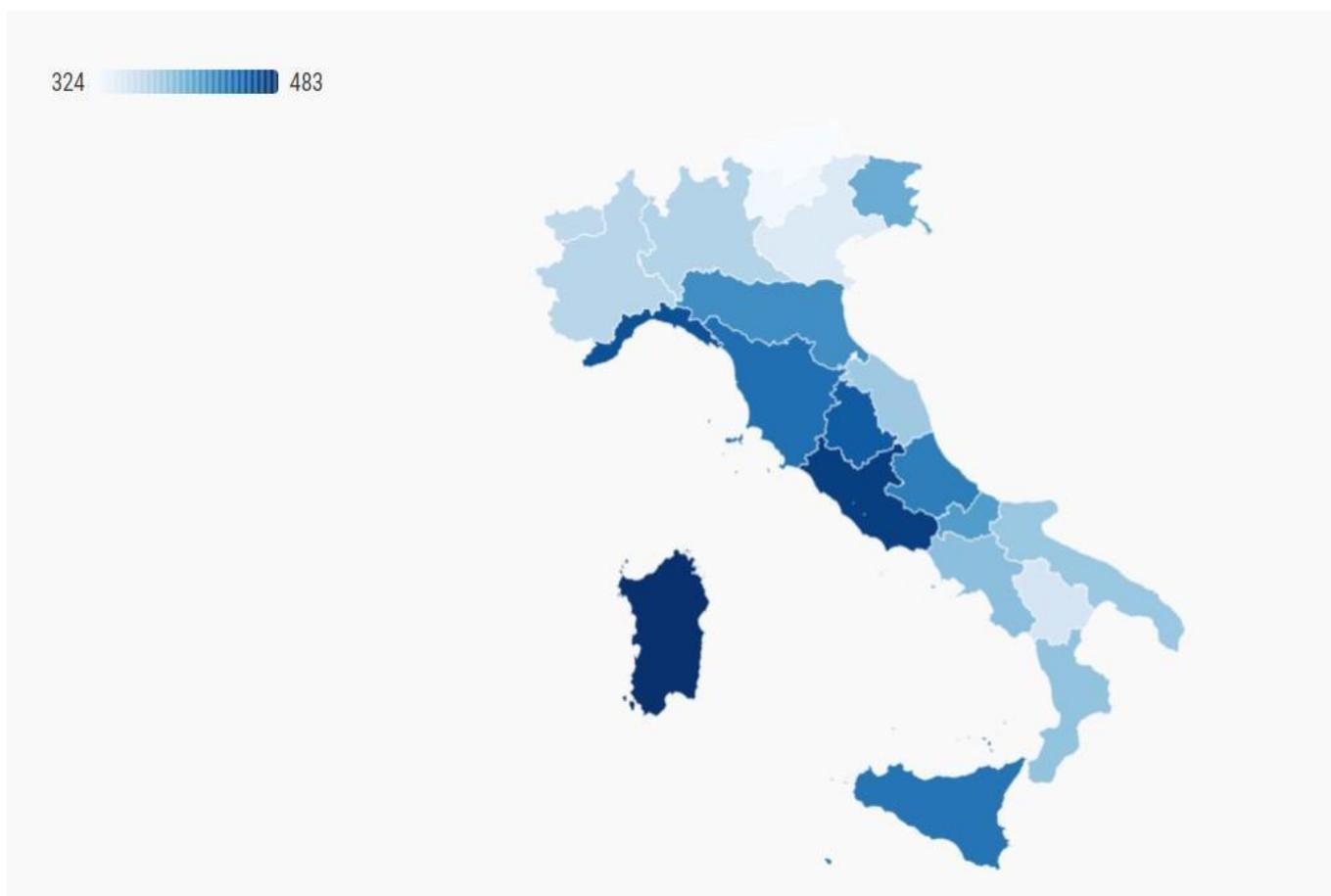
- In Italia, il 50% dei medici ha un'età superiore a 55 anni per effetto del blocco delle assunzioni e anche per il fatto che molti medici sono oggi arrivati alla quiescenza;
- Agenas calcola 29'000 unità in uscita nel periodo 2022/2027;
- Anaa Assomed calcola 25'000 unità in uscita per il periodo 2023/2027;
- A questo dato si aggiungono 10'000 dimissioni anticipate volontarie (la cosiddetta "Great Resignation");
- Quindi, dopo i grandi errori della programmazione 2010-2018, si prospetta un totale di 35'000 uscite nel quinquennio 2023/27;
- Su 35'000 uscite, la possibilità di sostituzione nel SSN oscilla tra 27'500 e 36'500, un dato non rassicurante, soprattutto tenendo conto che gli effetti di tali incrementi saranno apprezzabili tra 5/6 anni.



## Disponibilità dei medici nelle diverse regioni italiane

L'oscillazione nelle 20 regioni va da un minimo di 324 ad un massimo di 483 medici ogni 100'000 abitanti:

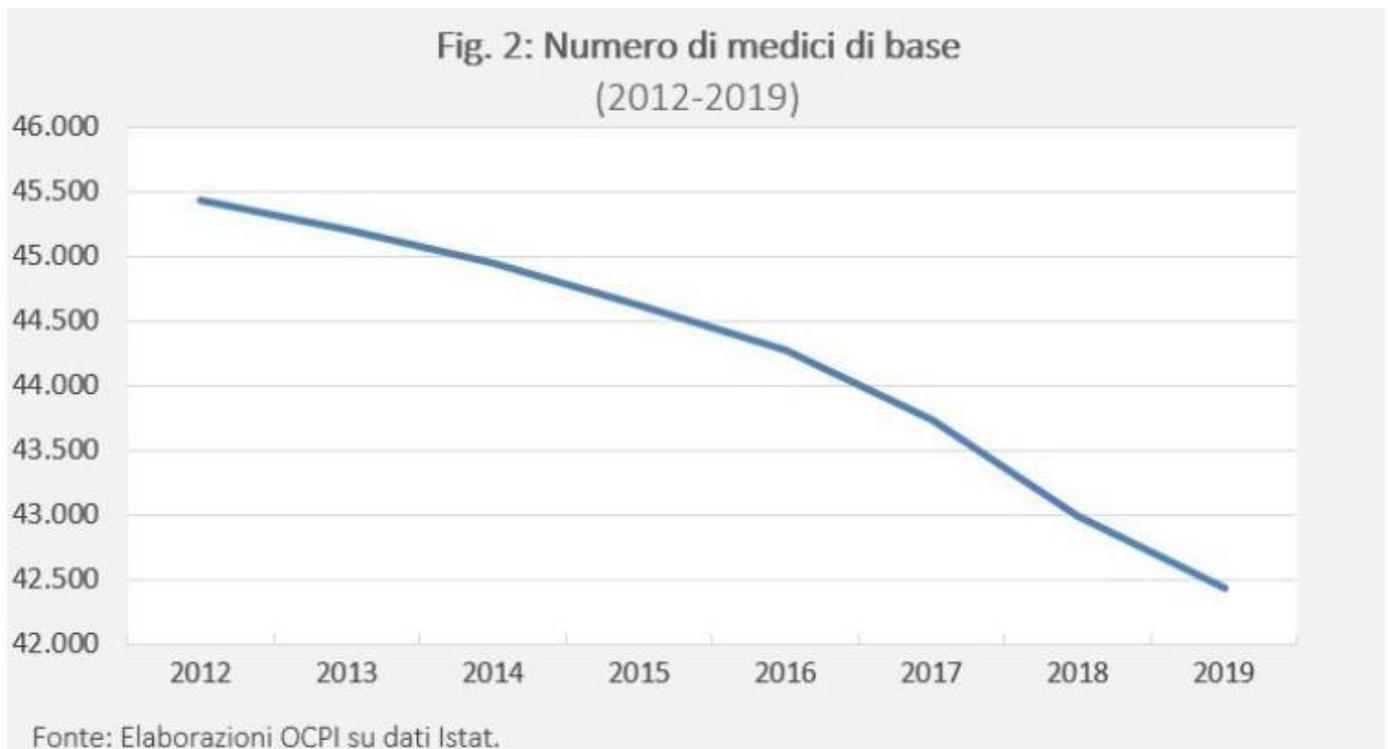
- Da 460 a 483 medici: Sardegna, Lazio, Liguria;
- Da 425 a 460 medici: Emilia-Romagna, Abruzzo, Toscana, Umbria, Sicilia;
- Da 400 a 360: Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Molise, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Campania, Puglia, Calabria;
- Da 345 a 351: Basilicata, Veneto;
- 324 medici: provincia autonoma di Trento.





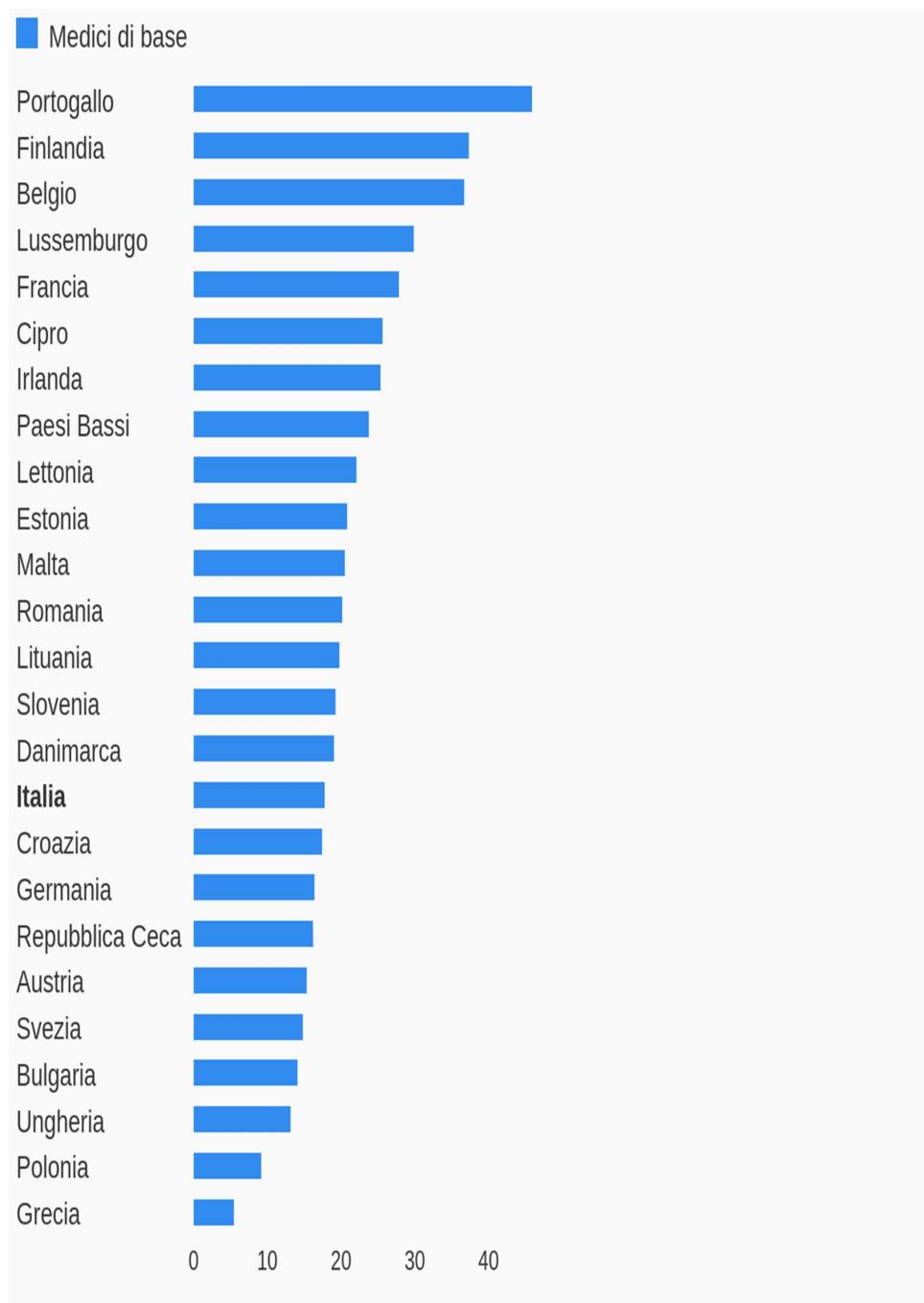
Invece, per quanto riguarda i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta:

- Dal 2019 al 2021, il numero di MMG si è ridotto di 2'178 unità, passando da 42'428 a 40'250;
- Quello dei PLS è passato da 7'408 a 7'022, riducendosi di 386 unità.





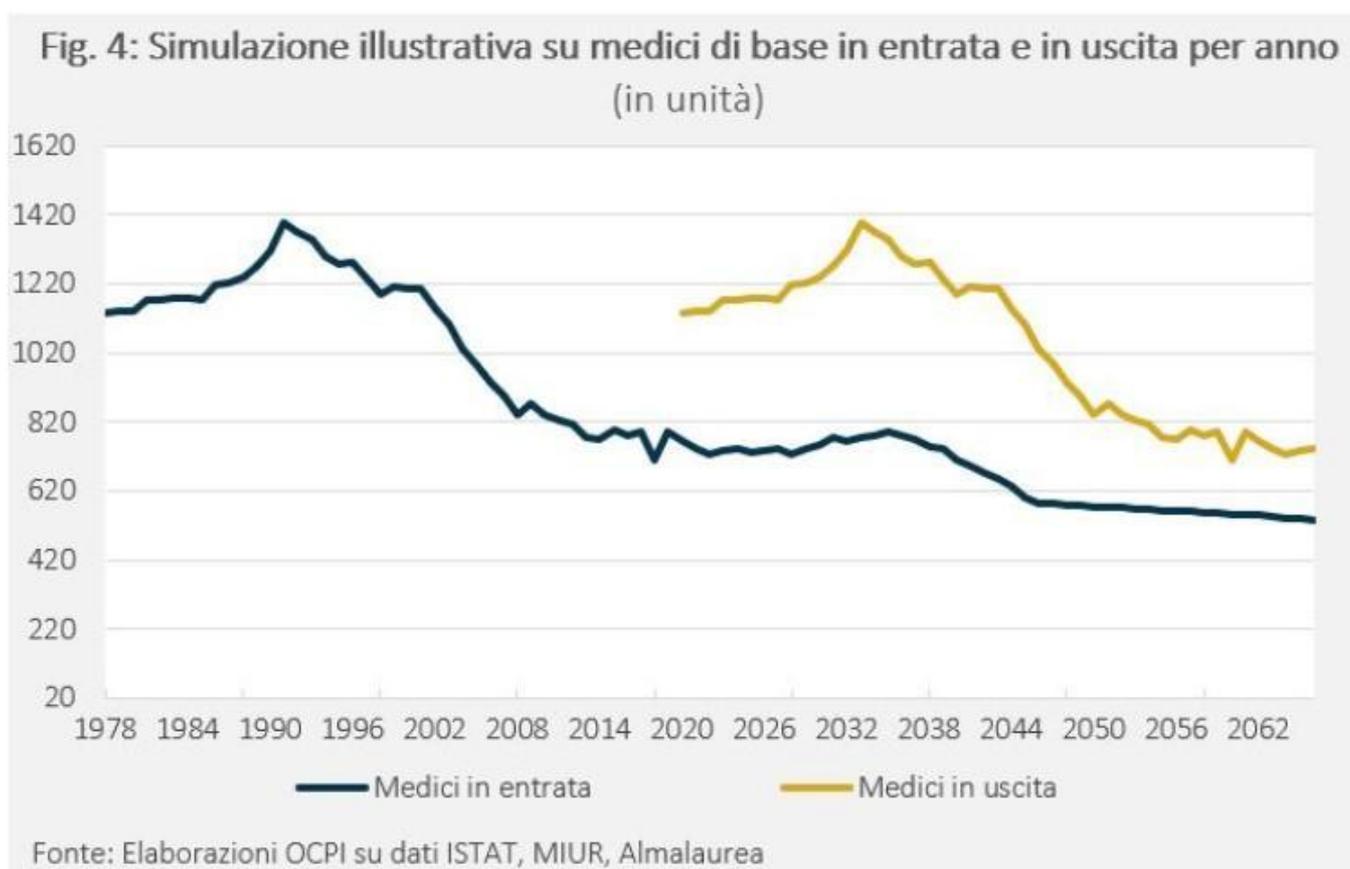
L'Italia, con 1408 abitanti per medico di base nel 2019, si attesta leggermente al di sotto della media Europea di 1430 abitanti per MMG, influenzata negativamente dai paesi dell'Est Europa che presentano un alto numero di abitanti in rapporto a MMG.





Nei prossimi 7 anni, il numero di medici di base che andrà in pensione sarà superiore a quello in entrata:

- Dal 2022 al 2028 si perderanno dai 9'200 ai 12'400 medici di base
- Entro Febbraio 2023 dovrà essere fatta la pubblicazione dei bandi regionali 2023/2024 per il corso di formazione in Medicina Generale



Esiste inoltre una forte disparità regionale per quanto riguarda il numero di assistiti per medico di medicina generale.

**Figura n. 4. Media numero di assistiti per medico di medicina generale.**



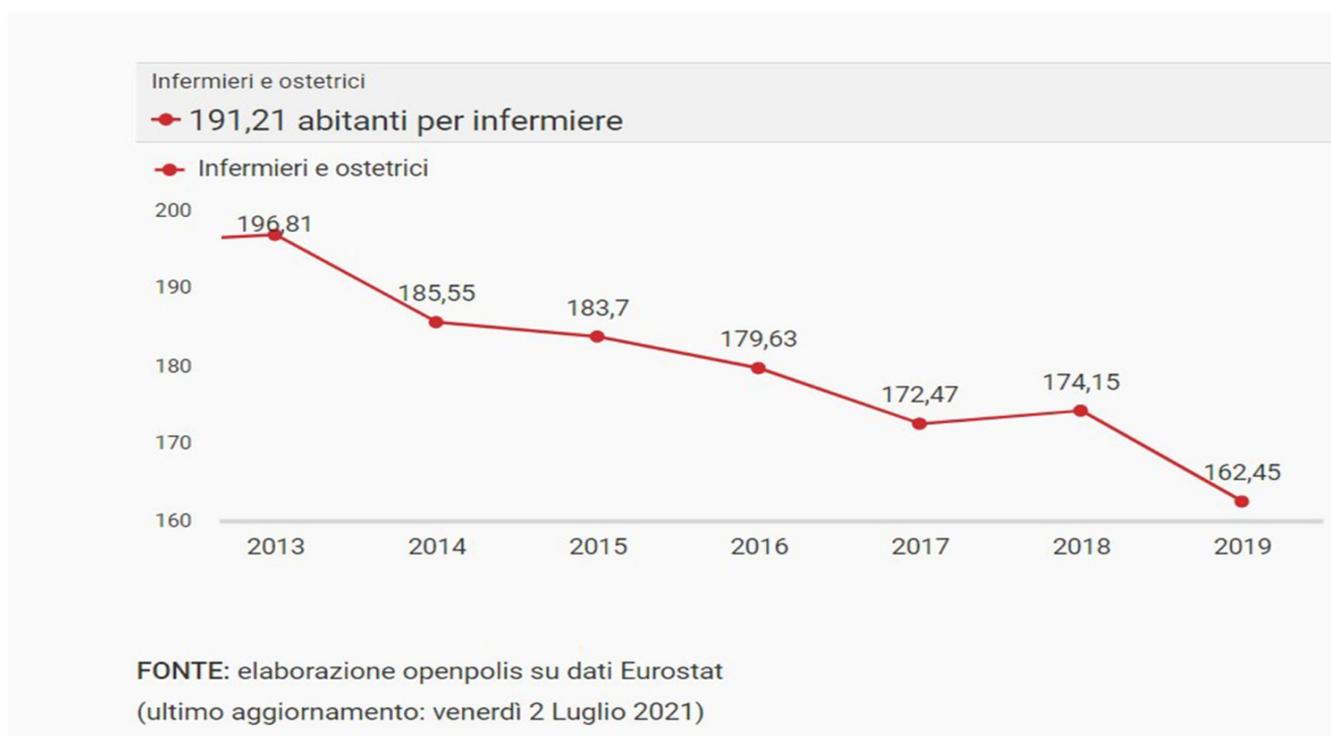
Fonte: Elaborazioni OCPI su dati Ministero della salute e Eurostat, 2019.



## Disponibilità degli infermieri in Italia e in Europa

Confrontando le differenze tra i sistemi sanitari dei vari paesi, la Corte dei Conti stima (NADEF, novembre 2022) che manchino in Italia 65'000 infermieri tra territorio ed ospedale. Solo il decreto 77 del 2022 sulla riorganizzazione del territorio, per essere operativo, richiede circa 20'000 infermieri di famiglia e di comunità che non ci sono.

Andamento negli anni del numero di abitanti per infermieri in Italia:





La carenza di infermieri in è ancora più marcata confrontando i numeri italiani con altri paesi EU come la Germania. In Germania si registra 1 infermiere per 71 abitanti, mentre in Italia meno della metà: 1 infermiere per 162 abitanti



Inoltre, come per i medici anche per gli infermieri ci sono forti disparità regionali, infatti, secondo FNOPI mancano:

- 27'000 infermieri al Nord;
- 13'000 infermieri al Centro;
- 24'000 infermieri al Sud.

## Considerazioni finali

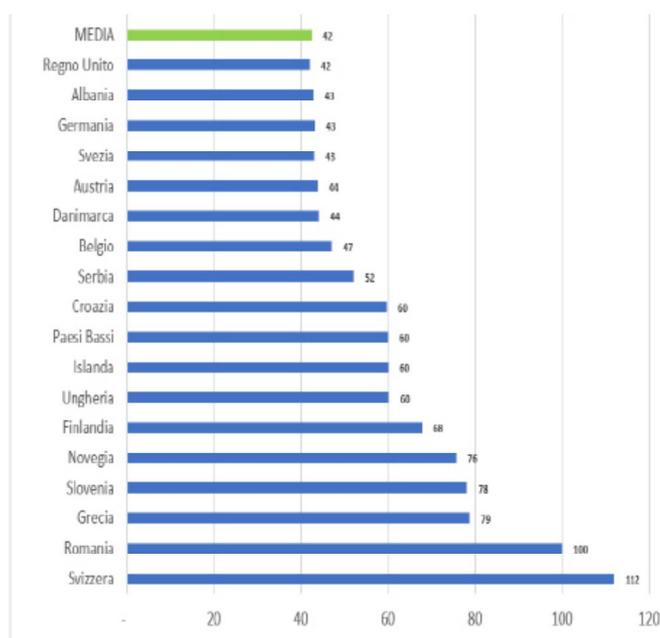
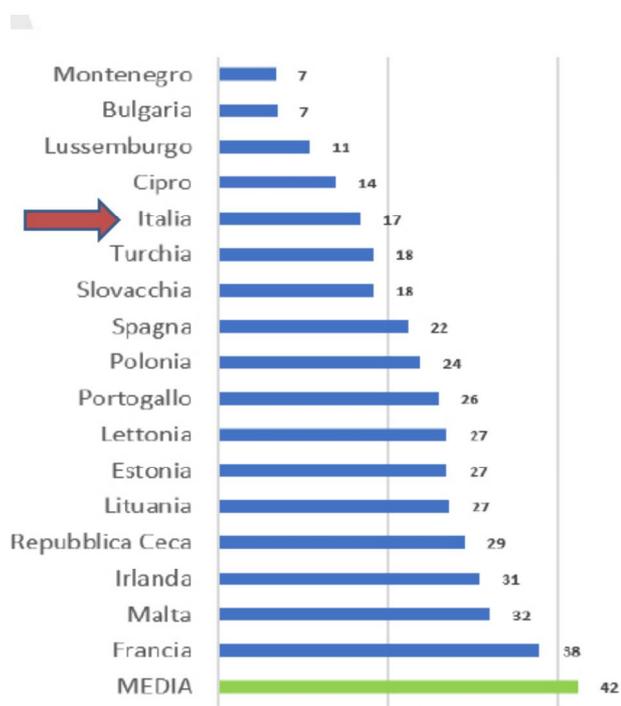
I dati che abbiamo mostrato sul personale del SSN sono essenziali per sviluppare un ragionamento razionale, che porti a conseguenti decisioni di governo. Come abbiamo detto, i numeri vanno interpretati e da soli non bastano a formare una politica per il personale della sanità.

Infatti, per dare risposte ai cittadini c'è bisogno di cambiamenti profondi nell'organizzazione del SSN, che includano l'elaborazione di sistemi di incentivi per il personale, rendendo attrattive certe figure professionali in campo sanitario, sia sotto l'aspetto del riconoscimento economico, sia sotto l'aspetto sociale e, non ultimo, garantendo il benessere aziendale.



## DIFFERENZE DI NUMEROSITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI NELLE REGIONI ITALIANE E OFFERTA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Uno dei dati che rappresentano il problema della carenza del personale infermieristico in Italia è il numero di laureati in questa disciplina.



Fonte: EUROSTAT 2023 - Infermieri laureati per 100.000 ab



Soltanto 17 lauree ogni 100 mila abitanti mettono l'Italia sotto paesi meno sviluppati come Turchia e Slovacchia. La media UE è di 42.

Questi dati indicano il primo grande problema: l'attrattività della professione. Un tema fondamentale e che non potrà essere messo da parte se si vogliono trovare soluzioni sul medio-lungo periodo.

La forte diversità regionali in termini di programmazione di acquisizione del personale infermieristico ha esacerbato ancora di più la problematica.

Gli infermieri dipendenti per Regione: anni 2009, 2019, 2020 - Differenze e infermieri per 100.000 abitanti 2020						
Regioni	Anni			Differenza 2019/2009	Differenza 2020/2009	Infermieri 2020 per 100.000 abitanti
	2009	2019	2020			
ABRUZZO	6.255	5.776	5.769	-479	-486	453
BASILICATA	3.051	2.867	2.764	-184	-287	512
CALABRIA	8.389	7.071	7.058	-1.318	-1.331	383
CAMPANIA	21.258	17.637	18.610	-3.621	-2.648	333
EMILIA ROMAGNA	25.221	26.548	28.075	1.327	2.854	633
FRIULI VENEZIA GIULIA	8.089	7.716	8.279	-373	190	691
LAZIO	22.469	19.798	22.430	-2.671	-39	392
LIGURIA	10.756	10.110	10.075	-646	-681	668
LOMBARDIA	38.834	39.161	39.597	327	763	397
MARCHE	8.479	8.230	8.076	-249	-403	542
MOLISE	1.557	1.346	1.402	-211	-155	482
PIEMONTE	22.111	22.116	22.408	5	297	527
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	2.995	3.407	3.382	412	387	631
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	2.824	3.175	3.124	351	300	576
PUGLIA	15.875	15.757	15.749	-118	-126	403
SARDEGNA	8.431	8.422	8.127	-9	-304	515
SICILIA	17.963	17.779	17.509	-184	-454	365
TOSCANA	21.727	21.094	23.039	-633	1.312	627
UMBRIA	4.731	4.683	4.915	-48	184	572
VALLE D'AOSTA	663	669	710	6	47	576
VENETO	24.992	24.911	26.073	-81	1.081	537
ITALIA	276.670	268.273	277.171	-8.397	501	470

*Nota: nel calcolo per 100.000 abitanti sono in rosso le Regioni al di sotto della media e in verde quelle al di sopra*

*Fonte: elaborazione FNOPI su dati Conto annuale, Ragioneria generale dello stato (anni 2009, 2019, 2020) e ISTAT, popolazione residente nelle Regioni.*

Negli ultimi dieci anni soltanto il 30% dei SSR ha applicato una politica di assunzione coerente con l'aumento della domanda di domanda sanitaria.



## Necessità per il futuro

Il sistema già oggi soffre una carenza del personale infermieristico, ma la creazione attraverso il PNRR di migliaia di nuove strutture territoriali, in cui dovranno lavorare decine di migliaia di infermieri richiede azioni immediate da parte delle istituzioni politiche.

### Differenze di numerosità degli operatori sanitari nelle regioni italiane e offerta dei servizi socio sanitari

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 (cfr. OASI 2021)	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab.)	177 (cfr. OASI 2021)	1.023	9 infermieri per OSCO: <b>9.207</b>
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: <b>2.710</b>
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	<b>20.000</b>
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)	Copertura 6% over65 con 12h/anno (Annuario stat. 2019 Minsal), corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
(*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», <a href="http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3568868.pdf">http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3568868.pdf</a>			<b>101.943</b>
*SDA BOCCONI, Bologna 2021			

- Per alimentare l'attività delle nuove (o potenziate) strutture territoriali servono tra i 40mila ed i 100mila infermieri.
- Per raggiungere lo standard dei Paesi UE maggiori, sarebbero necessari quasi 224mila infermieri, che diventerebbero oltre 320mila usando come riferimento la popolazione over 75 (quella più bisognosa di assistenza).
- Difficile compensare il deficit di infermieri neolaureati attraendo personale dall'estero. Sul totale del personale infermieristico, al 2019 solamente il 4,8% della forza lavoro è formata all'estero (Il Regno Unito e la Germania riescono ad attrarre rispettivamente il 15.4% ed l'8.9% del personale formato all'estero).

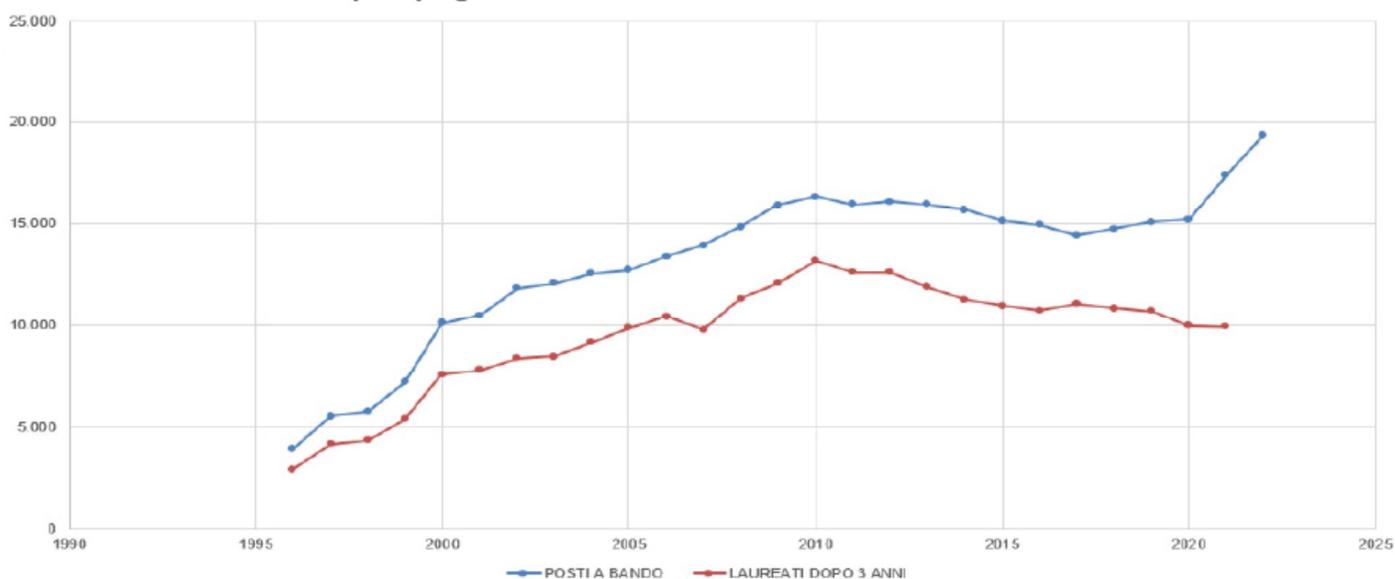


## Aumentare i posti nei corsi di laurea non serve

Negli ultimi anni una delle soluzioni identificate per far fronte alla carenza del personale infermieristico è stato l'aumento dei posti disponibili per i corsi di laurea.

Questa mossa però non venendo accompagnata da una riorganizzazione del lavoro e da un miglioramento della qualità del lavoro ha portato ad una diminuzione dei laureati.

Trend posti programmati e numero di laureati effettivi a tre anni di distanza





Nel 2021 i posti sono stati addirittura 17mila ma si sono laureati solo il 57% (9.900).

Questo dato deve far riflettere i decisori sulla necessità di un approccio sistemico che comprenda:

- Maggiore attrattività nel lavoro
- Miglioramento della qualità della vita dei lavoratori
- Garantire una continuità tra la programmazione universitaria e la programmazione delle assunzioni nelle regioni.
- Migliorare la remunerazione del lavoro
  - La remunerazione degli infermieri italiani è una delle più basse se confrontata con i Paesi del gruppo OECD-34: nel 2019, la remunerazione media in dollari a parità di potere di acquisto dei Paesi OECD valeva 48.100.0 dollari, il 23% in più del valore italiano (39.000 dollari)



## PNRR E SOVRAFFOLLAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI URGENZA ED EMERGENZA

Molto spesso si minimizza il problema della situazione attuale nei dipartimenti di urgenza ed emergenza ad un mero fattore economico e di mancanza di risorse umane. Per quanto la mancanza di risorse e di personale pesa negativamente sul sistema il problema è principalmente legato a quello che negli anni è diventato il ruolo dei professionisti e delle strutture dell'urgenza ed emergenza rispetto al panorama generale del SSN.

Il primo intervento da parte del SSN nei confronti dei cittadini deve essere approntato in pronto soccorso, quest'ultimo diventa quindi depositario di gran parte dei problemi di tutto il sistema; per riuscire quindi ad intervenire efficacemente per migliorare il sistema di urgenza ed emergenza è necessario affrontare le problematiche di tutto il sistema sanitario (ospedali, territorio, prevenzione, etc.).





## WELFARE AZIENDALE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

Il welfare aziendale è l'insieme di iniziative, beni e servizi che l'azienda può mettere a disposizione dei propri dipendenti, per aumentare il loro benessere e favorire la conciliazione tra vita privata e professionale.

All'interno delle politiche di welfare rientrano i Flexible Benefit: un importo erogato dall'azienda spendibile in beni e servizi defiscalizzati.

10 buoni motivi per scegliere il welfare per la tua azienda:

- Azienda
  - Contiene il costo del lavoro
  - Incrementa la produttività
  - Premia le performance
  - Attrae nuovi talenti e riduce il turn over
  - Sostiene il reddito dei lavoratori
  
- Dipendente
  - Aumenta il potere di acquisto
  - Favorisce il work life balance
  - Offre vantaggi fiscali
  - Rafforza la relazione con l'azienda
  - Migliora la qualità della vita



## I vantaggi fiscali:

- A fronte di un'erogazione di 1'000 € di welfare On Top o con conversione Premio di Risultato (PDR), l'azienda risparmia mentre il potere d'acquisto del dipendente aumenta.
- Premio ON TOP: l'azienda stanziava liberamente e senza alcun obbligo un credito welfare
- Conversione del Premio di risultato: l'azienda rinegozia il premio di produttività o aggiunge nuovi obiettivi e fonti di premialità proponendo beni e servizi di welfare

## I vantaggi fiscali

A fronte di un'erogazione di 1000€ di welfare On Top o con conversione Premio di Risultato (PDR) l'azienda risparmia mentre il potere d'acquisto del dipendente aumenta.

- **Premio ON TOP:** l'azienda stanziava liberamente e senza alcun obbligo un credito welfare
- **Conversione del Premio di risultato:** l'azienda rinegozia il premio di produttività o aggiunge nuovi obiettivi e fonti di premialità proponendo beni e servizi di welfare





Nella sanità il welfare aziendale è risibile.

## Tavola 1

La spesa per il benessere del personale<sup>(1)</sup> nella pubblica amministrazione  
Anno 2013

Comparto	Importo	Occupati <sup>(2)</sup>	Beneficio pro-capite medio
Autorita' Indipendenti	3.563.653	1.773	2.010
Carriera Penitenziaria	5.318	363	15
Corpi di Polizia	6.697.920	314.505	21
Enti art. 70, comma 4, D.165/01	821.014	1.296	633
Enti di Ricerca	10.208.466	20.482	498
Enti Pubblici Non Economici	26.486.923	46.133	574
Forze Armate	7.812.488	185.086	42
Magistratura	226.794	10.352	22
Ministeri	18.876.744	153.331	123
Presidenza Consiglio Ministri	91.268	2.338	39
Regioni a Statuto Speciale	2.533.103	85.847	30
Regioni ed Autonomie Locali	13.297.197	465.321	29
Scuola	2.508.517	969.854	3
Servizio Sanitario Nazionale	1.382.844	646.305	2
Universita'	6.035.268	50.347	120
Vigili del Fuoco	1.745.258	31.643	55

Fonte: Elaborazioni Aran su dati della Ragioneria generale dello Stato - Conto annuale 2013

<sup>(1)</sup> Sono indicate le spese per il benessere del personale, quali contributi per spese sanitarie, profesi, sussidi, rimborsi della tassa di iscrizione ad albi professionali, rimborsi rette asili nido, rimborsi per gli abbonamenti al trasporto pubblico, ecc.

<sup>(2)</sup> Dirigenti e personale non dirigente.



## IL BENESSERE AZIENDALE E LA SODDISFAZIONE DELLE PROFESSIONISTE E DEI PROFESSIONISTI DEL SSN

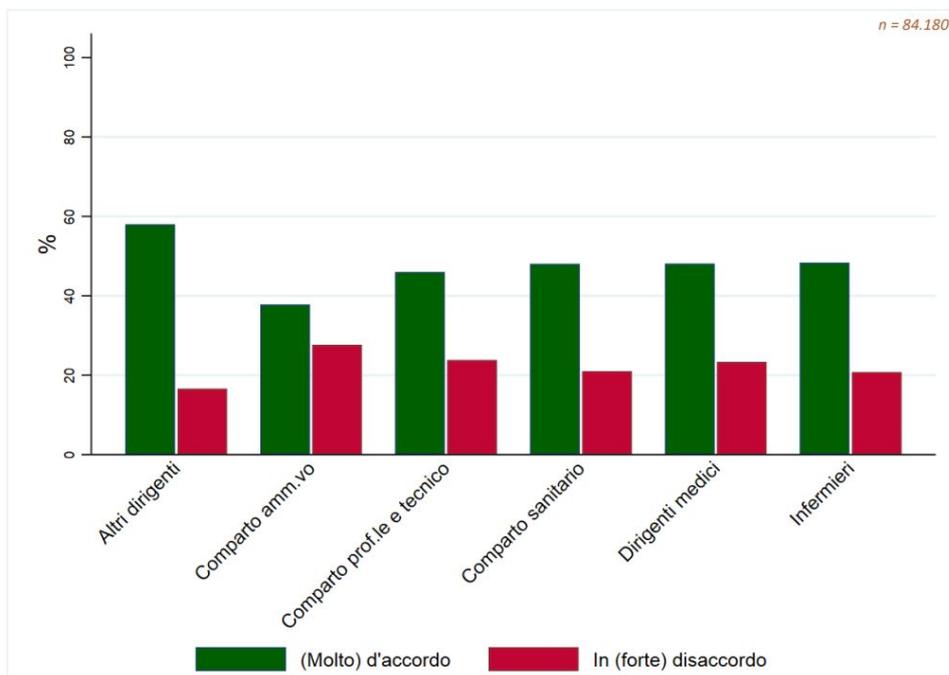
Ascoltare la voce dei professionisti e delle professioniste della sanità è fondamentale per comprendere i punti dolenti della professione. Riuscire a comprendere le necessità dei lavoratori è di grande importanza anche per garantire il corretto funzionamento della macchina organizzativa, perché come evidenziato da uno studio (Pubblicato sull'Harvard Business Review) le organizzazioni altamente impegnate con i dipendenti hanno il doppio del tasso di successo delle organizzazioni meno impegnate.

Inoltre:

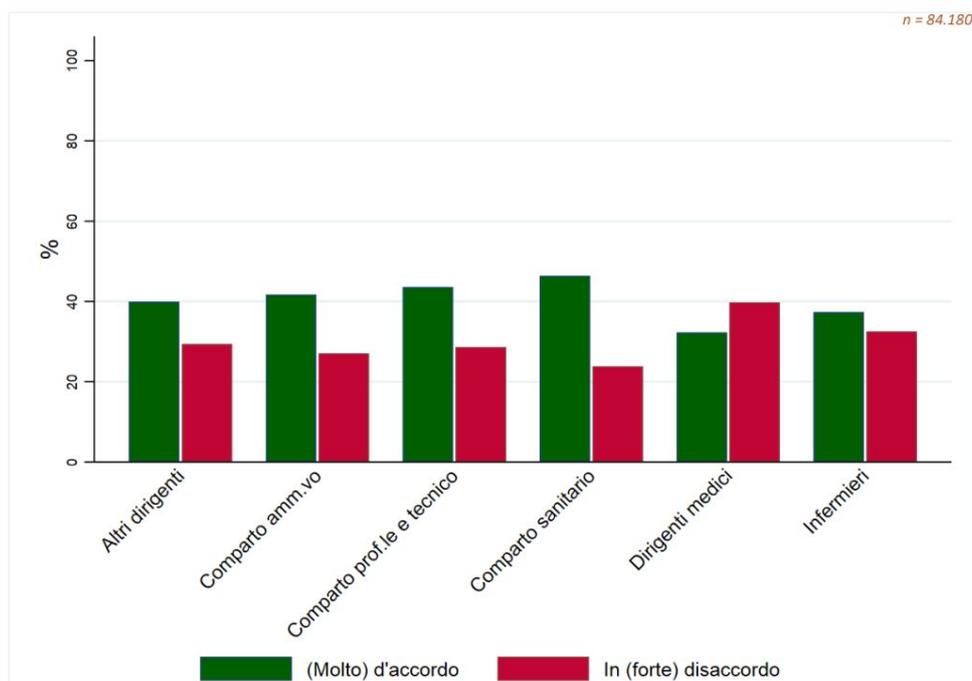
- 48% in meno di incidenti legati alla sicurezza;
- 41% in meno di incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti;
- 51% in meno di incidenti di qualità (difetti)

In Italia è stata condotta un'indagine sul clima organizzativo ed ha riscontrato tassi di partecipazione molto elevati, sottolineando la necessità da parte degli operatori di essere ascoltati. I risultati però hanno dipinto un quadro piuttosto allarmante.

Alla domanda "mi sento personalmente realizzato nel mio lavoro" c'è stato un tasso medio del 20% che non si sentono realizzati.



Parlando di ritmi di lavoro la situazione è anche peggiore. Alla domanda “posso svolgere la mia professione a ritmi sostenibili” hanno risposto:





## COME LA TECNOLOGIA IRROMPE NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLA SALUTE

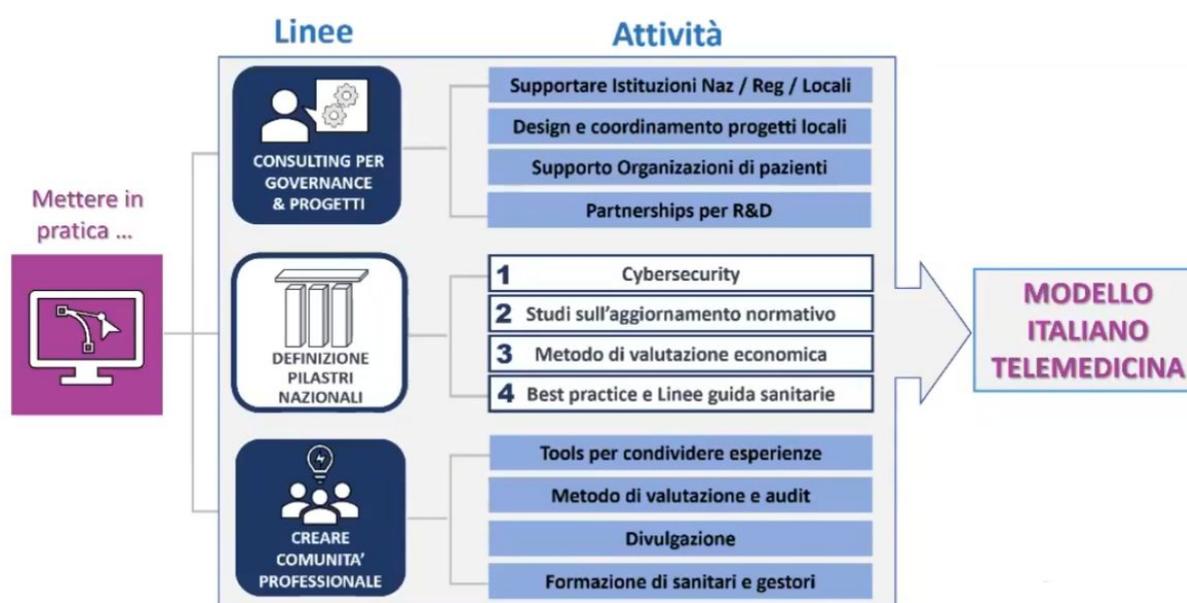
La tecnologia costringe i decisori sanitari ed i programmatori politici a rivedere i processi di lavoro ormai strutturati da anni all'interno della sanità.

Questo perché l'acquisizione da parte delle strutture sanitarie di nuove tecnologie non si trasforma automaticamente in un miglioramento delle prestazioni, ma è necessario lavorare sui processi di lavoro per riuscire ad innestare le nuove tecnologie all'interno di un apparato lavorativo già funzionante.

Serve quindi creare un sistema organizzato dentro il quale si garantisca l'uso appropriato delle tecnologie digitali. Inoltre il cambiamento legato alla tecnologia è evolutivo nel tempo, cioè non si fa una volta sola ma vanno fatti una serie di cambiamenti nel corso del tempo.

### Il ruolo dell'ISS

Per garantire dei modelli organizzativi, efficienti ed uguali sul territorio, l'Istituto Superiore di Sanità ha creato il centro nazionale di telemedicina e nuova tecnologie sanitarie.

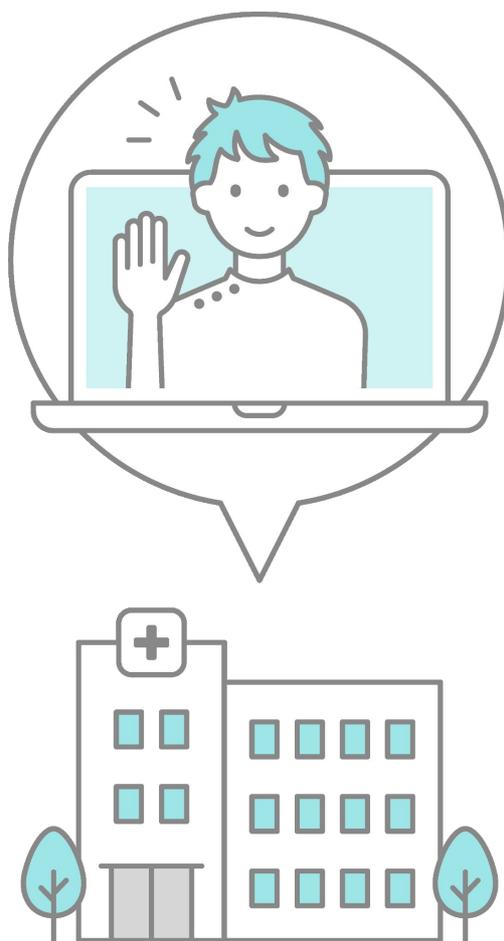




Il centro attualmente sta dando molta attenzione all'assistenza domiciliare, poiché man mano che le nuove tecnologie sanitarie digitali diventano più sofisticate aumenta anche la loro capacità di aggiungere valore clinico ai programmi di assistenza domiciliare.

I nuovi modelli di assistenza devono essere valutati rigorosamente per garantire il raggiungimento dell'obiettivo primario: migliorare l'esperienza del paziente e la qualità, e non solo di risparmiare sui costi e personale.

***L'obiettivo delle tecnologie digitali per la salute a domicilio dovrebbe quindi essere quello di estendere, non di sostituire, la presenza clinica nelle case dei pazienti.***





## IL TEMA DELLA SALUTE MENTALE

### Lo scenario italiano

- Prevalenza dei disturbi mentali gravi: oltre il 6% della popolazione generale italiana (1 su 50 DSA, 1 su 100 ADHD, 1 su 120 DP, 1 su 150 DB, 1 su 180 SKF) + comorbilità con l'uso di sostanze
- Prevalenza di punto dei DEC: oltre il 20% della popolazione generale italiana
- Anche a seguito della pandemia, aumento del 50-100% dei disturbi da disregolazione, soprattutto in adolescenza

La salute mentale è elemento fondante non solo della salute della popolazione generale, ma anche della convivenza civile. Investire in questo campo ha un ritorno immediato in tutti i campi, dalla scuola e università, al mondo del lavoro, all'integrazione e alla sicurezza sociale. Nel medio termine, molti autorevoli studi valutano in termini di incremento del PIL gli investimenti in salute mentale.





## Le risorse messe in campo

- Nel 2001 la CU dei Presidenti delle Regioni ha indicato nel 5% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) la quota da destinare alla salute mentale
- Gli ultimi dati disponibili del 2020 indicano una spesa inferiore al 3% del FSN, ben al di sotto della media europea, allineandoci alla situazione in atto per le nazioni a basso reddito
- Alla quota indicata va aggiunta quella per i servizi delle Dipendenze, anche perché la maggior parte dei DSM italiani ha ormai un modello organizzativo inclusivo dei servizi di NPIA e per le Dipendenze
- Al parallelo impoverimento dei servizi si accompagnano accresciute diseguaglianze inter-regionali, con punte di spesa inferiori al 3% in grandi regioni come la Campania (2,1%), il Veneto (2,3%), il Lazio (2,7%), il Piemonte (2,8) e la Lombardia (2,8%), dove, nel corso del 2022, sono stati chiusi SPDC, presidi territoriali e residenziali.
- Lo scarto negativo di personale nei DSM italiani rispetto ai parametri AGENAS è in media del 45%.

## Le proposte

- Bonus psicologico (20 milioni per 1 anno, fino a esaurimento fondi): non serve a nulla
- Progetti di rafforzamento dei DSM (50 milioni entro il 31.12.23): non serve a nulla
- Il PNRR: solo spesa in conto capitale
- È necessario un incremento della spesa corrente di circa 2mld/anno per un reale cambiamento del sistema salute mentale, attraverso una diversa allocazione di risorse all'interno del FSN o dell'intero sistema di welfare



## CONCLUSIONI

Il SSN nazionale sta vivendo una convergenza critica di tre fattori:

- Mancanza endemica di risorse per assumere nuovi medici ed infermieri (ed in alcuni casi addirittura per sostituire chi lascia).
- Cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione) che comportano un aumento costante nella domanda di salute.
- Disinteresse da parte dei giovani nel percorrere il percorso formativo nella sanità

Le motivazioni a tutto questo sono molteplici:

- Qualità del lavoro non in linea con gli standard moderni
- Retribuzioni non adeguate
- Scarse possibilità di carriera
- I corsi di laurea, sempre più lunghi, richiedono un impegno economico che molto spesso le famiglie italiane non possono permettersi

E' necessario quindi agire a livello sistemico per risolvere il problema con un'azione coordinata tra governo centrale, governi regionali e singole organizzazioni locali per restituire alle professioni sanitarie ospedaliere e del territorio un benessere lavorativo oggi assente intervenendo anche con una riforma delle retribuzioni e del sistema formativo.

**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

**Nicola Bellè**, Professore Associato Istituto di Management Scuola Superiore Universitaria, Sant'Anna Pisa

**Rossana Boldi**, già Vice Presidente XII Commissione (Affari Sociali) Camera dei Deputati

**Davide Croce**, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA)

**Fabio De Iaco**, Presidente SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza

**Francesco Gabrielli**, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, ISS

**Carmelo Gagliano**, Componente del Comitato Centrale Fnopi e Presidente dell'Opi di Genova

**Walter Locatelli**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Annamaria Parente**, Presidente Commissione Sanità Diciottesima Legislatura

**Enrico Rossi**, Già Presidente Regione Toscana

**Carlo Tommasini**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



**MOTORE**  
**SANITÀ**

**panacea**

f | **ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA**

🐦 | **Francesca Romanin - 328 8257693**

@ | **Elisa Spataro - 350 1626379**

📧 | **[f.romanin@panaceascs.com](mailto:f.romanin@panaceascs.com)**

in | **[e.spataro@panaceascs.com](mailto:e.spataro@panaceascs.com)**



**www.motoresanita.it**