



FORUM

LE RISORSE UMANE IN SANITÀ: UN VALORE A RISCHIO

Sottofinanziamento cronico, privatizzazione dei servizi e indifferenza della politica, aggravati dall'ondata pandemica di Covid-19 e da una crescente carenza di risorse umane: sono alcuni tratti che descrivono la crisi che stanno vivendo i sistemi sanitari mondiali. Una crisi che nella mancanza di operatori vede uno degli aspetti più dirimpenti, tra dimissioni massicce, migrazioni professionali e disuguaglianze crescenti.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

I sistemi sanitari in Italia e in Africa si trovano a un tornante cruciale della loro storia. Usciti esausti dall'epidemia di Covid-19, soffrono di un cronico sottofinanziamento, patiscono la privatizzazione dei servizi e l'indifferenza della politica. Il tratto più emblematico di questo smarrimento, però, è la crisi profonda della risorsa umana: mancano gli operatori sanitari. Un fenomeno reso complesso anche per la relativa disponibilità di dati, la scarsa aderenza agli standard internazionali di riferimento e l'applicazione di differenti modelli di simulazione e previsione degli organici. Vediamo in sintesi e con la dovuta cautela alcuni elementi cruciali del problema.

LO STOCK

Nel 2020, lo stock di forza lavoro impiegata nel settore sanitario consisteva in 29,1 milioni di infermieri, 12,7 milioni di medici, 3,7 milioni farmacisti, 2,5 milioni di dentisti, 2,2 milioni di ostetriche e 14,9 milioni di occupazioni aggiuntive, pari a 65,1 milioni di ope-

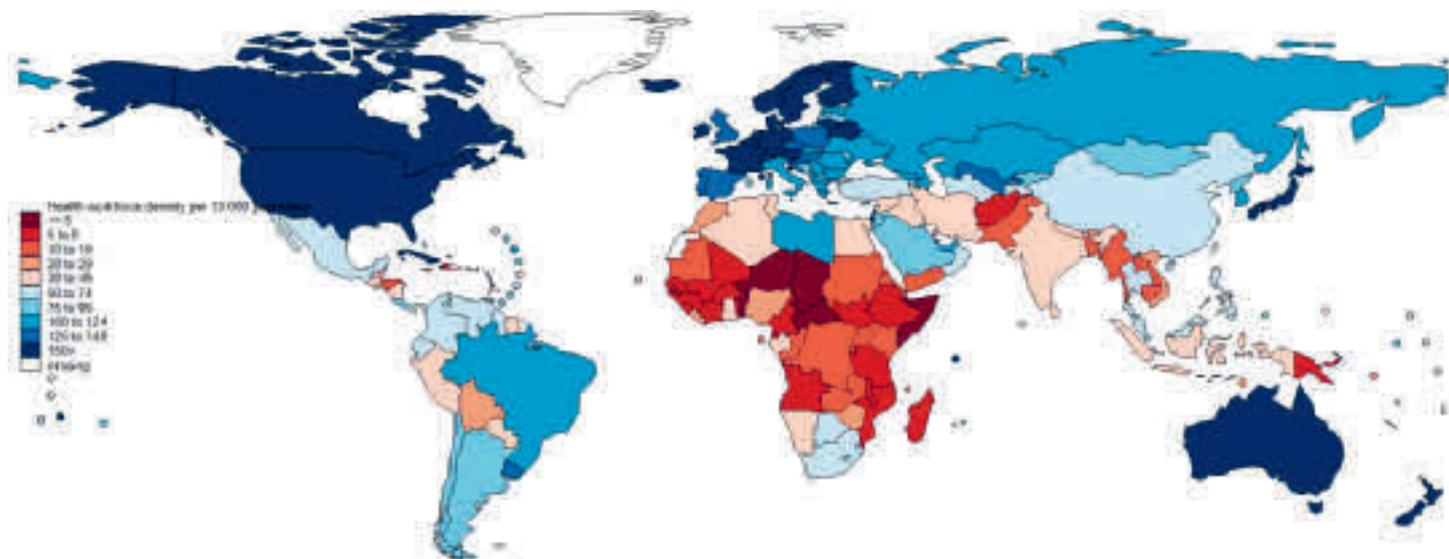
ratori sanitari occupati. Rispetto al 2013, questo stock è aumentato del 29% a livello globale¹.

LA DISTRIBUZIONE

La forza lavoro sanitaria globale è distribuita in modo iniquo. I Paesi ad alto reddito hanno una densità di operatori sanitari per 10.000 abitanti che è 6,5 volte quella dei Paesi a basso reddito (**Figura 1**). Complessivamente, un quinto circa della popolazione mondiale, quella ad alto reddito, assorbe il 50% degli operatori sanitari disponibili.

Italia. Secondo il rapporto *Health at Glance* dell'OCSE, in Europa ci sono in media 4 medici e 8,3 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia è in linea con la media con i primi mentre registra una grave carenza per i secondi con 6,3 su 1.000, specie nel territorio. Il rapporto tra infermieri e medici è di 1,2, uno dei più bassi d'Europa². Negli ultimi anni il personale a tempo indeterminato del Ssn è fortemente diminuito. Un'analisi del "Perso-

FIGURA 1 / MAPPA DELLA DENSITÀ DI OPERATORI SANITARI PER 10.000 ABITANTI NEL 2020



* Ultima densità disponibile al 2020, inclusi medici, infermieri, ostetriche, dentisti, farmacisti

nale del servizio sanitario Nazionale” realizzata dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali mostra un andamento altalenante³. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (41.400 in meno rispetto al 2008). Negli anni 2020-2021 dovuto anche all'effetto dell'epidemia di Covid-19, si è assistito a un incremento di personale, portando il numero delle unità in servizio al 2021 sovrapponibile a quello del 2012.

Africa sub-Sahariana. Secondo uno studio recente dell'Oms che ha interessato 47 Paesi dell'Africa sub-Sahariana, ci sono in media 1,55 professionisti sanitari qualificati ogni 1000 abitanti con grandi diseguglianze tra aree urbane e rurali. I Paesi fragili e in conflitto, come il sud Sudan, hanno una densità media di 0,3 operatori sanitari per 1000 abitanti⁴. Seychelles, Mauritius, Namibia e Sudafrica sono i soli Paesi con una densità di operatori superiore alla soglia minima di 4,45 x 1000 abitanti necessaria per conseguire gli obiettivi dell'*Universal Health Coverage*.

LE PROIEZIONI AL 2030 E IL GAP

Stante le condizioni attuali della produzione dello stock, l'analisi al 2030 indica un tasso di crescita prudenziale del 2,7% annuo (rispetto a una crescita dello 0,9% della popolazione mondiale), che rappresenterebbe un aumento di 19 milioni di posti di lavoro netti portando il personale sanitario a 84 milioni di unità. Rispetto ai bisogni del personale come definiti dall'Oms⁵, il gap si attesterebbe attorno ai 10,2 milioni di professionisti, in gran parte rappresentati dalla componente infermieristica tanto da essere definita una *“Global Health Emergency”*⁶. Si tratta probabilmente di un dato sottostimato che considererebbe solo il personale sanitario impiegato nel settore pubblico. Secondo il gruppo di studio sul *Burden of Diseases*, se l'obiettivo è il raggiungimento dell'80% della copertura sanitaria universale (Uhc), il gap delle risorse umane risulterebbe essere molto più ampio, dell'ordine di diverse decine di milioni di unità⁷.

In base all'analisi realizzata dal Crea in **Italia** per allinearsi al livello di altri Paesi europei di riferimento mancherebbero all'appello 30.000 medici e 250.000 infermieri⁸. Le aree montane, i borghi isolati, le regioni più popolate e le cure primarie risultano i più penalizzati dalla carenza, ma anche a livello ospedaliero la crisi del personale morde. Le specialità mediche più sofferenti riguardano medicina d'urgenza-emergenza, anestesia, pediatria, medicina interna e chirurgia e tutte le specialità dei servizi diagnostici⁹. La carenza è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti “medici a gettone”, nelle dimissioni volontarie e nella chiusura di servizi sanitari essenziali.

Africa sub-Sahariana. Nel 2030, tenendo conto del rapido aumento della popolazione la carenza di lavoratori nella regione africana costituirà il 52% della carenza globale (ne rappresentava un terzo nel 2013). Il 69% della carenza di forza lavoro sarà concentrata in 55 Paesi, in gran parte africani, messi in evidenza dall'Oms in una lista rossa di salvaguardia dal reclutamento internazionale attivo¹⁰. Un caso particolare è quello che riguarda il

personale infermieristico. Sarebbero 5,78 milioni gli infermieri necessari per il 2030, ma senza investimenti aggiuntivi e mantenendo l'attuale capacità di produzione e impiego, si potrà soddisfare solo il 47% della domanda¹¹.

LE “SPINTE” DEL MERCATO ALLA MIGRAZIONE PROFESSIONALE, LE RAGIONI PERSONALI, IL PARADOSSO DELLA DISOCCUPAZIONE

A parte i motivi legati alla mancata o inadeguata programmazione del personale sanitario (il buco tra fabbisogni e laureati, il blocco del turnover, la gobba pensionistica ecc.), sono le condizioni di lavoro e retributive la causa principale del gap esistente e del fenomeno della migrazione professionale. **In Italia**, sempre secondo il Crea, l'attrattività della professione infermieristica è scarsa e solo l'1% degli studenti sceglie questo corso di laurea contro una media del 3% negli altri Paesi Ue. Pesano: la bassa retribuzione (il 40% in meno della media dei Paesi del nord Europa), una formazione universitaria inadeguata specie sotto il profilo della specializzazione clinica, i ritmi stressanti di lavoro e le opportunità molto limitate di carriera professionale. Secondo il data base dell'Ocse, tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180.000 professionisti sanitari italiani¹². Inghilterra, Svizzera, Germania, Spagna e Belgio sono i Paesi di maggiore attrattività. Il fenomeno è parzialmente controbilanciato dall'assunzione di professionisti stranieri. Quest'ultimi rappresentano il 6% dell'intera forza lavoro nel 2018/19 con un trend in continua crescita¹³. Intanto, per coprire i vuoti dell'organico tutti gli attori, quelli pubblici vale a dire le Regioni (es. Sardegna, Emilia Romagna, Calabria ecc.), e quelli privati cioè le aziende sanitarie, le società di lavoro interinale, le cooperative sono sempre più impegnati nel reclutamento attivo di medici ed infermieri nei Paesi extraeuropei come Argentina, Brasile, Tunisia, Moldavia, Filippine e India. Anche il Ministro della Salute sembra pensarla allo stesso modo¹⁴.

In Africa, benché la produzione del personale sanitario sia aumentata in modo significativo grazie allo sviluppo della rete universitaria (quasi 200 le università) e delle scuole di formazione dei quadri sanitari (2300 le scuole infermiere e ostetriche) si assiste ad un fenomeno migratorio interno ed esterno del continente. I professionisti sanitari africani migrano nei Paesi del continente con livelli salariali più alti come Sudafrica, Namibia e Botswana. Il salario annuale lordo di una infermiera in Namibia è di circa US 50.000 contro una media in Africa di US 10.000 e di US 2.196 nella Repubblica Democratica del Congo¹⁵. Si emigra però anche nei Paesi occidentali (es. Ue, Usa, Australia, Canada, Francia, Belgio) i cui sistemi sanitari dipendono sempre più dal contributo degli stranieri. Nel Regno Unito un sesto degli operatori sanitari impiegati nel Nhs ha un passaporto estero mentre sono 15.000 i dipendenti provenienti dalla sola Nigeria¹⁶. Secondo una revisione sistematica dei Paesi a basse risorse, che copre gli ultimi 50 anni, oltre a ragioni di mercato, si emigra o si ha l'intenzione di migrare sempre più anche per motivi personali

quali sicurezza, soddisfazione professionale, qualità della vita, ri-congiungimenti familiari¹⁷.

Infine, va segnalato il paradosso della disoccupazione sanitaria. In Kenya sarebbero 5000 i medici disoccupati, e diverse migliaia le infermiere non impiegate dell'Etiopia, Ghana, Repubblica Democratica del Congo, Malawi e dello stesso Sudafrica¹⁸. Non si tratta, come si ritiene erroneamente, di un eccesso di offerta, ma di politiche pubbliche restrittive. Questo surplus presunto di personale è legato alle austere politiche di bilancio, spesso imposte dall'agenzia finanziarie internazionali (Imf, Wb), che impediscono alla pubblica amministrazione di assorbire queste risorse nonostante i bisogni conclamati dei sistemi sanitari¹⁹.

QUALI LE STRATEGIE FUTURE DA ADOTTARE

La correlazione tra risorse umane, copertura efficace e mortalità è dimostrata da tempo²⁰. Sono chiare le indicazioni dell'Oms date ai governi per non veder collassare i sistemi sanitari dopo l'epidemia di Covid-19²¹. È un mix di azioni che comprendono: investimenti sulla formazione di base e continua, basata sui bisogni di salute della popolazione; spazi fiscali, contrattuali e regolatori adeguati per il reclutamento e la stabilizzazione a lungo termine di personale sanitario; incentivazioni monetarie e non

per sostenere l'allocazione di personale nelle aree geografiche meno accessibili; sviluppo di nuovi modelli assistenziali basati sul task shifting, le équipes interprofessionali, l'integrazione ospedale territorio, la spinta alla digitalizzazione e alle nuove tecnologie. Quanto questa agenda di riforme strutturali sia fatta propria dai governi è tutto da vedere e da sottoporre ad un attento scrutinio pubblico.

A livello internazionale, è necessario un impegno più incisivo da parte del Nord del mondo, delle agenzie multilaterali e dei grandi finanziatori per formare la forza lavoro sanitaria nei Paesi a basso e medio reddito. Esistono già delle iniziative globali, tra cui la *WHO Roadmap for Building the Public Health and Emergency Workforce, Community health workers delivering primary health care: opportunities and challenges* e vari sforzi guidati da Paesi che necessitano di sostegno. Il bracconaggio (*poaching*) di personale sanitario all'estero non è etico. Il Codice globale di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'Oms è chiaro: bisogna tener conto dei diritti, obblighi e aspettative dei Paesi d'origine, dei Paesi di destinazione e del personale sanitario migrante; è fondamentale la condivisione delle decisioni con le autorità e gli ordini professionali locali; bisogna riconoscere la reciprocità degli interessi e l'impegno a sostenere concretamente lo sviluppo delle risorse umane a medio lungo termine nei Paesi a risorse limitate. Aiutarli, sì, veramente, a casa loro.

NOTE

1 Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, et al. *The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage?* BMJ Global Health 2022;7:e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316

2 OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

3 Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale. Approfondimenti MARZO 2023, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2147-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale>

4 Ahmat A, Okoroafor SC, Kazanga I, et al. *The health workforce status in the WHO African Region: findings of a cross-sectional study*. BMJ Global Health 2022;7:e008317. doi:10.1136/bmjgh-2021-008317

5 WHO. *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. (Human Resources for Health Observer, 17). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>

6 Recover to rebuilt. The shortage of nurse is a global health emergency. International Council of Nurses, 2023.

7 *Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet 2022; 399: 2129–54.

8 Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi, 18° Rapporto Sanità, Crea, 2023. Secondo stime più prudenti della Corte dei Conti e della FNOPI gli infermiere necessari sarebbero 65.000.

9 La Mappa delle carenze di Medici Specialisti Regione per Regione. Studio Anao Assomed 2019.

10 WHO health workforce support and safeguards list 2023 8 March 2023,

Technical document <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>

11 *The Nursing and Midwifery Workforce in the African Region: optimizing and accelerating investments for resilient health systems*, WHO African Region, 2023.

12 *La grande fuga di medici e infermiere in Italia*. Quotidiano Sanità, 7 marzo 2023.

13 *Operatori sanitari stranieri e COVID-19 nell'UE: gli 'invisibili' diventano 'visibili'?* Senyo Dotsey, Quaderni del CNEL - n. 16 ottobre 2021.

14 Schillaci: "Con il Pnrr soldi al personale, infermiere dall'India per i buchi in corsia", Repubblica 02 giugno 2023.

15 *Analysis of nursing and midwifery labour market outcomes*, WHO African Region, 2023.

16 NHS staff from overseas: statistics <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7783/>

17 Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, et al. *Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: a systematic review*. BMJ Global Health 2023;8:e012338. doi:10.1136/bmjgh-2023-012338

18 <https://nation.africa/kenya/news/the-frustrations-of-kenya-s-jobless-doctors-4111842>

19 *Health worker unemployment in LMICs with shortage: a policy brief prepared for the 2nd review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, WHO, 2019

20 Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Geneva: World Health Organization, 2006.

21 *Ticking time bomb: Without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster*, WHO Europe, 2022.