

25/46/CR8b/C7

**DOCUMENTO DI ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI  
PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

*“Garantire il futuro del Servizio Sanitario Nazionale: Strategia delle Regioni e delle Province Autonome per il rilancio del personale del servizio sanitario nazionale”*

**SINTESI DEL DOCUMENTO**

La crisi del personale sanitario rappresenta oggi una delle più gravi minacce alla tenuta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La carenza strutturale di infermieri, medici specialisti e professionisti sanitari, già evidente prima della pandemia, si è acuita negli ultimi anni per effetto dell’invecchiamento della forza lavoro, della crescente complessità della domanda di salute, della ridotta attrattività delle professioni sanitarie e di un contesto formativo e contrattuale frammentato e spesso inadeguato.

In assenza di un piano strategico nazionale, le Regioni e le Province Autonome ritengono urgente e necessario definire una posizione condivisa e propositiva, con l’obiettivo di stimolare un confronto istituzionale costruttivo e di promuovere misure normative, organizzative e contrattuali coerenti con le reali esigenze del sistema.

Il presente documento, frutto di un lavoro tecnico interregionale, propone un’analisi aggiornata delle principali criticità e un insieme articolato di proposte strategiche di riforma ed interventi operativi, differenziati per orizzonte temporale (breve, medio, lungo periodo) e per area professionale.

In particolare, il documento, con riferimento agli obiettivi strategici:

- 1) avanza azioni mirate per l’attrattività e la *retention* del personale sanitario, che contemplano:
  - adeguamento dei livelli salariali;
  - revisione delle procedure concorsuali,
  - promozione del welfare contrattuale
  - reclutamento internazionale;
- 2) evidenzia la gravità dell’emergenza infermieristica, inserendola nel quadro più ampio della carenza di personale del SSN;

- 3) sottolinea la necessità di riordinare le professioni sanitarie per superare la frammentazione dei profili e promuovere modelli organizzativi più flessibili e multidisciplinari;
- 4) richiama l'urgenza di accelerare la trasformazione digitale del SSN, valorizzando la tecnologia come leva per migliorare l'efficienza, ridurre il carico burocratico e supportare l'operatività clinica.

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con il loro ruolo di programmazione e governo della sanità, auspicano che queste proposte possano costituire la base per una strategia nazionale condivisa.

## **ANALISI DEL CONTESTO**

In Italia, come nel resto dell'Europa, nel decennio 2010-2020, il numero di medici e di infermieri per 1000 abitanti è complessivamente aumentato (Medici +5%, infermieri +19% [Fonte dati 37 paesi OECD 2011-2021]); nonostante questo incremento, che ha portato in Italia ad un rapporto di 1.5 infermieri per ogni medico rispetto alla media dei paesi OECD di 2.5 (fonte dati: OECD Health Statistics 2023), tutti i sistemi sanitari europei stanno affrontando un livello di difficoltà e di crisi mai raggiunto prima, legato in particolare alla carenza di personale sanitario, riguardante prevalentemente **infermieri e alcune tipologie di medici specialisti**. Due macro-fattori concorrono principalmente alla carenza di personale sanitario: la diminuzione del numero di lavoratori causata da dimissioni e non rimpiazzo del personale e l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie.

Il primo macro-fattore è alimentato da quattro cause:

- **l'età elevata del personale sanitario in servizio** (nel 2022 i medici con età > di 50 anni sono il 55% e gli infermieri il 47% Fonte dati, Ministero Salute anno 2022) che produce un aumento delle limitazioni al lavoro, diminuzione delle ore lavorate e ondate di pensionamenti;
- l'aumento di decessi tra il personale durante la pandemia (circa 50.000 operatori sanitari in Europa), con ripercussioni psicologiche con crescita del **disagio mentale e del burnout**;
- il fenomeno delle **grandi dimissioni determinate dalla percezione di un peggioramento delle condizioni di lavoro**, soprattutto dopo la pandemia e di **significativi cambiamenti nell'approccio al lavoro nelle nuove generazioni** con esigenze sempre più orientate a un equilibrato bilanciamento tra lavoro e vita privata;
- **i fenomeni migratori**, cresciuti per i medici del 32% e del 36% per gli infermieri dopo la pandemia, che rendono meno prevedibile la disponibilità di personale.

In Italia si aggiungono come ulteriori cause la **numerosità dei profili di professionisti sanitari** (ad oggi ne sono istituiti 31, di cui 23 professioni sanitarie dell'area infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione) connotati da competenze specifiche che, con un inevitabile approccio a silos, limita fortemente la flessibilità necessaria ai contesti operativi e produce una bassa attrattività di professionisti per alcune specializzazioni o professioni percepite come più faticose, meno remunerative e socialmente meno riconosciute. Si aggiunge alle precedenti cause la progressiva difficoltà nel soddisfare il bisogno di personale sanitario soprattutto nelle aree rurali e disagiate. Il secondo macro-fattore, che determina l'appropriatezza del numero di personale sanitario disponibile, è l'incremento della domanda di servizi sanitari determinato da una popolazione sempre più anziana, da un aumento delle patologie croniche, un effetto di accumulo di domanda post- pandemia e più in generale da un aumento delle aspettative dei pazienti nei confronti del SSN. Questa tendenza, collegata fortemente alla demografia del paese sarà destinata a consolidarsi ed accentuarsi per le prospettive legate alla diminuzione della popolazione attiva e all'incremento della popolazione anziana.

Per quanto riguarda le due famiglie professionali maggiormente carenti va ricordato che la densità di medici in Italia è leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, mentre la densità di infermieri è significativamente più bassa, con un **rapporto infermieri per medico pari a 1,5 rispetto a un valore medio OECD di 2,5**.

Tra i paesi OECD, l'Italia presenta una **bassa attrattività per il personale straniero** (meno dell'1% di medici e il 5,2% di infermieri formati all'estero; media OECD rispettivamente 18,9% e 8,7%); va inoltre segnalato che la remunerazione degli infermieri in Italia è pari al salario medio dei lavoratori del paese, mentre nei paesi OECD è mediamente superiore del 20%; in termini reali, **il salario degli infermieri in Italia, correlato al calo del potere di acquisto, è tra gli ultimi posti** tra quelli dei paesi OECD. Considerata la crisi demografica che accomuna tutti i paesi europei si può prevedere un aumento fisiologico della competizione internazionale per l'accaparramento di professionisti sanitari.

Se consideriamo gli esiti della formazione universitaria del personale sanitario, si può notare nella figura 1, che mentre il numero di laureati medici negli ultimi 10 anni è in costante ascesa, il numero di infermieri laureati cala costantemente dal 2013, arrivando ad essere inferiore al numero di laureati medici nel 2021. Considerato il trend di laureati in infermieristica e medicina è prevedibile che si ottenga a livello nazionale uno **skill-mix professionale, oltreché costoso, inappropriato rispetto ai profili di bisogno**

**sanitario e assistenziale** di una popolazione sempre più anziana e con pluripatologie croniche.

Per quanto riguarda **la formazione universitaria infermieristica si assiste ad una accentuata diminuzione di attrattività**, con una diminuzione delle domande di accesso nell'ultimo anno accademico (-7,7% domande) e un rapporto domande/posto diminuito a 1,0 con valori medi di 0,8 negli atenei dell'Italia settentrionale e centrale; nell'anno accademico 2024-2025 sono stati messi a bando 20.435 posti, con circa 21.000 candidati che hanno affrontato i test di ammissione, evidenziando un rapporto quasi di 1:1 tra domande e posti disponibili. Il calo di attrattività, oltre a consentire l'accesso ai corsi di candidati con bassi livelli di preparazione, prelude ad una accentuata carenza di infermieri nel prossimo futuro. L'attrattività verso i corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche e della prevenzione è ulteriormente erosa dall'aumento della disponibilità di posti alla laurea in medicina, che funge da polarizzante (vi è una relazione lineare tra l'aumento dei posti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e la diminuzione delle domande di iscrizione ai corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie (Test di Pearson  $\rho = -0.92$ ; p-value < 0.001).

E' pertanto necessaria una attenta calibrazione della disponibilità di posti dei corsi di laurea maggiormente attrattivi per evitare fenomeni di polarizzazione tra le professioni, realizzando su scala nazionale campagne di promozione delle professioni ritenute cruciali per la tenuta del SSN.

In relazione alla più specifica tematica della **carezza di medici specialisti**, riferibile prevalentemente alle specializzazioni in Medicina di emergenza-urgenza, Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina interna, Radioterapia, Anatomia Patologica, e alla formazione in Medicina generale, è da considerare che l'"imbuto formativo", costituito da circa 20/25.000 medici abilitati che nell'ultimo quindicennio sono stati esclusi dalla formazione specialistica a causa del numero insufficiente di contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato, a partire dal 2019 e grazie anche alle risorse del PNRR del 2020, è stato pressoché assorbito. Tuttavia, l'esubero di contratti rispetto ai laureati ha prodotto un fenomeno di polarizzazione delle domande verso alcune branche specialistiche (Dermatologia, Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, Ginecologia e ostetricia...) e la diminuzione di attrattività di specializzazioni come Anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina d'emergenza –

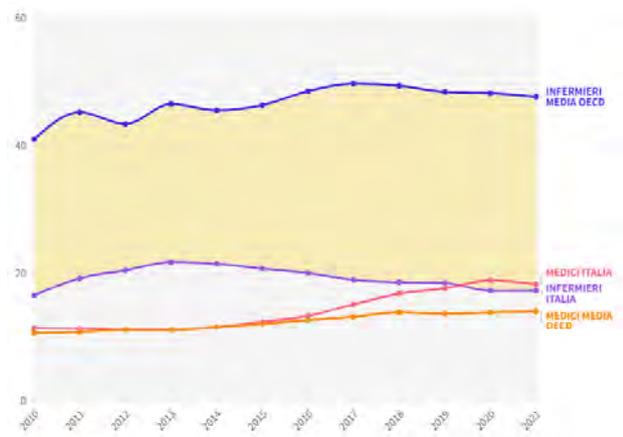


Fig. 1 – Numero di laureati medici e infermieri su 100.000 abitanti; Italia-OECD.; anni 2010-2021

urgenza, Medicina nucleare, Radioterapia, indispensabili per il funzionamento delle unità di offerta fondamentali del servizio sanitario.

Per quanto attiene alla **carenza di medici di assistenza primaria**, la cui formazione avviene nel sistema formativo extra – universitario, attraverso le scuole regionali di formazione specifica in medicina generale, si assiste a un'ulteriore diminuzione di attrattività correlata all'aumento dei posti alle scuole di specializzazione (Indice di Pearson  $\rho = -0,91$ , p-value=0.01), che va a sommarsi alle già note cause di bassa attrattività legate alla diversa consistenza economica **della borsa di studio**, all'assenza di riserva del posto in caso di malattia/maternità, alla non equiparazione del Diploma di **Formazione Specifica in Medicina Generale** ai Diploma di specializzazione universitaria e alla elevata burocratizzazione del lavoro dei medici di medicina generale.

In sintesi, le principali problematiche emerse sono le seguenti:

- diminuzione dell'attrattività verso la professione infermieristica che prelude ad una **accentuata carenza di infermieri** nel prossimo futuro, correlata alla polarizzazione delle domande di studio verso la professione medica, scarsa remunerazione, basso riconoscimento sociale;
- **carenza di medici specialisti**, con particolare riferimento alle specializzazioni in Medicina di emergenza-urgenza, Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina interna, Radioterapia, Anatomia Patologica, e con formazione specifica in Medicina generale.
- **scarsa attrattività dei servizi sanitari**, soprattutto pubblici, nei confronti dei professionisti sanitari, anche stranieri, e maggiormente nelle aree «remote e disagiate», e **scarsa capacità di retention del personale sanitario**, per condizioni di lavoro non soddisfacenti, retribuzioni non adeguate e basso riconoscimento sociale.

## **PROPOSTE STRATEGICHE**

Per quanto attiene alla posizione di Regioni e Province autonome, il confronto già avvenuto ha condotto all'individuazione di alcuni punti fermi imprescindibili per affrontare le complesse problematiche della carenza di personale sanitario: la necessità di condividere strategie coordinate, tra Governo e Regioni e Province autonome, con azioni multilivello, di tipo trasversale per aumentare l'attrattiva delle professioni sanitarie, rilanciarne il riconoscimento sociale e migliorare la retention del personale sanitario nei servizi pubblici e di tipo mirato per specifiche categorie professionali particolarmente cruciali per la futura tenuta del sistema sanitario.

La situazione richiede di individuare degli interventi strategici di riforma di sistema, oltre che proposte puntuali per far fronte alle principali criticità.

### **1. Aumento della retribuzione del personale del Servizio Sanitario Nazionale**

In primis risulta necessario aumentare la retribuzione del personale del Servizio Sanitario Nazionale, proporzionalmente alle medie dei paesi OECD, attraverso un intervento diretto nella prossima Legge di Bilancio che preveda l'incremento stabile delle risorse contrattuali a carico del Fondo Sanitario Nazionale, che va incrementato proporzionalmente, nonché superare i vincoli di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 75 /2017, al fine di rimuovere o rialzare significativamente il tetto agli incrementi del trattamento accessorio per i professionisti della sanità. Nel contempo devono essere previste specifiche forme di incentivazione economica e di carriera per i professionisti che si impegnano a lavorare in aree rurali e/o disagiate.

## **2. Riordino delle Professioni Sanitarie**

Le Regioni e le Province autonome, in sede di audizione parlamentare (prodromica ad un intervento nazionale in materia), hanno sottolineato la necessità di un riordino delle professioni sanitarie per migliorare la flessibilità operativa del sistema sanitario. Attualmente, il SSN conta 31 profili professionali sanitari, di cui 23 nelle aree infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione. Tale frammentazione ha limitato la capacità di risposta del SSN, creando rigidità organizzative e rendendo alcune professioni meno attrattive.

Proposte di intervento:

- Definizione di equipollenze tra professioni sanitarie ed individuazione di profili per i quali è possibile prevederne la collocazione al di fuori del perimetro sanitario.
- Revisione e accorpamento di alcuni profili professionali per aumentare la flessibilità di impiego e migliorare la gestione delle risorse umane.
- Riconoscimento e promozione delle professioni sanitarie attraverso campagne di sensibilizzazione e miglioramento delle condizioni contrattuali.
- Implementazione di un sistema di skill mix per migliorare l'integrazione tra le diverse figure professionali e garantire un utilizzo più efficace del personale sanitario.

## **3. Trasformazione digitale e automazione a supporto del personale sanitario**

La trasformazione digitale del SSN, già avviata attraverso gli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR, rappresenta una leva strategica non solo per migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi, ma anche per alleggerire il carico di lavoro del

personale sanitario, liberare tempo clinico e aumentare l'efficienza dei processi operativi.

In particolare, è fondamentale valorizzare e integrare le misure già finanziate dal PNRR in una più ampia strategia di sistema orientata al lavoro dei professionisti, potenziando:

- L'automazione dei processi amministrativi e ripetitivi, come prenotazioni, accettazione, refertazione e gestione documentale, attraverso l'adozione di tecnologie di RPA (Robotic Process Automation) e strumenti digitali interoperabili;
- Il supporto decisionale clinico mediante strumenti di intelligenza artificiale e data analytics, in particolare nei contesti ad alta intensità assistenziale, nella cronicità e nell'urgenza;
- L'implementazione diffusa della telemedicina, con particolare attenzione alla televisita, al teleconsulto e alla teleassistenza, quest'ultima fondamentale per garantire il monitoraggio, l'educazione e il supporto continuativo ai pazienti fragili e cronici, promuovendo il ruolo attivo della professione infermieristica;
- L'integrazione dei sistemi informativi aziendali e regionali, promuovendo l'interoperabilità, la standardizzazione dei flussi e la semplificazione del lavoro clinico-amministrativo;
- La formazione digitale del personale, affinché l'innovazione non sia un fattore di ulteriore complessità ma un effettivo facilitatore operativo.

Le Regioni e Province Autonome sottolineano la necessità che le risorse del PNRR siano accompagnate da una governance condivisa e da un piano operativo per la valorizzazione delle tecnologie digitali nei percorsi di cura e nei modelli organizzativi, in stretta connessione con la programmazione del personale.

La digitalizzazione non può essere intesa come soluzione sostitutiva del personale, ma come un moltiplicatore di efficacia e sostenibilità, a beneficio sia dei cittadini che degli operatori del SSN.

#### **4. Reclutamento di personale sanitario dall'estero**

Il reclutamento di personale sanitario dall'estero, già avviato in forma sperimentale o strutturata in alcune Regioni, necessita oggi di essere inquadrato in una strategia nazionale organica e condivisa. L'obiettivo non è quello di sostituire le politiche di formazione interna, ma di affiancarle con un'azione coordinata capace di rispondere in modo tempestivo e sostenibile alle carenze più acute, in particolare nei territori fragili e nei confronti dei profili professionali critici, come gli infermieri.

L'Italia, a differenza di altri Paesi europei, risulta oggi poco competitiva nel contesto del mercato internazionale del lavoro sanitario. A incidere su questo scenario non sono solo la frammentazione delle procedure di riconoscimento dei titoli, la mancanza di un sistema nazionale di accoglienza linguistica e culturale, e l'assenza di un modello organizzativo unitario, ma anche il livello delle retribuzioni, significativamente inferiore rispetto alla media dei Paesi OECD. Questa condizione penalizza l'attrattività del nostro sistema, rendendo più difficile competere per l'acquisizione di professionisti qualificati.

In tale contesto, le Regioni e le Province autonome ritengono necessario promuovere una strategia unitaria di reclutamento internazionale, fondata su una governance pubblica forte, su standard condivisi e su percorsi semplificati e trasparenti che può tener conto iniziative già avviate o in corso di sviluppo da parte di singole Regioni, che hanno sperimentato modelli innovativi e buone pratiche. È importante che queste esperienze possano contribuire a costruire un approccio nazionale più coeso, favorendo il dialogo interistituzionale e la messa a sistema delle competenze già maturate.

È altresì necessario che il procedimento di emanazione del provvedimento di riconoscimento del titolo di studio estero, di competenza del Ministero della Salute, si concluda entro i termini previsti (da tre a quattro mesi dalla produzione della documentazione completa) affinché il reclutamento internazionale di risorse umane necessarie al sistema socio-sanitario possa spiegarsi in tempi congrui e, soprattutto, certi. Con riferimento a queste ultime finalità potrebbero essere conclusi accordi di reciprocità con alcuni Stati esteri, per il riconoscimento automatico di taluni titoli di studio al fine del libero e automatico esercizio della professione sanitaria in Italia.

##### **5. Proposte specifiche relative all'attrattività e retention del personale nel SSN pubblico**

Alla luce delle esperienze più recenti adottate in alcuni Paesi OCSE (Germania, Francia, Canada, Australia e altri), emerge chiaramente che le politiche di contrasto alla carenza di personale più efficaci sono quelle che combinano azioni strutturali su formazione e condizioni di lavoro con strumenti flessibili di valorizzazione, fidelizzazione e promozione delle professioni. Le proposte formulate dalle Regioni e Province Autonome si collocano in questa prospettiva multilivello (nazionale, regionale e aziendale) e intendono rafforzare il SSN sia nel breve che nel medio-lungo termine.

#### **AZIONI STRATEGICHE E OPERATIVE**

Di seguito vengono riportate, in sintesi, le proposte strategiche e operative formulate sulla base dell'analisi e delle considerazioni precedenti.

### **Attrattività e retention del personale del Servizio sanitario nazionale**

- Valorizzare economicamente il personale del Servizio sanitario nazionale, anche in coerenza con le medie OECD, prevedendo incentivi specifici per le aree rurali/disagiate. (Breve termine)
- Aggiornare le procedure concorsuali relative al personale della dirigenza e del comparto. (Breve termine)
- Rendere più flessibili e attrattive le condizioni di lavoro, promuovendo forme contrattuali innovative (part-time, libera professione, ecc.). (Medio termine)
- Migliorare il benessere organizzativo, con monitoraggio del clima, supporto alla leadership inclusiva e misure per la salute mentale e la prevenzione del burnout. (Breve termine)
- Potenziare il welfare contrattuale e facilitare l'accesso a servizi di supporto per il personale. (Breve-medio termine)

### **Riforma della formazione e valorizzazione delle competenze infermieristiche**

- Promuovere percorsi di carriera professionale degli infermieri, valorizzando le lauree magistrali cliniche e incentivando la formazione specialistica. (Breve-medio termine)
- Sostenere la formazione infermieristica, con incentivi per studenti e assunzione di docenti negli specifici settori scientifico-disciplinari e ricalibrazione dei posti nei corsi di laurea. (Breve termine)

### **Riordino delle professioni sanitarie e modelli organizzativi innovativi**

- Accorpare e riordinare i profili professionali sanitari, e superando i silos organizzativi. (Medio termine)
- Promuovere modelli basati su skill mix change, con piena valorizzazione delle competenze di tutti i professionisti e degli operatori. (Breve-medio termine)
- Introdurre figure di supporto assistenziale (es. assistente infermiere) nei modelli organizzativi. (Breve termine)

### **Trasformazione digitale e semplificazione a supporto del personale**

- Automatizzare i processi ripetitivi e burocratici, mediante strumenti digitali e interoperabilità. (Breve termine)
- Promuovere l'uso dell'IA per il supporto decisionale clinico e l'analisi predittiva. (Medio termine)
- Diffondere la telemedicina a supporto di cronicità e fragilità. (Medio termine)

- Potenziare la formazione per l'incremento delle competenze digitali del personale. (Breve termine)

#### **Reclutamento e valorizzazione del personale sanitario dall'estero**

- Promuovere una strategia unitaria di reclutamento internazionale, basata su governance pubblica, semplificazione e inclusione. (Medio termine)
- Garantire il riconoscimento rapido e certo dei titoli esteri. (Breve termine)

#### **Medici specialisti e medicina generale**

- Valutare la possibilità di accorpate alcune delle attuali scuole di specializzazione al fine di ridurre l'attuale frammentazione e incrementare l'attrattività. (Medio termine)
- Rendere strutturale l'impiego dei medici specializzandi, con tutoraggio e periodi di formazione in pronto soccorso. (Breve termine)
- Al fine di rafforzare l'assistenza primaria, creare le condizioni giuridiche per il possibile impiego dei dirigenti medici dipendenti del SSN a rapporto di lavoro esclusivo per la copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, anche in orario aggiuntivo. (Breve termine)

Roma, 17 aprile 2025