



Proposta n. 1289 / 2024

PUNTO fs / 2 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 13/08/2024

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 960 / DGR del 13/08/2024

OGGETTO:

Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
Segretario verbalizzante	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approva un documento che descrive i possibili scenari futuri della situazione del personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto e propone un piano strategico costituito da un insieme organico di azioni per prevenire e contrastare gli effetti della carenza di tale personale prevista nei prossimi anni e garantire i livelli di servizio e di performance del sistema socio sanitario regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

La complessità del sistema socio sanitario fa sì che per identificare le criticità e orientare la programmazione sanitaria sugli interventi più efficaci nel breve e nel lungo termine e fare scelte più consapevoli, assuma importanza strategica analizzare i dati disponibili al fine di ipotizzare gli scenari futuri.

Considerata la valenza strategica delle risorse umane, questo approccio diventa particolarmente importante nella valutazione in chiave prospettica della dinamica del personale in termini di consistenza, di turn over e di possibilità di sostituzione di coloro che escono dal mondo del lavoro, al fine di valutare le capacità di affrontare il fabbisogno dei principali professionisti e operatori del sistema socio sanitario.

Sulla base di alcuni documenti dei principali organismi sovranazionali si può simulare che nei prossimi anni, si assisterà ad una notevole carenza di personale sanitario e assistenziale. In questa ottica risultano le stime attuali redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio regionale per l'Europa, che prevedono che entro il 2030 negli Stati membri dell'Unione Europea mancherà un numero elevato di professionisti e, in particolare, di medici, di infermieri e di altri operatori sanitari.

Ne discende che tutti i sistemi sanitari europei dovranno affrontare un livello di difficoltà molto critico, legato in particolare alla carenza di personale sanitario, riguardante prevalentemente il profilo professionale di infermiere e di alcune altre figure di medici specialisti.

Dalle stime analizzate si può sostenere che due macro-fattori concorrano principalmente alla carenza di personale sanitario e, segnatamente, da una parte la diminuzione del numero di lavoratori dovuta alla previsione di un numero molto elevato di uscite di tale personale operante nel Servizio sanitario per quiescenza e dimissioni inattese e, dall'altra, l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie.

Il primo macro-fattore è dovuto a diverse cause, fra le quali:

- l'età elevata del personale sanitario in servizio: dalla stima effettuata dal Ministero della Salute nel corso del 2021, i medici con età superiore ai 50 anni rappresentavano il 53% e gli infermieri il 49%. La conseguenza prevedibile è un aumento delle limitazioni al lavoro, una diminuzione delle ore lavorate e numerose uscite dal mondo del lavoro per pensionamento;
- l'aumento di decessi tra il personale durante la pandemia (circa 50.000 operatori sanitari in Europa), con ripercussioni psicologiche e 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 27% e del 79% per gli infermieri dopo la pandemia, che rendono meno prevedibile la disponibilità di personale.

La situazione in Italia presenta ulteriori criticità dovute alla composizione stratificata del personale sanitario con la presenza di numerosi profili di professionisti (ad oggi ne sono istituiti 31, di cui 23 professioni



sanitarie dell'area infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione) connotati da competenze specifiche. Tale approccio *a silos*, si ritiene limiti fortemente la flessibilità necessaria nell'aspetto operativo del lavoro, producendo contestualmente una ridotta attrattività per alcune specializzazioni o professioni percepite come più faticose, meno remunerative e socialmente meno riconosciute. A ciò si aggiunge la progressiva difficoltà nel soddisfare il bisogno di personale sanitario soprattutto nelle aree periferiche.

Il secondo macro-fattore, che contribuisce ad accentuare la carenza di professionisti sanitari disponibili, è l'incremento della domanda di servizi sanitari determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione e da un aumento delle patologie croniche e, più in generale, da un aumento delle aspettative dei pazienti nei confronti del SSN. Tendenza che è destinata a consolidarsi in relazione alle dinamiche demografiche e sociali del Paese e alle prospettive di costante diminuzione della popolazione attiva e di incremento della popolazione anziana.

Con riferimento alla specifica situazione del personale del Servizio sanitario regionale i dati disponibili confermano i trend rilevati a livello internazionale e nazionale.

In particolare, si conferma l'invecchiamento del personale del Servizio sanitario regionale pubblico del Veneto che, da una rilevazione effettuata alla fine dell'anno 2023 per i profili di infermiere, medico e operatore socio-sanitario con più di 50 anni d'età, si è stimato rappresentare il 47% del totale. Partitamente, il personale infermieristico "over 50" costituisce il 43% del totale, mentre gli operatori socio sanitari con più di 50 anni raggiungono il 57%. Analoga risulta essere la situazione del personale tecnico amministrativo, dove il 59% risulta avere più di 50 anni.

Da un'analisi dei flussi del personale in uscita nell'anno 2023, si può osservare che l'età media del personale infermieristico in cessazione dal SSR per quiescenza è stata di 61 anni. Pertanto, dalla stima che al 31 dicembre dello scorso anno, un numero pari a 10.981 infermieri aveva più di 50 anni, ne consegue la previsione che entro i prossimi 10 anni tale personale potrebbe cessare la propria attività presso le Aziende sanitarie pubbliche venete. Il fenomeno risulta legato alla cosiddetta "gobba pensionistica", ovvero all'uscita in massa delle classi d'età che ad oggi costituiscono quasi il 50% degli infermieri attivi. Da un confronto della stessa analisi per il personale medico si può prevedere come tale effetto risulti anticipato rispetto al personale infermieristico, con una stima prevedibile nel corso del prossimo anno.

La criticità relativa alla carenza di personale è influenzata anche dal numero elevato di dimissioni inattese, vale a dire le uscite dei professionisti dal sistema sanitario pubblico prima di aver maturato l'età contributiva o anagrafica per la quiescenza. Da una proiezione effettuata risulta che nel corso dell'anno 2023, sul totale delle dimissioni del personale infermieristico, il 54% era costituito da dimissioni inattese, mentre per il personale medico il dato risulta ancora più elevato rappresentando il 67% delle cessazioni. L'andamento negli anni di queste percentuali, incrementatesi dopo la pandemia, è stato abbastanza sovrapponibile per infermieri e medici, fino al 2023, anno in cui si assiste ad un aumento delle dimissioni inattese dei medici e ad una diminuzione delle medesime da parte degli infermieri.

Infine, si assiste ad una generale diminuzione dell'attrattività dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, ed in particolare del corso di laurea in infermieristica, con una contrazione del numero delle domande che lo scorso anno accademico si è determinata in modo più accentuato presso gli atenei presenti nel territorio regionale.

Data l'importanza delle analisi dei contesti sopradescritte, la Regione del Veneto traendo spunto dalle criticità del sistema si sta, pertanto, attivando con azioni tese a prevenirle e superarle, con l'obiettivo di attenuare gli effetti di questa crisi del personale sanitario e assistenziale, perseguendo politiche per rafforzare il Sistema sanitario regionale, rendendolo più resiliente alle crisi future. Ha pertanto, previsto, di intraprendere molteplici azioni per affrontare efficacemente le esigenze attuali e prossime del sistema sanitario e rispondere prontamente alle richieste della popolazione.

La Direzione Risorse Umane del SSR al fine di perseguire l'obiettivo anzidetto, ha predisposto un "Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto" contenuto nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che oltre a riportare i dati relativi al contesto internazionale, nazionale e regionale, descrive le azioni strategiche che intende perseguire per affrontare la sfida legata al personale sanitario e assistenziale e garantire, conseguentemente, i livelli di servizio e di performance del sistema socio sanitario regionale.

Tale documento prevede innanzitutto l'istituzione di una "Cabina di regia sulla carenza di personale nel SSSR", coordinata dall'Assessore alla Sanità, ai Servizi Sociali e alla Programmazione socio-sanitaria e composta dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dal Direttore dell'Area Politiche economiche, Capitale umano e Programmazione comunitaria, dal Direttore della Direzione Risorse Umane del SSR e dal Direttore della Direzione Servizi Sociali. Considerato l'aspetto prodromico di tale iniziativa, con la presente



Deliberazione si provvede alla sua istituzione, demandando la possibilità di procedere ad eventuali integrazioni qualora se ne presentasse la necessità con Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Tra le iniziative più importanti volte ad investire sulla forza lavoro esistente, il Piano prevede l'attuazione di strategie di promozione di stili di *leadership* supportivi, al fine di costruire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere del personale e su minori livelli di assenteismo e turn over, e ottenere così nel medio e lungo periodo ricadute positive nella cura del paziente. In particolare, è previsto l'avvio di un progetto con alcuni atenei italiani per la definizione di un modello italiano da applicare nelle Aziende sanitarie della Regione del Veneto.

Infine, tra le azioni immediate e prioritarie per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari, unitamente a politiche di sviluppo quantitativo del personale sanitario, il documento implementa strategie di *attraction* e *retention* nelle aree e nei settori disagiati, tra le quali la previsioni di incremento dei fondi contrattuali delle Aziende ed Enti del SSR. Per tale finalità è in fase di predisposizione un disegno di legge regionale destinato alla valorizzazione sia del personale della dirigenza dell'Area Sanità che dei profili dei ruoli sanitario e socio-sanitario del comparto, secondo criteri e modalità definiti dalla Giunta regionale.

Segnatamente, le restanti azioni descritte nel Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto, potranno essere oggetto di successiva ulteriore definizione con specifici provvedimenti della Giunta regionale. Inoltre, ai fini della sua implementazione, il Piano stesso sarà oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali e professionali interessate, anche al fine di acquisire suggerimenti e indicazioni applicative.

Si dà atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

- VISTO il Patto per la Salute 2019-2021 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019;
- VISTA la L.R. 28 dicembre 2018, n. 48 di approvazione del Piano socio sanitario regionale 2019-2023;
- VISTO il CCNL dell'Area Sanità 23 gennaio 2024;
- VISTO il CCNL del Comparto Sanità 2 novembre 2022;
- VISTA la DGR n. 22 del 16 gennaio 2024;
- VISTO l'articolo 2, comma 2, lett. o), della L.R. 31 dicembre 2012, n. 54;

DELIBERA

1. di approvare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il "Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto", di cui all'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di istituire la "Cabina di regia sulla carenza di personale nel SSSR", coordinata dall'Assessore alla Sanità, ai Servizi Sociali e alla Programmazione socio-sanitaria e composta dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dal Direttore dell'Area Politiche economiche, Capitale umano e Programmazione comunitaria, dal Direttore della Direzione Risorse Umane del SSR e dal Direttore della Direzione Servizi Sociali;



4. di riservarsi, qualora se ne presentasse la necessità, la possibilità di procedere ad eventuali integrazioni della composizione della Cabina di regia prevista al punto 3), con Decreti del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale;
5. di precisare che le restanti azioni descritte nel Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto, potranno essere oggetto di successiva ulteriore definizione con specifici provvedimenti della Giunta regionale;
6. di stabilire, altresì, che ai fini della sua implementazione, il Piano stesso sarà oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali e professionali interessate, anche al fine di acquisire suggerimenti e indicazioni applicative;
7. di incaricare la Direzione Risorse Umane del SSR dell'esecuzione del presente atto;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
9. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta regionale
Dott. Lorenzo Traina





Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio Socio
Sanitario Regionale del Veneto



9fc2067e





GLOSSARIO

Aziende sanitarie: tutte le aziende ULSS, ospedaliere ed Enti del SSSR

Attraction (Attrattività): l'influenza esercitata sulle preferenze di studenti o operatori sanitari di lavorare in aree rurali o remote, di solito suscitando interesse o aumentando i fattori di attrazione (WHO, 2010).

Ai fini del presente documento l'attrattività si riferisce a tutte le aree, non solo quelle rurali o remote.

Retention delle risorse umane (Trattenimento del personale): insieme di fattori e azioni che determinano il permanere del personale in una organizzazione sanitaria.

Dimissioni inattese: l'uscita di un dipendente dal sistema sanitario pubblico, prima di aver maturato il requisito contributivo o l'età anagrafica per la quiescenza (Costa & al., 2023).

Skill mix: combinazione di figure professionali richieste per prestare assistenza sanitaria ai pazienti (Del Vecchio & al., 2022).

Skill mix change: sostituire una professione con un'altra nello svolgimento di un'attività (Del Vecchio & al., 2018).

Staff change: raggiungimento di una specifica composizione numerica di diverse tipologie di personale sanitario (Del Vecchio & al., 2022).



9fc2067e



INDICE

Premessa	pag. 6
1. CARENZA DI PERSONALE SANITARIO: SCENARIO INTERNAZIONALE E NAZIONALE	pag. 7
1.1. Le cause dello <i>shortage</i> di personale	pag. 7
1.2. Densità di personale medico e infermieristico	pag. 9
1.3. Attrattività di professionisti dall'estero e verso l'estero	pag. 9
1.4. Attrattività della professione medica e infermieristica in Italia	pag. 9
2. LA CARENZA DI PERSONALE NEL SSSR PUBBLICO DEL VENETO	pag. 13
2.1. Invecchiamento del personale	pag. 13
2.2. Le dimissioni inattese	pag. 14
2.3. La gobba pensionistica per il personale infermieristico, OSS e amministrativo	pag. 16
2.4. Attrattività dei corsi di laurea in infermieristica e di formazione professionale per la qualifica di OSS attivati in regione Veneto	pag. 19
2.5. La carenza di personale nelle strutture socio sanitarie accreditate	pag. 20
3. IL PIANO STRATEGICO DI CONTRASTO ALLA CARENZA DI PERSONALE NEL SSSR	pag. 22
3.1. Macro-problema 1 Complessità del fenomeno "carenza di personale", con cause multifattoriali che interessano i settori pubblico e privato accreditato.	pag. 23
Azione 1.1 Istituire una cabina di regia sulla carenza di personale nel SSSR	
Azione 1.2 Sensibilizzare i soggetti interessati sulla carenza di personale e sull'adozione del piano	
3.2. Macro-problema 2 Bassa capacità di trattenere il personale in servizio, come evidenziato dall'aumento delle dimissioni inattese del personale del SSR pubblico, per varie cause	pag. 25
Azione 2.1 Studiare le cause di dimissioni inattese	
Azione 2.2 Promuovere stili di leadership supportivi	
Azione 2.3 Valorizzare le competenze avanzate del personale del comparto sanitario	
Azione 2.4 Realizzare una piattaforma per la gestione delle mobilità inter-aziendali SSR	
Azione 2.5 Aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati	
Azione 2.6 Prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale dipendente	
3.3. Macro-problema 3 Diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale	pag. 33
Azione 3.1 Mitigare gli effetti dell'invecchiamento del personale	



3.4. Macro-problema 4 Carenza di personale di assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze pag. 34

Azione 4.1 Utilizzare modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change

Azione 4.2 Impiegare risorse tecnologiche e AI a supporto delle attività sanitarie e amministrative

3.5. Macro-problema 5 Perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche pag. 38

Azione 5.1 Promuovere le iscrizioni ai Corsi di Laurea in Infermieristica, ai percorsi formativi per OSS, verso alcune specializzazioni mediche

Bibliografia

pag. 41



PREMESSA

Il presente documento è finalizzato a illustrare un piano strategico costituito da un insieme organico di azioni che risulta necessario sviluppare e attuare per garantire i livelli di servizio e di performance del sistema socio sanitario regionale a fronte dello scenario di carenza di personale che verrà di seguito descritto.

Le principali problematiche individuate riguardano:

- la diminuita attrattività delle professioni sanitarie, in particolare di infermieristica, di alcune specializzazioni mediche e della professione di operatore socio sanitario,
- l'invecchiamento del personale con il conseguente aumento di disagi correlati all'età,
- la futura carenza di personale sanitario, particolarmente infermieri e OSS, che si determinerà a seguito del raggiungimento dell'età pensionabile di un grosso numero di dipendenti concentrati ora nelle fasce di età 51-54 anni,
- le dimissioni inattese, cioè quelle correlate a motivazioni diverse dal pensionamento, che negli ultimi anni costituiscono più della metà delle dimissioni totali.

Il piano individua per le problematiche descritte gli obiettivi, le tempistiche di massima e una serie di macro-azioni, che saranno coordinate da una cabina di regia.

Le macro-azioni che compongono il piano, sono presentate con una breve descrizione delle finalità, le attività principali da realizzare o già in fase di realizzazione, gli esiti attesi e le possibili criticità da affrontare.

A partire dal seguente piano saranno previste fasi di confronto con direzioni aziendali e gli stakeholder professionali e del mondo del lavoro.



1. CARENZA DI PERSONALE SANITARIO: SCENARIO INTERNAZIONALE E NAZIONALE

Nell'ultimo biennio sono stati pubblicati alcuni report da parte di due organizzazioni internazionali di cui l'Italia fa parte: nell'autunno del 2022, l'OMS regione europea ha pubblicato il rapporto «Health and care workforce in Europe: time to act» che ha presentato la situazione del personale sanitario sottolineando la necessità, per i paesi della regione, di agire con immediatezza rispetto alla imminente crisi del personale nei sistemi sanitari; nel 2023 l'OECD (organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) ha pubblicato «Beyond applause? Improving working conditions in long term care» che presenta un'analisi sugli operatori di assistenza nel settore delle cure agli anziani, mostrando come questi soffrano di difficoltà ancora maggiori rispetto ai colleghi che operano nelle strutture ospedaliere per tre ragioni: 1) stipendi mediamente più bassi 2) peggiori condizioni di lavoro 3) scarso riconoscimento sociale della particolare attività svolta; sempre nel 2023 l'OECD ha pubblicato «Health at a glance 2023», un rapporto biennale che fornisce una serie completa di indicatori alcuni che confermano il trend di carenza del personale sanitario.

Dai report citati emerge che i sistemi sanitari europei affrontano un livello di difficoltà e di crisi mai raggiunto prima, difficoltà legata in particolare alla carenza di personale sanitario, nonostante i numeri assoluti di personale siano aumentati, pur con diversi livelli di grandezza, in tutti i paesi considerati.

1.1. Le cause dello shortage di personale

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% [OCSE, 2023]); 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, si assiste alla carenza di personale sanitario, riguardante prevalentemente infermieri e alcune tipologie di medici specialisti.

Due macro-fattori concorrono ad accentuare la carenza di personale sanitario: 1- la diminuzione del numero dei lavoratori, causata da dimissioni e non sostituzione del personale, e 2- l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie.

Il primo macro-fattore è alimentato da quattro cause:

- **INVECCHIAMENTO DEL PERSONALE:** l'età elevata del personale sanitario in servizio (nel 2021 i medici con età > di 50 anni sono il 53% e gli infermieri il 49% [Ministero della Salute, 2023]) che produce un aumento delle prescrizioni e delle limitazioni alle mansioni professionali, diminuzione delle ore lavorate e ondate di pensionamenti;
- **DISAGIO E BURNOUT:** l'aumento di decessi tra il personale durante la pandemia (circa 50.000 operatori sanitari in Europa), che ha generato, insieme a un aumento dei carichi di lavoro, ripercussioni psicologiche con crescita del disagio mentale e del burnout;
- **DIMISSIONI:** 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;
- **MIGRAZIONE:** i fenomeni migratori, cresciuti per i medici del 27% e del 79% 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 e 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 condiziona il fabbisogno di personale, è l'INCREMENTO DELLA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI condizionato 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 (Azzopardi-Muscat & al., 2023).

Le previsioni ISTAT infatti confermano come, a causa del permanente regime di bassa fecondità e dell'allungamento dell'aspettativa di vita, la struttura della popolazione italiana stia progressivamente consolidando un aumento delle fasce di età senili. La popolazione residente che è in riduzione costante è passata da 60 milioni 346mila unità nel 2014, a 58 milioni 983mila unità al 1 gennaio 2024 (- 1 milione 363 mila) ed è destinata a diminuire ulteriormente nei prossimi anni secondo le previsioni ISTAT. Il Paese, al primo posto per anzianità della popolazione a livello mondiale, presenta la seguente articolazione per età: il 12,2% degli individui ha fino a 14 anni di età; il 63,3% tra 15 e 64 anni; il 24,5% dai 65 anni di età in su.

Le prospettive future comportano un ampliamento di tale processo e l'ISTAT stima che le persone di età pari o superiore a 65 anni potrebbero rappresentare il 35% del totale della popolazione entro il 2050 (Figura 1), con un inevitabile impatto sulle politiche di protezione sociale che dovranno misurarsi con i bisogni di una quota crescente di anziani (ISTAT, 2022).

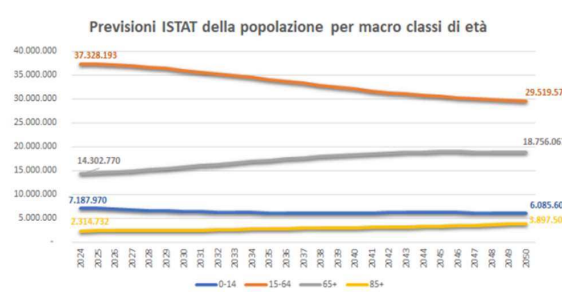


Figura 1- Previsioni 2024 – 2050 Popolazione per classi di età.

Fonte: elaborazioni Ministero della Salute – DGPROF su dati ISTAT

Per quanto riguarda lo scenario relativo alla popolazione residente in Veneto la situazione è pressoché analoga alla media nazionale come si può notare dalla tabella seguente (Figura 2):



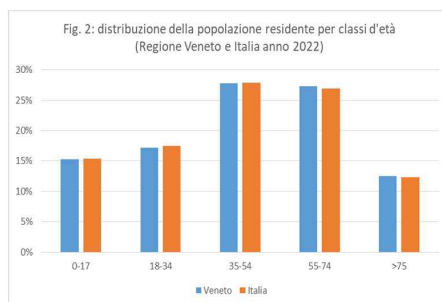


Figura 2: distribuzione della popolazione residente per classi d'età (Regione Veneto e Italia anno 2022) Fonte dati: ISTAT

1.2. Densità di personale medico e infermieristico

Per quanto riguarda la carenza delle due famiglie professionali considerate fondamentali per i sistemi sanitari, medici e infermieri, va evidenziato 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.

1.3. Attrattività di professionisti dall'estero e verso l'estero

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 si sono formati all'estero; media OECD rispettivamente 18,9% e 8,7%); va segnalato che il salario 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, inoltre, il salario degli infermieri in Italia, correlato al potere di acquisto, è tra gli ultimi posti dei paesi dell'OECD.

Il 19° rapporto di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), individua tra le principali cause della perdita di attrattività della professione infermieristica quella dello stipendio non soddisfacente: i salari degli infermieri italiani, infatti, a parità di potere d'acquisto, sono nettamente inferiori a quelli europei.

Questo divario salariale è causa inevitabilmente di due fenomeni che sommandosi andranno a pesare sulla situazione già critica per il personale infermieristico in Italia: non solo la professione perde attrattività agli occhi dei giovani che si affacciano al mondo del lavoro, ma porta anche i giovani infermieri (ma vale anche per i medici) ad emigrare in altri Paesi europei, attratti da condizioni economiche di gran lunga più favorevoli.

Considerata la crisi demografica, più accentuata in Italia, ma che accomuna tutti i paesi europei, si può prevedere un aumento fisiologico della competizione internazionale per l'attrazione e reclutamento di professionisti sanitari provenienti da altri paesi.

1.4. Attrattività della professione medica e infermieristica in Italia

Dal report "Corsi di laurea delle professioni sanitarie: dati sull'accesso ai Corsi e programmazione dei posti nell' A.A. 2023-24" (Mastrillo & al., 2023) emerge rispetto all'anno precedente, un aumento del +4,4% dei posti a bando, da 32.998 a 34.453 a fronte di un calo delle domande da 72.736 a 66.686 con la conseguente riduzione del rapporto domande/posto (D/P) da 2,6 del 2021, 2,2 del 2022 all'1,9 (figura 3). La diminuzione delle domande di ammissione (-8,3%) ha riguardato tutti i corsi di laurea delle professioni sanitarie, ad eccezione di quello per logopedista.



Al contrario, si rileva un aumento delle domande per i Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, da 14.595 dello scorso anno alle attuali 15.461, con +5,9%.

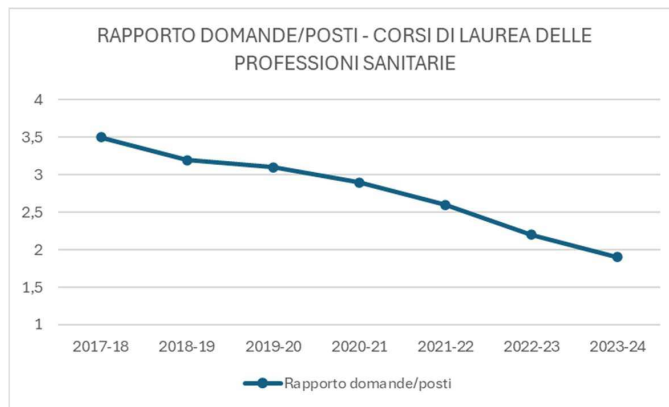


Figura 3: Rapporto domande di ammissione su posti - corsi di laurea professioni sanitarie. AA 2017-18/2023-24
Fonte dati: Mastrillo, 2023

Se consideriamo gli esiti della formazione universitaria del personale sanitario, si può notare nella figura 4, che mentre il numero di laureati medici negli ultimi 10 anni è in costante ascesa, il numero di laureati infermieri cala costantemente dal 2013, arrivando ad essere inferiore al numero di laureati medici nel 2021.

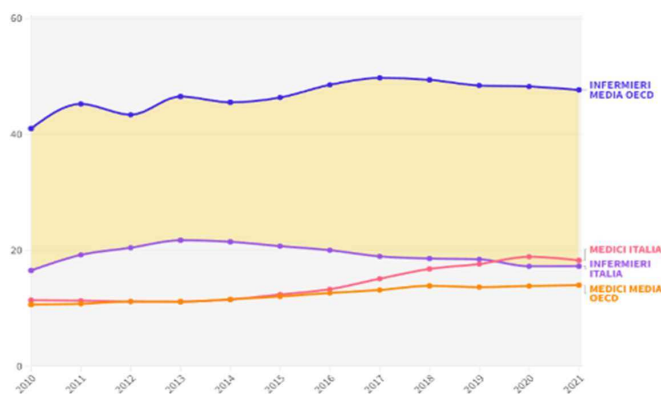


Figura 4: Numero medio di laureati medicina e infermieristica OECD e Italia per anno su 100.000 abitanti
Fonte dati: OECD – elaborazione Regione Veneto

Considerato il trend di laureati in infermieristica e in 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, anche con una induzione all'emigrazione per i professionisti medici che metterebbe in evidenza uno spreco delle risorse investite nella formazione di base e specialistica.



Per quanto riguarda la formazione universitaria infermieristica si assiste ad una accentuata diminuzione di attrattività, con una preoccupante diminuzione delle domande di accesso nell'ultimo anno accademico (-10,5% domande) e un rapporto domande/posto diminuito a 1,2 con valori medi di 0,9 negli atenei dell'Italia settentrionale e centrale; 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, determinata anche dal preoccupante calo demografico. 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 al corso laurea in medicina e chirurgia, che funge da polarizzante (vi è infatti 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 - 0.92; p-value<0.001) (elaborazione e su dati report Mastrillo et al.).

I dati relativi all'ultimo anno evidenziano una variazione media delle domande ad infermieristica del -10% rispetto allo scorso anno accademico, con il rapporto minimo domande/posti che il Paese abbia mai registrato: -12,6% nelle regioni del Nord, -15% nelle regioni del Centro e -5,7% nelle regioni del Sud (Mastrillo & al., 2023).

In relazione alla più specifica tematica della carenza di medici specialisti, riferibile prevalentemente alle specializzazioni in Medicina di emergenza-urgenza, anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore, Medicina interna, Radioterapia e alla formazione specifica 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, è stato pressoché assorbito. Tuttavia, l'esubero di contratti rispetto ai laureati ha prodotto un fenomeno di polarizzazione delle domande verso alcune specializzazioni (Dermatologia, Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, Ginecologia e ostetricia...) e la diminuzione di attrattività di altre come Anestesia, Rianimazione, terapia intensiva e del dolore, Medicina d'emergenza-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 -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 rispetto al contratto di formazione specialistica, all'assenza di riserva del posto in caso di malattia/maternità, alla non equiparazione del titolo di studio a un diploma di specializzazione universitaria e alla elevata burocratizzazione del lavoro dei medici di medicina generale.

In sintesi le principali problematiche che emergono dai dati disponibili a livello internazionale e nazionale 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, alla scarsa remunerazione, al basso riconoscimento sociale e alla complessiva diminuzione della platea di giovani;
- carenza di medici specialisti, in alcune specializzazioni, correlata all'esubero di contratti di formazione specialistica rispetto al numero di laureati;



- 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.

Pertanto, in attesa di condividere strategie coordinate tra Governo e Regioni e Province Autonome per affrontare le complesse problematiche della carenza di personale sanitario a livello nazionale, risulta necessario predisporre un piano strategico, con azioni a livello regionale e aziendale, di tipo trasversale per aumentare l'attrattività 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 regionale.



2. LA CARENZA DI PERSONALE NEL SSSR PUBBLICO DEL VENETO

2.1. Invecchiamento del personale

Al 31/12/2023 il personale sanitario (infermieri, medici, operatori socio-sanitari) con più di 50 anni d’età, in servizio presso il servizio sanitario regionale pubblico del Veneto, rappresentava il 47% del totale.

In particolare, il personale infermieristico “over 50” costituisce il 43% del totale (figura 5), mentre per quanto riguarda il personale OSS (figura 6), il 57% ha più di 50 anni. Nel caso degli operatori socio sanitari la motivazione è da ricercare nell’età media all’assunzione che nel 2023 è stata di 43,3 anni rispetto a quella degli infermieri che si attesta a 30,1 anni.

Per quanto riguarda il personale amministrativo, il 59% ha più di 50 anni e le due classi d’età più popolate sono le 55-58 e 59-62 anni (figura 7).

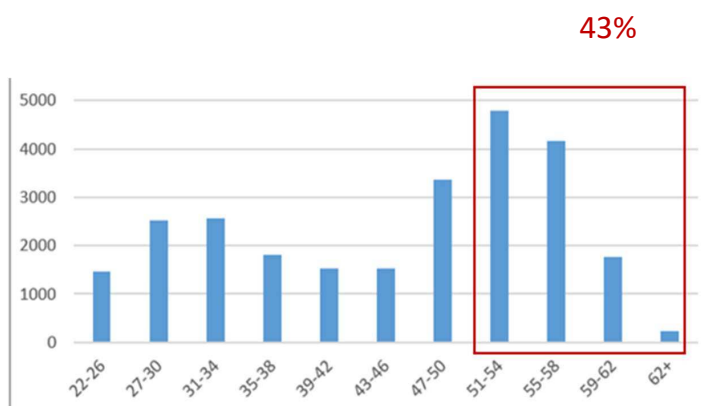


Figura 5: Distribuzione del personale infermieristico per classi di età al 31/12/2023
Fonte dati: GPI Regione Veneto

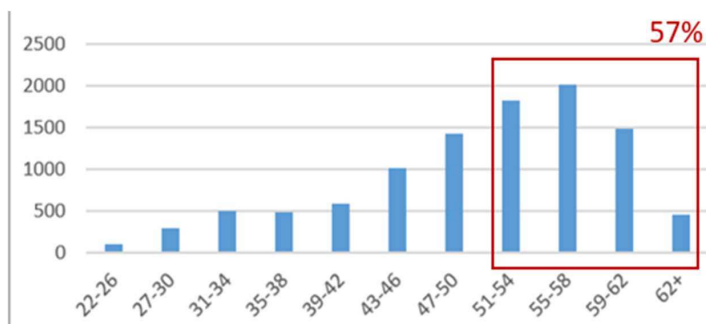


Figura 6: Distribuzione OSS per classi di età al 31/12/2023
Fonte dati: GPI Regione Veneto



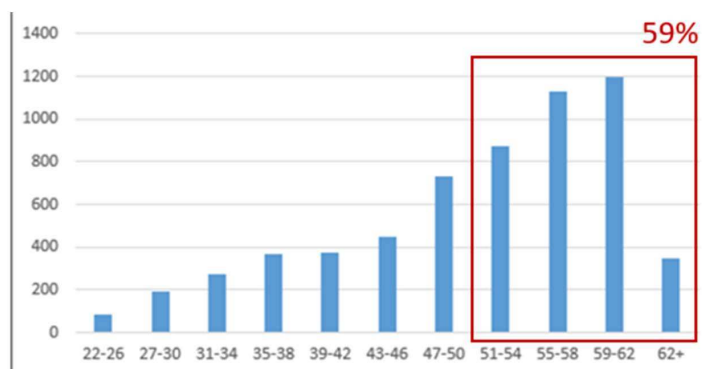


Figura 7: Distribuzione del personale amministrativo per classi di età al 31/12/2023
Fonte dati: GPI Regione Veneto

All'innalzamento dell'età dei dipendenti ha contribuito anche l'elevazione dei requisiti per l'accesso alla pensione, che comporta la permanenza in servizio fino ad un'età anagrafica compresa fra i 59 e i 62 anni - in caso di pensionamento per anzianità - e i 67 anni nel caso di pensionamento di vecchiaia.

Numerosi studi presenti in letteratura (Talini et al., 2016) rilevano che l'idoneità e le capacità lavorative – a parità di competenza- diminuiscono con l'innalzamento dell'età dei professionisti sanitari, in particolare modo nel caso di infermieri ed operatori socio-sanitari che svolgono attività che sollecitano l'apparato muscolo-scheletrico (movimentazione dei pazienti, postura eretta prolungata) e che sono pertanto più vulnerabili ai processi degenerativi legati all'innalzamento dell'età. La letteratura consultata mostra una correlazione tra l'età dei lavoratori e la frequenza con cui il medico competente dell'azienda impone limitazioni o prescrizioni, in particolare modo la prescrizione all'utilizzo di ausili per la movimentazione manuale di pesi e carichi o all'attività con un secondo operatore, o all'astensione totale del turno notturno.

La presenza di prescrizioni e limitazioni comporta la riduzione o quanto meno la modificazione delle prestazioni assistenziali erogabili dal personale, a cui si somma l'aumento della fruizione degli istituti previsti dalla L. 104/1992 collegati alla salute del personale stesso o per assistenza prestata a familiari sempre più anziani con patologie croniche e invalidanti.

I fenomeni descritti impattano inevitabilmente sul numero effettivo di ore lavorate, aggravando ulteriormente la situazione di carenza di personale.

2.2. Le dimissioni inattese

Con il termine "dimissione inattesa" si intende l'uscita di un dipendente dal sistema sanitario pubblico, prima di aver maturato il requisito contributivo o l'età anagrafica per la quiescenza. Si tratta di professionisti che abbandonano l'azienda in cui lavorano, e a volte la professione stessa, per cause "non fisiologiche".

Nel 2023, sul totale delle dimissioni del personale infermieristico, il 54% era costituito da dimissioni inattese, mentre per il personale medico il dato è ancora più elevato attestandosi al 67%. L'andamento delle dimissioni inattese per infermieri e medici negli anni è stato abbastanza sovrapponibile, fino al 2023, anno in cui si assiste ad un aumento delle dimissioni inattese dei medici (sul totale delle dimissioni), e ad una diminuzione delle dimissioni inattese degli infermieri.

Per il personale OSS invece il fenomeno è di tutt'altra portata e, mantenendosi più stabile rispetto agli altri profili, non supera il 37% (Figura 8).



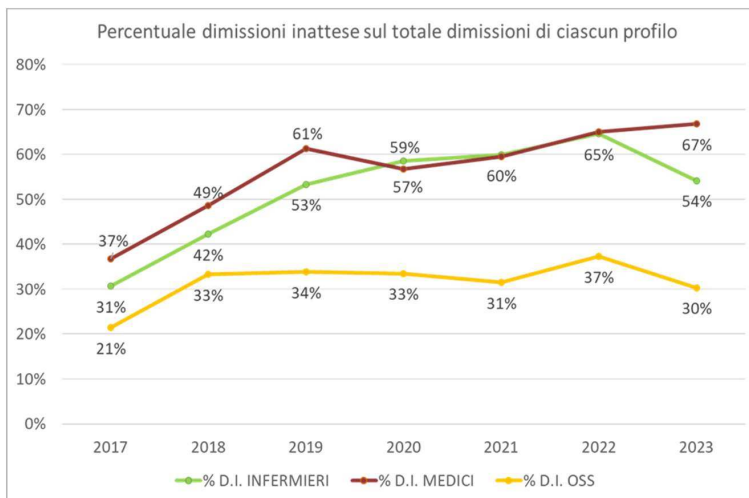


Figura 8: Dimissioni inattese sul totale delle dimissioni (infermieri, medici, OSS)
Fonte dati: GPI Regione Veneto

Si osserva una comune diminuzione dell'età media alla dimissione per tutti i profili (Fig. 9), ma mentre per gli infermieri e per gli OSS l'età media alla dimissione tra maschi e femmine è sovrapponibile, si rileva una importante differenza di età media alla dimissione inattesa per il personale medico per genere maschile e femminile con un repentino abbassamento nell'ultimo anno fino a circa 46 anni per i maschi e 44 per le femmine.

Questo dato prefigura un'inevitabile conseguenza: l'uscita dal sistema di infermieri e medici giovani (rispettivamente intorno ai 37-38 anni gli infermieri e 44-46 i medici) con circa 15 anni di esperienza professionale maturata, comporta una forte perdita di know-how e un dispendio di risorse per reclutamento, inserimento e allineamento delle competenze.

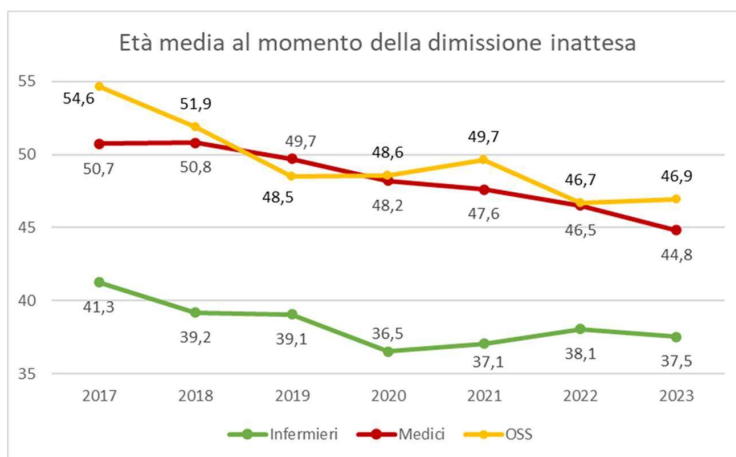


Figura 9: Età alla media alla dimissione (infermieri, medici, OSS)
Fonte dati: GPI Regione Veneto

Nel 2023 le dimissioni inattese del personale amministrativo hanno costituito il 28% delle dimissioni complessive: l'andamento di questo fenomeno -che ha raggiunto il suo picco massimo nel 2022- si presenta



in forte crescita negli ultimi 10 anni (fig. 10). Alla luce di questi dati si renderà necessario il monitoraggio del fenomeno delle dimissioni inattese e dell'attrattività per il personale amministrativo.

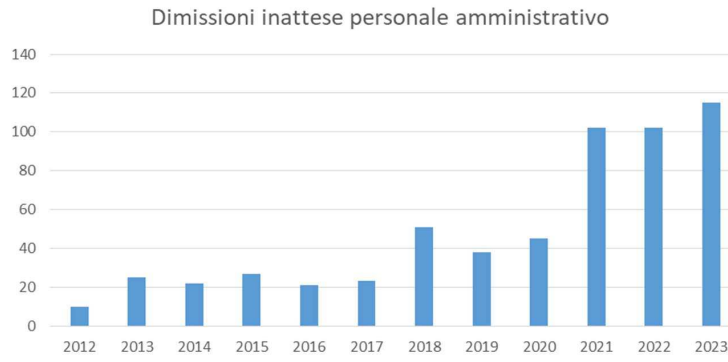


Figura 10: Andamento dimissioni inattese - personale amministrativo 2012 – 2023
Fonte dati: GPI Regione Veneto

2.3. La gobba pensionistica per il personale infermieristico, OSS e amministrativo

Nell'anno 2023 l'età media dell'uscita dal SSR per quiescenza del personale infermieristico è stata di 61 anni. Considerando che al 31/12/2023, 10.981 infermieri avevano più di 50 anni, si è di fronte al fatto che questi professionisti entro 10 anni cesseranno il loro servizio presso le aziende sanitarie venete. È il cosiddetto effetto della "gobba pensionistica", ovvero l'uscita in massa del personale ricompreso nelle classi d'età che ad oggi costituiscono quasi il 50% degli infermieri attivi.

Nella figura n. 11 è possibile osservare le proiezioni dell'invecchiamento del personale infermieristico prendendo come riferimento il personale in servizio al 31/12/2023, supponendo che rimangano costanti le assunzioni e le dimissioni inattese.

Le diverse linee rappresentano la composizione per età degli infermieri negli anni 2026, 2029 e 2032. Si può notare che ad oggi la classe di età più popolata (racchiusa nel riquadro) risulta quella 51-54 con una presenza massiccia di infermieri over 50 nei prossimi 10 anni.



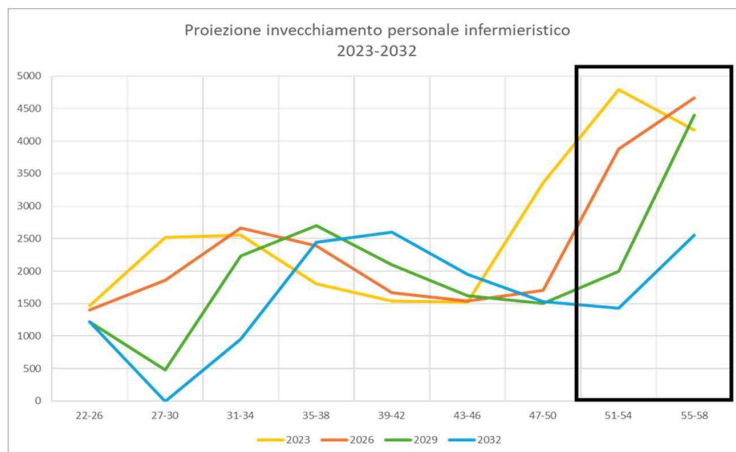


Figura 11: Proiezione invecchiamento personale infermieristico nel SSR Veneto
Fonte dati: GPI Regione Veneto

Per poter comprendere la portata che il fenomeno della gobba pensionistica avrà nei prossimi anni, tuttavia, non è sufficiente proiettare le uscite per quiescenza, ma è necessario, infatti, stimare le uscite per dimissione inattesa. Il grafico rappresentato (fig. 12) prospetta due scenari: il primo scenario - più favorevole, riconoscibile nella curva gialla- rispecchia tassi di dimissione inattesa pre-covid, che rappresentavano l'1% del totale del personale infermieristico, e una, quella arancione, con un tasso di dimissione inattesa pari all'attuale, ovvero quello del 2.4% del personale infermieristico totale.

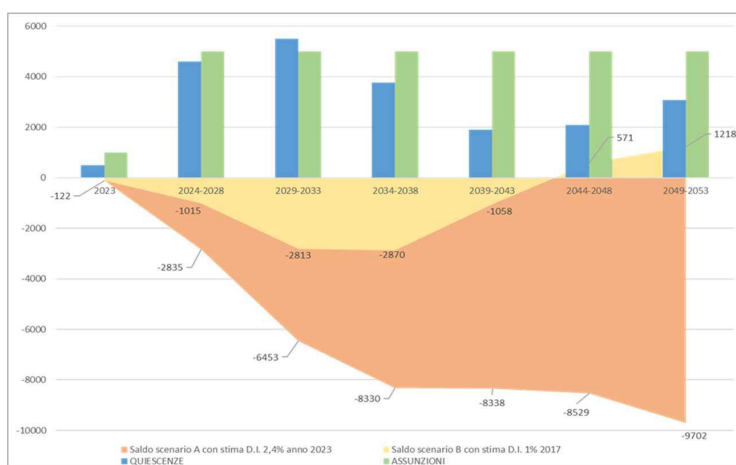


Figura 12: Stima carenza infermieri 2023- 2053 SSR pubblico Regione Veneto
Fonte dati GPI Regione Veneto

A partire dal 2023 lo *shortage* di personale infermieristico nello scenario più favorevole si risolverà nell'anno 2044, se viene mantenuto l'attuale numero di assunzioni (circa 1000/anno) con una carenza stimata di circa 3000 infermieri, a partire dal 2029, che durerà circa 10 anni.

Lo scenario peggiore, più verosimile, indica la necessità di introdurre tutte le strategie per diminuire le dimissioni inattese, che verosimilmente, come suggerisce la letteratura di settore, sono fortemente correlate a bassi livelli di benessere organizzativo, a sua volta influenzato da stili di leadership non supportivi, disagio



psicologico del personale, bassa valorizzazione delle competenze, scarsità di misure per la conciliazione vita-lavoro, basso riconoscimento sociale, bassa remunerazione.

Anche per il personale OSS si assiste ad una situazione di età media elevata, a causa anche di un inserimento “più tardivo” nel SSR pubblico rispetto ad altri profili, con un’età media all’assunzione di 43 anni.

Come riportato in figura 13, nella proiezione dell’invecchiamento di questa categoria da qui a 10 anni, le classi di età più popolose continueranno ad essere quelle over 50.

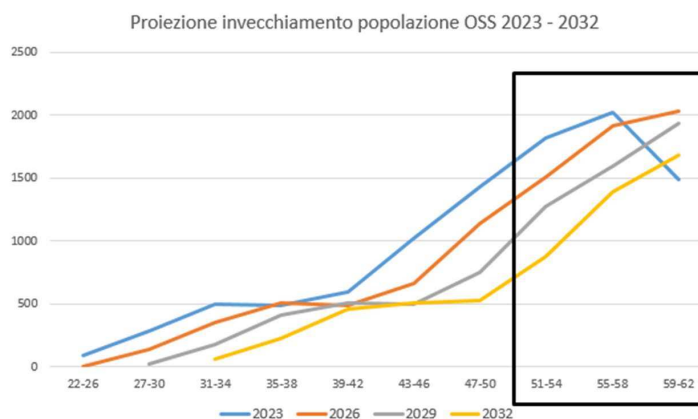


Figura 13: Proiezione invecchiamento personale OSS nel SSR Veneto
Fonte dati: GPI Regione Veneto

Se si mantenesse stabile l’andamento delle assunzioni al 2023 e delle dimissioni inattese (fenomeno che per gli OSS risulta poco rilevante), in considerazione delle numerose quiescenze, si assisterà ad una situazione di shortage di portata meno grave di quella relativa al personale infermieristico, ma che vedrà la carenza costante di circa 500 unità nel prossimo decennio (fig. 14).

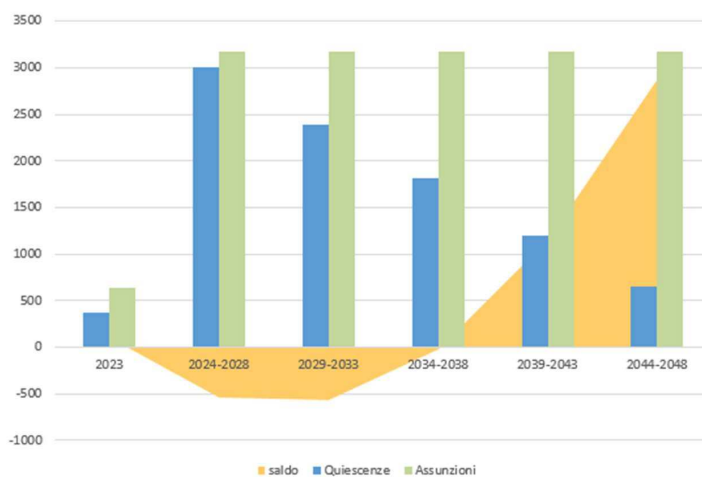


Figura 14: Stima carenza OSS 2023- 2053 Regione Veneto
Fonte dati: GPI Regione Veneto



La proiezione della distribuzione del personale amministrativo per classi d'età nei prossimi 10 anni (fig. 15) è simile a quella del personale infermieristico e OSS, tuttavia l'andamento del turnover a fronte delle quiescenze per i prossimi anni non è prevedibile perché il trend dei reclutamenti da concorso non è stabile (fig. 16).

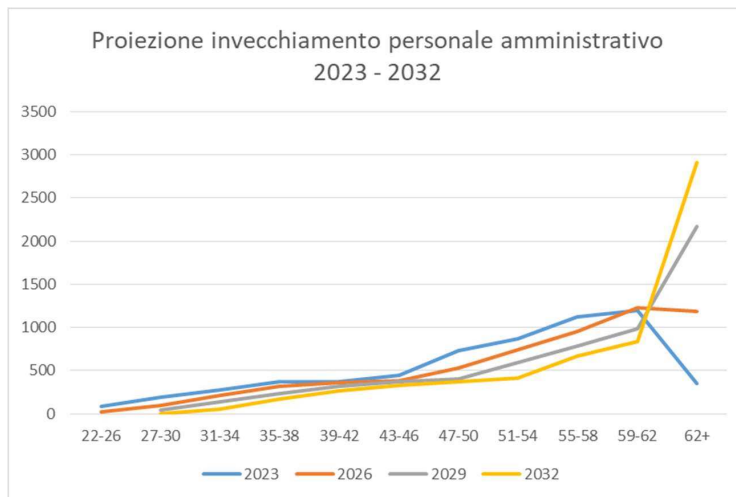


Figura 15: Proiezione invecchiamento personale amministrativo nel SSR Veneto
Fonte dati: GPI Regione Veneto



Figura16: Andamento assunzioni per concorso pubblico - personale amministrativo 2012 - 2023
Fonte dati GPI Regione Veneto

2.4. Attrattività dei corsi di laurea in infermieristica e di formazione professionale per la qualifica di OSS attivati in regione Veneto

L'attrattività dei corsi di laurea in infermieristica attivati nel territorio regionale, sostanzialmente riproduce l'andamento nazionale: ad un aumento dei posti disponibili (per l'anno accademico 2024-25 i posti a bando saranno 1850 rispetto ai 1654 dell'anno precedente) non corrisponde un aumento delle domande di ammissione, con un rapporto domande su posti in calo, fino all'attuale rapporto di 0,9 domande per posto.



La qualifica di operatore socio sanitario rientra nell'ambito della formazione professionale e i percorsi di formazione sono affidati ad enti che rispondono a regole di funzionamento e standard di accreditamento della formazione professionale. Nell'ultimo quinquennio si è rilevata una costante difficoltà nel reperimento di operatori socio sanitari, soprattutto nell'ambito dei servizi rivolti alle persone anziane e con disabilità, che al pari di quanto evidenziato nel documento già citato della OECD (OECD, 2023), dimostrano una bassa attrattività nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario. Per favorire la formazione di nuovi operatori socio sanitari, negli ultimi anni sono stati attuati alcuni interventi finalizzati ad aumentare l'attrattività, introducendo la possibilità di avvio flessibile di corsi non appena si raggiunga un numero sufficiente di partecipanti idonei (DGR 811/2022) e sostenendo economicamente l'iscrizione di persone disoccupate o inoccupate con l'erogazione di un voucher formativo individuale che copre circa l'85% del contributo di iscrizione, attingendo al fondo FSE come da Programma Operativo Regionale.

Nonostante queste misure, e quindi un aumento dei posti disponibili, non si rileva un sostanziale aumento di iscritti ai corsi OSS, come confermato dai monitoraggi effettuati dalla Direzione competente relativi agli anni 2023 e 2024 (fig. 17) con una persistente disomogeneità di corsi avviati tra le province del Veneto e bassa attrattività nelle province di Belluno, Rovigo, Vicenza e Verona, rispetto alla stima di fabbisogno formativo, ascrivibili probabilmente ad una forte offerta in altri settori lavorativi.

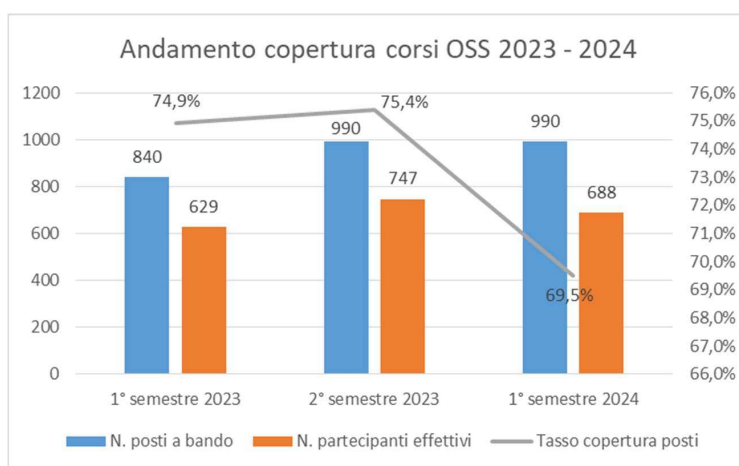


Figura 17: Copertura posti disponibili corsi OSS - Regione Veneto 2023-2024
Fonte dati: Direzione Formazione e Istruzione

2.5. La carenza di personale nelle strutture socio sanitarie accreditate

Lo *shortage* di personale infermieristico e di operatori socio sanitari interessa particolarmente le strutture socio sanitarie accreditate, nel settore dell'assistenza alle persone anziane e con disabilità, che rispetto al SSR pubblico sono connotate da minore attrattività, come evidenziato dalle partecipazioni dei dipendenti di tale strutture ai concorsi pubblici.

Allo scopo di definire azioni di miglioramento, in particolare azioni volte al reclutamento e all'incremento dell'attrattività delle professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario e del loro impiego nelle strutture regionali e di adottare strumenti atti a valorizzare le professioni sanitarie e gli operatori socio sanitari operanti in ambito sociale, è già stato istituito un tavolo tecnico legato alle problematiche della



carezza di personale nei servizi sanitari e socio sanitari, con funzione di ricerca ed analisi, monitoraggio e supporto (Decreto del direttore Generale di Area Sanità e Sociale, n. 120 del 29 settembre 2023).

Ad oggi i diversi Enti stanno reclutando Infermieri e OSS attingendo da bacini esteri in virtù delle norme nazionali che consentono l'esercizio professionale in deroga alle procedure di riconoscimento del titolo, come disciplinato da ultimo dall'art 15 del DL 30 marzo 2023 n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 26 maggio 2023, n. 56 affrontando non pochi ostacoli relativi ai meccanismi di ingresso di stranieri nel Paese, che ad oggi non prevedono per gli operatori di interesse sanitario, in questo caso gli OSS, la possibilità di entrata extra-flussi.



3. IL PIANO STRATEGICO DI CONTRASTO ALLA CARENZA DI PERSONALE NEL SSSR

Il piano elaborato è stato sviluppato tenendo in considerazione le informazioni attualmente disponibili sul personale del SSR pubblico e dell'ambito socio sanitario accreditato, la letteratura di settore che studia i fenomeni dell'attrattività e capacità di trattenere il personale delle organizzazioni sanitarie e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul tema della crisi relativa al personale sanitario (WHO, 2023) e di altra letteratura di settore (Health Canada, 2024) .

Il piano definisce un set iniziale di azioni, alcune trasversali per tutto il personale, altre specifiche per alcune famiglie professionali di particolare interesse, che sono state create anche sulla base di indicazioni e best practice emerse dall'analisi di letteratura come azioni concorrenti per affrontare i cinque macro-problemi individuati e il raggiungimento dei relativi obiettivi (Tabella 1); il piano ha un orizzonte temporale quinquennale, con una diversa durata per le azioni che sono descritte nei paragrafi successivi

MACRO-PROBLEMA	OBIETTIVO
1. Complessità del fenomeno “carenza di personale”, con cause multifattoriali che interessano i settori pubblico e privato accreditato	Coordinamento unitario delle azioni a livello regionale
2. Bassa capacità di trattenere il personale in servizio, come evidenziato dall'aumento delle dimissioni inattese del personale del SSR pubblico, per varie cause	Miglioramento della capacità delle aziende sanitarie di trattenere il personale
3. Diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale	Riduzione dell'impatto dell'invecchiamento del personale sulla produzione di servizi
4. Carenza di personale di assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze	Riduzione dell'impatto delle quiescenze massive
5. Perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche	Aumento dell'attrattività delle professioni e di alcune specifiche specializzazioni mediche

Tabella 1 Macro-problemi e Obiettivi del piano strategico regionale



3.1. Macro-problema 1

Macro-problema 1 Complessità del fenomeno “carenza di personale”, con cause multifattoriali che interessano i settori pubblico e privato accreditato.

Obiettivo 1: Coordinamento unitario delle azioni a livello regionale

Azione 1.1 Istituire una cabina di regia sulla carenza di personale nel SSSR

Azione 1.2 Sensibilizzare i soggetti interessati sulla carenza di personale e sull'adozione del piano

Azione 1.1: Istituire una cabina di regia sulla carenza di personale nel SSSR

Obiettivi: garantire il perseguimento degli obiettivi strategici

Prospettiva temporale: entro il 2029

Attività principali: indirizzare, sensibilizzare i principali stakeholder; monitorare gli esiti del piano strategico

Esiti attesi: coordinamento delle azioni del piano

Criticità: stabilità della composizione della Cabina di regia.

Viene istituita una cabina di regia sulla carenza di personale nel Servizio sanitario regionale e nelle strutture socio sanitarie accreditate, coordinata dall'Assessore alla Sanità, ai Servizi Sociali e alla Programmazione socio-sanitaria e composta dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, dal Direttore dell'Area politiche economiche, capitale umano e programmazione comunitaria, dal Direttore della Direzione Risorse Umane del SSR, dal Direttore della Direzione Servizi Sociali.

La Cabina di Regia fungerà da punto centrale di coordinamento per tutte le azioni e le iniziative previste nel piano, sarà responsabile di garantire che le attività siano allineate agli obiettivi strategici e che vengano implementate in modo coerente e tempestivo, monitorerà l'implementazione delle azioni da parte dei vari soggetti coinvolti, assicurandosi che vengano rispettati i tempi e raggiunti gli obiettivi prefissati.

Azione 1.2 Sensibilizzare i soggetti interessati sulla carenza di personale e sull'adozione del piano

Obiettivi: raggiungere un livello di consapevolezza condiviso con gli stakeholder

Prospettiva temporale: entro 2024

Attività principali: realizzazione di un convegno sulla tematica; inserimento degli argomenti relativi allo shortage negli ordini del giorno degli incontri con gli attori interessati

Esiti attesi: investimento e attivazione per l'attuazione nelle aziende sanitarie delle azioni del piano per le parti di competenza

Criticità: differenti livelli di sensibilità al problema tra gli stakeholder; diversa criticità di personale tra le aziende; disomogeneità di attrattività e capacità di *retention* tra le aziende.

Per affrontare efficacemente la carenza di personale, è fondamentale implementare un'azione di sensibilizzazione che coinvolga tutti gli stakeholder rilevanti, al fine di raggiungere un livello di consapevolezza condiviso. Questa strategia risponde alla necessità di comprendere le cause, le conseguenze e le possibili soluzioni al problema, promuovendo una collaborazione trasversale e sinergica tra i vari attori coinvolti.



L'organizzazione di un convegno sulla tematica, previsto per novembre 2024, rappresenta un elemento chiave di questa azione. Il convegno, rivolto a tutti gli attori interessati, offrirà un'occasione per presentare dati aggiornati, condividere best practice, e discutere strategie innovative per affrontare la carenza di personale. Questo approccio consentirà di facilitare un dialogo aperto e costruttivo, promuovendo una maggiore comprensione delle sfide associate al problema.

Parallelamente, l'inserimento degli argomenti relativi allo *shortage* negli ordini del giorno degli incontri (comitato direttori generali, direzioni delle professioni sanitarie, direzioni delle risorse umane, organizzazioni sindacali, ordini professionali, atenei, ed eventuali altri attori che si riterrà utile coinvolgere) permetterà di mantenere alta l'attenzione sulla tematica creando l'occasione per condividere nuove sfide e soluzioni.

Gli esiti attesi di queste attività sono rappresentati dall'ingaggio dei vertici aziendali nella attuazione del piano includendo anche la diffusione e sensibilizzazione a cascata all'interno delle organizzazioni. La condivisione delle informazioni e delle strategie tra i vari livelli organizzativi porterà a una maggiore consapevolezza collettiva, favorendo l'adozione di pratiche e politiche più efficaci per mitigare la carenza di personale. L'approccio collaborativo e inclusivo è essenziale per affrontare in modo sostenibile e duraturo la sfida della carenza di personale.



3.2. Macro-problema 2

Macro-problema 2 Bassa capacità di trattenere il personale in servizio, come evidenziato dall'aumento delle dimissioni inattese del personale del SSR pubblico, per varie cause

Obiettivo 2 Miglioramento della capacità delle aziende sanitarie di trattenere il personale

Azione 2.1 Studiare le cause di dimissioni inattese

Azione 2.2 Promuovere stili di leadership supportivi

Azione 2.3 Valorizzare le competenze avanzate del personale del comparto sanitario

Azione 2.4 Realizzare una piattaforma per la gestione delle mobilità inter-aziendali SSR

Azione 2.5 Aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati

Azione 2.6 Prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale dipendente

Azione 2.1 Studiare le cause di dimissioni inattese

Obiettivi: comprendere le cause delle dimissioni volontarie del personale dipendente dal SSR pubblico

Prospettiva temporale: entro il 2025

Attività principali: costruzione e diffusione di un processo di valutazione condiviso tra le aziende del SSR con strumenti utili alla mappatura delle cause delle dimissioni inattese; attivazione di una rete di sostegno per i dipendenti dimissionari

Esiti attesi: determinazione delle cause del fenomeno, benchmark tra aziende, individuazione best practice per la retention

Criticità: necessità di approccio integrato tra HR e Direzioni aziendali, cambiamento da un approccio di gestione amministrativa del personale a un approccio mirato alla massima valorizzazione dei dipendenti.

Come già ampiamente descritto nelle premesse, la crisi pandemica ha acuito una situazione già precaria nel settore sanitario, esponendo i professionisti a sfide senza precedenti. L'emergenza sanitaria ha accentuato il desiderio di molti operatori di abbandonare la professione a causa delle difficili condizioni di lavoro e del sovraccarico di lavoro. Questo fenomeno, noto come "Great Resignation", si è manifestato con un incremento delle dimissioni volontarie non solo a livello internazionale ma anche nazionale e regionale, influenzato da fattori quali la riconsiderazione del ruolo del lavoro nella propria vita, la ricerca di un miglior equilibrio tra vita lavorativa e personale, e il fenomeno del "quiet quitting", ovvero la riduzione graduale dell'impegno da parte dei lavoratori che restano.

Azioni di audit del personale che sceglie di abbandonare le aziende del SSR sono necessarie per approfondire le motivazioni del fenomeno, con particolare riferimento all'ambito delle professioni sanitarie, in modo da disporre di elementi utili per adottare leve motivazionali atte a contenerlo. Allo scopo di attuare politiche efficaci a livello aziendale e regionale, facilitando l'identificazione di best practice e aree di miglioramento e aumentare la capacità di trattenere il personale nelle aziende sanitarie è fondamentale poter disporre di dati strutturati e confrontabili; ne consegue la necessità di individuare strumenti di rilevazione da utilizzare in modo omogeneo in tutte le aziende sanitarie.

Di seguito vengono proposte alcune indicazioni relative al processo di valutazione delle cause delle dimissioni inattese finalizzato a comprendere le motivazioni che inducono i professionisti sanitari, gli OSS e il personale amministrativo a lasciare il lavoro precocemente rispetto alla quiescenza; è necessaria, pur su adesione



volontaria del dipendente, al fine di identificare e attuare azioni correttive per migliorare la retention e l'attrattività della professione.

Il processo di valutazione dovrebbe prevedere un Colloquio di Dimissione immediatamente dopo la ricezione delle dimissioni inattese, condotto da un componente della direzione delle Risorse Umane insieme a un rappresentante della direzione di riferimento, mirato a rilevare con una discussione aperta i motivi delle dimissioni, esperienze lavorative, feedback sull'ambiente di lavoro, e suggerimenti per miglioramenti e un Questionario Strutturato Anonimo, anonimo per promuovere l'onestà nei rispondenti e la trasparenza, di agevole compilazione su vari aspetti del lavoro, tra cui condizioni lavorative, ambiente lavorativo, equilibrio vita-lavoro, supporto ricevuto, possibilità di crescita e sviluppo, e ragioni specifiche delle dimissioni.

L'identificazione delle cause principali potrà successivamente essere ricondotta in macro-categorie quali carenze organizzative, problemi relazionali, insoddisfazione economica, burnout, desiderio di cambiamento che guideranno all'identificazione di tendenze e modelli comuni fino alla scelta delle strategie più efficaci sul lungo periodo.

Parallelamente è importante, inoltre, costruire una rete di sostegno aziendale per i dipendenti che rassegnano le dimissioni o manifestino l'intenzione di dimettersi, superando la logica della gestione "amministrativa" dell'evento dimissione, con mera verifica del rispetto dei tempi contrattuali di preavviso e chiusura della posizione economico-giuridica anche adottando strategie immediate che possano andare incontro alle difficoltà del dipendente (ad es. periodi di part time, di aspettativa..).

Azione 2.2 Promuovere stili di leadership supportivi

Obiettivi: migliorare il benessere organizzativo

Prospettiva temporale: entro il 2026

Attività principali: progetto di ricerca-azione con adattamento del modello della *compassionate leadership*

Esiti attesi: adattamento del modello al contesto culturale e organizzativo italiano, diffusione di uno stile di leadership supportivo

Criticità: resistenze culturali, contesti organizzativi con climi sfavorevoli, elevato turn over del personale, modelli organizzativi fortemente gerarchici.

Nel corso del 2022, la Regione Veneto ha promosso un'indagine di clima organizzativo nelle aziende del SSR, in collaborazione con Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sulla base di una metodologia consolidata. L'indagine è stata condotta presso tutte le aziende del SSR, attraverso la somministrazione di un questionario. Hanno completato il questionario 27.011 dipendenti con un tasso di risposta pari al 44% a livello regionale.

Lo strumento di indagine, che ha una prospettiva di natura organizzativa e gestionale, chiede al dipendente di esprimere un'opinione sulle condizioni di lavoro in cui opera, la comunicazione e l'informazione all'interno dell'azienda, le opportunità di crescita professionale, la qualità delle relazioni con i colleghi e con i superiori, la capacità di lavorare in squadra, le opportunità formative messe a disposizione dell'azienda, la conoscenza dei meccanismi di programmazione e controllo dell'azienda e le modalità di trasmissione delle informazioni. L'analisi di questi dati permette di "mettere a fuoco" elementi critici dell'organizzazione e individuare politiche di miglioramento nel medio e lungo termine. È infatti noto come la soddisfazione dei dipendenti e la loro motivazione influenzino la performance complessiva delle organizzazioni. Le indagini di clima organizzativo costituiscono strumenti di approfondimento e possono essere utili al management nel definire



strategie per creare un clima più “sereno” con l'intento di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione.

Dall'analisi dei dati rilevati emerge la necessità di migliorare alcuni aspetti organizzativo-gestionali. In particolare, il livello di conoscenza degli obiettivi e dei risultati aziendali è molto basso tra i dipendenti senza incarico di struttura. Emergono inoltre criticità riguardo alla valorizzazione del merito e del contributo individuale.

I risultati dell'indagine evidenziano inoltre un disagio diffuso nelle aziende sanitarie verso l'esercizio direttivo-verticale della leadership, non più «coerente» o accettabile secondo gli schemi culturali evoluti del contesto professionale della sanità contemporanea.

Evolvere gli stili di conduzione verso logiche più inclusive, partecipative e collegiali, richieste anche dalle attese psico attitudinali delle nuove generazioni di professionisti potrebbe produrre effetti positivi ad ampio raggio sia per il personale che per l'organizzazione e per l'utenza (Istituto di management Sant'Anna-MeS, 2023).

Dopo la diffusione dei risultati dell'indagine di clima, come primo intervento, finalizzato ad affrontare il tema complesso del benessere organizzativo, con decreto n. 7 del 14 marzo 2024 del direttore della Direzione Risorse umane del SSR, è stato istituito un Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale per l'individuazione delle azioni regionali di miglioramento del clima organizzativo delle aziende sanitarie del SSR.

Successivamente allo scopo di affrontare gli aspetti specifici relativi agli stili di leadership sono stati condotti approfondimenti di letteratura e confronti con esperti del mondo accademico sul tema.

Tra i modelli di leadership supportiva che stanno riscuotendo attenzione a livello internazionale per gli esiti favorevoli sul personale e anche sugli assistiti, è presente la *compassionate leadership*.

La *compassionate leadership* mira a creare una dimensione culturale basata sul supporto tra colleghi, dirigenti e collaboratori in un ambiente dove ci si prende cura dell'altro. Le sue potenzialità vengono valorizzate, soprattutto nel settore sanitario, dove il personale è ad alto rischio di sviluppare burnout e patologie stress-lavoro-correlate.

Tra i maggiori contributi scientifici alla *Compassionate Leadership* troviamo gli studi di Michael West che, negli ultimi vent'anni, si sta occupando non solo della declinazione teorica del modello, ma soprattutto dell'analisi empirica dei risultati che l'applicazione porta nei contesti organizzativi sanitari.

La *Compassionate Leadership* ha trovato interesse e risultati incoraggianti nel contesto britannico e anche in quello statunitense, dove alcuni ricercatori (per es. Shuck et al., 2019) hanno sperimentato il modello e la sua efficacia anche nei contesti del terzo settore. Attualmente, anche in diversi Paesi europei, sempre più ricerche stanno dimostrando la sua efficacia. Dagli studi di Paakkanen et al. (2021) è emerso come la *compassionate* risulti essere una sfida per ridurre la quantità crescente di burnout e stress, dei bassi livelli di impegno, del dolore e della sofferenza delle persone. I *compassionate leader* trasmettono ai loro collaboratori maggiore senso di fiducia e anche una maggiore percezione del significato di leadership: chi si dimostra attivo nell'aiuto, vicino e realmente preoccupato per gli altri è anche percepito e identificato maggiormente come leader.

Si intende pertanto dare avvio ad un progetto con alcuni Atenei italiani per definire e validare un modello italiano ispirato alla *Compassionate Leadership*, attraverso un progetto di ricerca-azione applicato nelle aziende sanitarie della Regione Veneto.

Il progetto si realizzerà nelle seguenti fasi:



- Adattamento del modello al contesto italiano
- Intervento in due aziende sanitarie della Regione
- Studio dell’impatto e dell’efficacia del modello
- Disseminazione e sviluppo.

I risultati attesi sono i seguenti:

1. Ricerca – Il progetto consentirà di esplicitare un modello italiano della compassionate leadership, individuandone nome, modello, elementi caratteristici, strumenti di diagnosi e intervento. Tali risultati, sviluppati sia dalla ricerca-intervento che da monitoraggi pre-post sugli indicatori, saranno oggetto di pubblicazioni scientifiche e presentazioni in conferenze scientifiche.

2. Intervento – L’applicazione nelle strutture individuate consentirà di apprezzare il modello della compassionate nell’organizzazione sanitaria. Permetterà di sviluppare sensibilità nei confronti di atteggiamenti di cura verso il personale e verso se stessi (*self-compassionate*), al fine di costruire un ambiente organizzativo caratterizzato da benessere del personale, minori livelli di assenteismo e turnover. E’ prevedibile, in linea con la letteratura, che tali elementi avranno, nel medio - lungo periodo, ricadute positive nella cura del paziente.

3. Altri risultati – I risultati dell’esperienza e della ricerca consentiranno di allargare l’applicazione a nuove strutture e, nel presentare il modello e i suoi risultati, sensibilizzare sempre più il contesto sanitario ad un modello gestionale che si prende cura del proprio personale.

Il progetto avrà una durata biennale e si svilupperà negli anni 2025 e 2026.

Azione 2.3 Valorizzare le competenze avanzate del personale del comparto

Obiettivi: aumentare la retention del personale

Prospettiva temporale: entro il 2025

Attività principali: mappare la distribuzione degli incarichi di funzione professionale nelle aziende sanitarie; benchmark tra aziende, definizione condivisa di profili di competenza

Esiti attesi: aumento del numero di incarichi di funzione professionale

Criticità: finitezza dei fondi, cristallizzazione delle strutture organizzative aziendali.

Un ambiente di lavoro supportivo, che riconosce e valorizza competenze, ruoli e posizioni del personale, costituisce un elemento favorente la soddisfazione lavorativa che rappresenta uno dei più importanti fattori favorenti la retention (Cortese, 2013, Sasso & al., 2019). Per questo la valorizzazione del personale attraverso la promozione, sviluppo e valorizzazione delle competenze specialistiche può rappresentare una delle strategie per garantire la soddisfazione lavorativa del personale e di conseguenza favorirne la retention. Alla luce del nuovo sistema degli incarichi previsto dal CCNL Comparto Sanità Pubblica 2019-2021, è utile procedere a una mappatura degli incarichi di funzione professionale attribuiti nelle aziende sanitarie e procedere alla costruzione condivisa dei profili di competenza avanzata per le posizioni maggiormente rappresentate.

Azione 2.4 Realizzare una piattaforma per la gestione delle mobilità inter-aziendali SSR

Obiettivi: aumentare la retention del personale nel SSR pubblico

Prospettiva temporale: entro il 2025



Attività principali: costruire piattaforma informatica per la gestione delle disponibilità alla mobilità volontaria

Esiti attesi: diminuzione della partecipazione di dipendenti ai concorsi di aziende della regione, diminuzione delle Dimissioni inattese correlate a passaggio da pubblico a privato.

L'istituto della mobilità volontaria consente ai dipendenti pubblici di spostarsi tra aziende ed enti pubblici mediante l'espletamento di un avviso pubblico in assenza di graduatorie valide da concorso, oppure mediante il ricorso da parte del dipendente alla mobilità per compensazione che prevede lo scambio di dipendenti di pari profilo tra enti (D.Lgs. 165/2001 e norme contrattuali).

L'impiego di tale istituto consente ai dipendenti di soddisfare le proprie necessità di cambiamento per esigenze personali/famigliari o di salute mantenendo il riconoscimento al contempo della posizione giuridico economica maturata.

Ad esempio ai concorsi per infermieri a tempo indeterminato messi a bando negli ultimi tre anni da Azienda Zero circa il 20% dei candidati nelle graduatorie sono risultati già dipendenti di un'azienda del SSR; questo fenomeno, distorsivo dei processi di reclutamento, comporta oltre che uno spreco di risorse per esaminare con le modalità del concorso pubblico professionisti già dipendenti, anche la sottrazione di giornate di lavoro all'attività primaria assistenziale attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali specifici. Talvolta l'accettazione del rapporto di lavoro con una nuova azienda del SSR comporta per il dipendente la rinuncia del periodo di preavviso cui consegue una perdita economica, anche per giorni di congedo ordinario non fruiti, mentre l'azienda di provenienza deve affrontare la perdita improvvisa di un dipendente con i conseguenti disagi per l'organizzazione. Nel caso in cui invece il dipendente decida di dimettersi con il dovuto periodo di preavviso e con la fruizione dei giorni di ferie maturati, l'azienda che lo assume attende la conclusione del rapporto di lavoro con tempi talvolta molto lunghi (45 o 60 giorni di preavviso a seconda dell'anzianità lavorativa).

Secondo l'art. 3, comma 8, della Legge n. 56 del 19 giugno 2017, fino al 31 dicembre 2024, gli avvisi di mobilità pre-concorsuali possono non essere espletati e le procedure di mobilità per compensazione sono difficoltose perché richiedono la ricerca da parte del singolo dipendente di uno scambio alla pari presso l'azienda desiderata.

A fronte di tale situazione si ritiene che la costruzione di una piattaforma informatizzata in cui i professionisti disponibili alla mobilità possano volontariamente iscriversi, favorisca l'impiego dell'istituto della mobilità, abbreviando i tempi di ricerca e rendendo disponibili preliminarmente informazioni relative alle competenze sviluppate e limitando la partecipazione ai concorsi ai professionisti non dipendenti del SSR.

Azione 2.5 Aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati

Obiettivi: aumentare l'attrattività e retention del personale nel SSR pubblico nelle aree disagiate

Prospettiva temporale: entro il 2026

Attività principali: aumento del trattamento accessorio per il personale nelle aree e settori disagiati; progettualità relative al miglioramento delle condizioni di vita nei servizi situati in aree geografiche rurali e/o settori poco attrattivi

Esiti attesi: aumento della copertura di posti vacanti e diminuzione del turn over del personale nelle aree disagiate

Criticità: coinvolgimento locale degli stakeholder, oneri aggiuntivi per sostenere le difficoltà abitative.



La carenza di personale sanitario riguarda particolarmente alcuni settori specialistici per la professione medica, come l'area dell'emergenza-urgenza, anestesiologicala, rianimazione, radiodiagnostica e l'ambito dell'assistenza primaria; per la professione infermieristica sono registrati elevati turn over di personale collegati alle dimissioni inattese soprattutto nell'ambito dell'area critica in cui sono ricomprese nelle analisi effettuate le sale operatorie.

Per tutte le professioni sono registrate difficoltà nella copertura di posti vacanti nelle aree periferiche della regione (con ridotta densità abitativa, distanza dai centri urbani di maggiori dimensioni per condizioni orografiche, con scarsità di vie di comunicazione), laddove vi è una rarefazione dei servizi pubblici, mentre risultano più attrattive le strutture sanitarie collocate nelle città, soprattutto se corrispondenti a sedi universitarie nelle quali il professionista durante il periodo di formazione ha potuto instaurare relazioni professionali, amicali e affettive e usufruire dei servizi alla persona.

Aumento del trattamento accessorio per il personale nelle aree e settori disagiati

L'ultimo paragrafo della scheda n. 3 "Risorse umane" del Patto per la Salute 2019-2021, riporta quanto segue: *"si conviene di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in coerenza con quanto previsto al punto 6, ferma restando la soglia di spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, DL 35/2019 possano - al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette Regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto e degli operatori socio sanitari, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati relativi alle effettive carenze di organico registrate negli ultimi tre anni - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti."*

Si sottolinea in proposito che il decreto proroga termini 2022 (art. 4, comma 7-bis, D.L. 198/2022) ha comunque previsto il mantenimento in vigore di detto Patto per la Salute fino all'adozione di nuovo documento di programmazione sanitaria.

Si ritiene pertanto di dare attuazione alle previsioni contenute nel Patto per la Salute 2019-2021, funzionali a dare attuazione a strategie di *recruitment* e *retention* di personale sanitario nelle aree e nei servizi disagiati, con un apposito DDL di iniziativa della Giunta regionale da presentare al Consiglio Regionale.

La proposta, una volta approvata, consentirà di autorizzare, per il triennio 2024-2026, l'incremento da parte delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale in ordine ai fondi premialità e condizioni di lavoro del personale del comparto e dei fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro e per la retribuzione di risultato del personale della dirigenza dell'Area Sanità, fino al 2 per cento del monte salari regionale, al netto degli oneri riflessi.

In adesione alle previsioni sancite dal Patto per la Salute 2019-2021, la Giunta regionale avrà la facoltà di differenziare l'incremento dei predetti fondi tra le Aziende ed Enti del SSR nei limiti dell'incremento massimo che sarà definito dal Tavolo di verifica per gli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Tale differenziazione, peraltro, risponde a un'effettiva necessità di riequilibrio dei fondi contrattuali nell'ambito della Regione Veneto che vede significative differenze delle risorse pro capite disponibili per il



trattamento accessorio tra un'azienda e l'altra, a fronte di attività poste in essere dai dipendenti analoghe per quantità e qualità.

La Regione del Veneto ha realizzato, negli anni precedenti, tutte le condizioni poste dal Patto per l'incremento dei fondi contrattuali e cioè l'equilibrio economico, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'avvio del processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70. In ogni caso, in relazione al triennio 2024-2026 il conseguimento delle predette condizioni sarà accertato dal tavolo verifica adempimenti, dal cui esito positivo dipenderà la concreta possibilità per la Giunta regionale di autorizzare le aziende del SSR ad incrementare i fondi contrattuali.

Progettualità per l'aumento dell'attrattività e della retention nei servizi situati in aree geografiche rurali e/o poco attrattive

Le esperienze internazionali evidenziano che per contrastare la carenza di personale sanitario nelle aree rurali e poco attrattive, è essenziale sviluppare progettualità mirate che aumentino l'attrattività di queste aree e favoriscano la retention del personale. Al fine di favorire l'attuazione di politiche mirate a attrarre professionisti nelle zone maggiormente disagiate sarà necessario integrare l'azione delle aziende sanitarie con le necessità degli altri portatori di interessi presenti a livello locale.

Nel corso degli ultimi anni a livello regionale sono state rilevate alcune best practice realizzate dalle aziende sanitarie relative al supporto abitativo con la messa a disposizione di foresterie, specifiche progettualità di mentorship rivolte a medici specializzandi di settori particolarmente carenti (CERGAS-BOCCONI, 2023).

Sulla scorta di queste prime esperienze è necessario promuovere il benchmark tra le aziende sanitarie e diffondere le best practice integrandole ad esempio con le seguenti azioni:

- Stipulare accordi con agenzie immobiliari locali per offrire alloggi a prezzi agevolati al personale sanitario.
- Collaborare con agenzie per l'impiego per facilitare la ricerca di lavoro per i familiari del personale sanitario trasferitosi in aree rurali.
- Stipulare convenzioni con impianti sportivi, palestre e centri ricreativi per offrire abbonamenti gratuiti o scontati al personale sanitario.
- Promuovere attività di gruppo e programmi di benessere fisico e mentale per il personale sanitario e le loro famiglie.
- Offrire supporto per l'integrazione scolastica e servizi di assistenza all'infanzia, come asili nido e scuole materne.
- Organizzare programmi di doposcuola e attività extracurricolari per i figli dei dipendenti.
- Creare percorsi di carriera specifici e opportunità di avanzamento professionale per il personale che sceglie di lavorare in aree poco attrattive.

Le aziende sanitarie della Regione del Veneto devono farsi promotrici di azioni innovative a livello locale coinvolgendo altri settori economico-sociali, in modo da attivare un'azione armonizzata e maggiormente efficace, coordinandosi con le autorità locali, le istituzioni scolastiche, gli altri soggetti e parti interessate, implementare un sistema di monitoraggio continuo per valutare l'efficacia delle iniziative e apportare eventuali modifiche necessarie e raccogliere feedback dal personale sanitario per migliorare ulteriormente le strategie di attrattività e retention.



Azione 2.6 Prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale

Obiettivi: migliorare il benessere, la soddisfazione e il trattenimento del personale

Prospettiva temporale: entro il 2025

Attività principali: attivazione nelle aziende sanitarie del SSR di un programma di supporto psicologico

Esiti attesi: prevenire il burnout e ridurre i livelli di stress tra il personale

Criticità: resistenze culturali del personale ad affrontare il disagio psicologico.

Il benessere psicologico del personale sanitario è fondamentale per garantire un'alta qualità delle cure e un ambiente di lavoro sostenibile. Il burnout e il disagio psicologico sono problemi crescenti che possono compromettere la salute dei dipendenti e la loro capacità di fornire cure efficaci e che durante la pandemia da Covid 19, a causa dei carichi di lavoro estremi, stress e rischi per la salute fisica e mentale, sono aumentati anche in ragione del decesso stimato in Europa di 50.000 operatori sanitari durante la pandemia COVID 19 (Azzopardi-Muscat & al., 2023). La crisi sanitaria ha probabilmente accentuato problemi preesistenti, richiedendo maggiore attenzione verso la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari, che ancora soffrono le conseguenze derivanti dal trauma psicologico e dall'esaurimento fisico vissuti durante la pandemia.

Alcune aziende sanitarie hanno attivato sportelli di ascolto psicologico che operano in sinergia con i Comitati Unici di Garanzia (Direttiva 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche") i quali esercitano le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni e il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica.

Si ritiene sia necessario che ogni azienda sanitaria del Servizio sanitario regionale, al fine di promuovere un ambiente di lavoro sano e sostenibile, attivi un programma di supporto psicologico gratuito per il proprio personale atto a prevenire il burnout e ridurre i livelli di stress tra il personale, sia in presenza che tramite piattaforme di telemedicina per garantire accessibilità e flessibilità, garantendo la massima riservatezza e anonimato per incoraggiare l'utilizzo dei servizi.

Risulta inoltre fondamentale l'attività di informazione interna rivolta a tutto il personale per aumentare la consapevolezza sull'importanza del benessere psicologico, sui servizi disponibili e la proposta di iniziative finalizzate alla riduzione dello stress (sessioni di mindfulness, rilassamento guidato, ecc...)

Il programma sarà monitorato regolarmente per valutarne l'efficacia e raccogliere feedback dai dipendenti attraverso questionari periodici per misurare i livelli di stress e benessere psicologico tra il personale.



3.3. Macro-problema 3

Macro-problema 3 Diminuzione del tempo effettivo lavorato, a causa dell'invecchiamento del personale

Obiettivo 3 Riduzione dell'impatto dell'invecchiamento del personale sulla produzione di servizi

Azione 3.1 Mitigare gli effetti dell'invecchiamento del personale

Azione 3.1 Mitigare gli effetti dell'invecchiamento del personale

Obiettivi: valorizzare le diverse età e competenze dei professionisti, migliorando la loro produttività e benessere

Prospettiva temporale: entro il 2026

Attività principali: attivazione nelle aziende sanitarie del SSR di un programma di age diversity management

Esiti attesi: contenimento degli effetti dell'invecchiamento dei dipendenti

Criticità: difficoltà organizzative; turnistica; rigidità contrattuali sull'orario di lavoro; gap culturali generazionali rispetto al lavoro e al funzionamento delle organizzazioni sanitarie.

L'invecchiamento del personale sanitario del Servizio sanitario regionale richiede l'immediata implementazione di strategie di age e diversity management per mantenere l'efficacia e la qualità del servizio sanitario regionale. L'obiettivo è valorizzare le diverse età e competenze dei professionisti, migliorando la loro produttività e benessere.

Con decreto del direttore generale dell'area sanità e sociale n. 31 del 20/02/2018 sono state approvate le Linee Guida per le politiche di age-diversity management nelle aziende sanitarie ed Enti del SSR della Regione Veneto finalizzate ad delineare un set di azioni suddivise per macro-aree di intervento adattabili alla demografia aziendale.

Considerata la coerenza del problema è necessario procedere con una prima rilevazione delle azioni finora messe in campo dalle aziende, identificando e diffondendo ulteriori best practice anche con l'eventuale attualizzazione delle linee guida per le politiche di age – diversity management.



3.4. Macro-problema 4

Macro-problema 4 Carezza di personale di assistenza, a causa dell'elevato numero di quiescenze

Obiettivo 3 Riduzione dell'impatto delle quiescenze massive

Azione 4.1 Utilizzare modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change

Azione 4.2 Impiegare risorse tecnologiche e AI a supporto delle attività sanitarie e amministrative

Azione 4.1 Utilizzare modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change

Obiettivi: Massimizzare l'appropriatezza organizzativa

Prospettiva temporale: entro il 2027

Attività principali: studiare modelli organizzativi innovativi, impiegare il range massimo di competenze dei professionisti sanitari; promuovere l'integrazione multiprofessionale; introdurre personale amministrativo nei contesti clinici per attività di supporto

Esiti attesi: razionalizzazione dell'impiego del personale, in particolare infermieristico e OSS

Criticità: immaturità delle culture professionali e manageriali; radicato impiego diffuso del personale infermieristico con utilizzo parziale delle competenze.

Il personale infermieristico e gli operatori sanitari che nella maggior parte dei contesti sono impiegati come risorsa base per la costituzione dei team, sono i profili maggiormente toccati dai fenomeni di invecchiamento e quiescenza di massa. La riorganizzazione delle attività secondo i principi di skill mix e staff change si colloca tra le possibili azioni di contrasto alla carezza del personale della filiera assistenziale; consiste nella redistribuzione dei compiti e delle responsabilità tra il personale sanitario e non sanitario per sfruttare al meglio le diverse competenze disponibili ottimizzando l'utilizzo di risorse umane.

Recenti esempi di razionalizzazione dei modelli organizzativi sono costituiti dal progetto gravidanza a basso rischio (DGR 568/2015; DGR 228/2018), dal modello organizzativo e professionale dei servizi di infermieristica di famiglia o comunità (DGR 1123/2023), dal modello organizzativo per l'attività vaccinale (DGR 521/2024).

È fondamentale preliminarmente analizzare i processi necessari a soddisfare i bisogni di assistenza dell'utenza per procedere con lo studio e la messa in prova di modelli organizzativi innovativi, anche in relazione al possibile ricorso ai modelli clinico-assistenziali per intensità di cura e complessità assistenziale, per profili di pazienti e setting, massimizzando l'impiego di operatori appartenenti ai diversi profili professionali, con lo scopo di garantire efficienza operativa, efficacia e contenimento dei costi.

L'analisi dell'efficacia allocativa del personale con diverse competenze va monitorata, valutata e aggiornata anche in relazione alle migliori tecnologie-organizzative introdotte.

In quest'ottica si rende necessario promuovere processi di analisi e studio dei modelli organizzativi adottati nei diversi contesti, attivando momenti di confronto e benchmark, nonché di condivisione di "buone pratiche".



Azione 4.2 Impiegare risorse tecnologiche e intelligenza artificiale a supporto delle attività sanitarie e amministrative

Obiettivi: supportare le attività del personale

Prospettiva temporale: entro il 2028

Attività principali: istituzione di un gruppo di lavoro per sviluppare proposte per l'impiego di intelligenza artificiale

Esiti attesi: impiego efficiente del personale; efficientamento dei processi diagnostici, prescrittivi e amministrativi; riduzione degli errori; riduzione del bisogno di personale

Criticità: immaturità delle culture professionali e manageriali; resistenza al cambiamento; protezione dei dati sensibili; necessità di formare il personale.

Secondo l'OECD il 30% delle attività in ambito sanitario e sociale potrebbe essere automatizzato con l'uso dell'intelligenza artificiale (OECD, 2024).

In ambito clinico è in grado infatti di migliorare i processi di valutazione, refertazione e diagnosi: ad esempio, gli algoritmi di intelligenza artificiale possono analizzare immagini radiologiche e offrire supporto decisionale attraverso algoritmi di analisi predittiva di segni e sintomi; è possibile anche la personalizzazione e pianificazione dei trattamenti e dell'assistenza, attraverso la definizione di piani di trattamento personalizzati basati su dati individuali del paziente. Per i professionisti l'utilizzo dell'intelligenza artificiale può costituire un valido supporto diminuendo il rischio di errore e i tempi impiegati per i processi decisionali, contribuendo anche al bilanciamento tra efficacia ed efficienza.

Nell'ambito dei processi amministrativi e nei contesti organizzativi l'intelligenza artificiale può migliorare la gestione dei dati, automatizzando operazioni ripetitive e riducendo gli errori umani. Inoltre può costituire un supporto nell'ottimizzare la programmazione del personale in base alle necessità e alle competenze, migliorando l'efficienza della gestione delle risorse umane, portando ad una maggiore efficienza operativa, riduzione dei costi e miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Alla luce delle attuali conoscenze sull'intelligenza artificiale e della sua comprovata utilità che può avere nelle aziende sanitarie, è importante anticipare i tempi per beneficiarne al più presto: a tal fine è necessaria l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interaziendale che si occupi di individuare i processi clinici, organizzativi e amministrativi che potrebbero trovare supporto nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale, in termini di efficientamento dell'utilizzo delle risorse e conseguente riduzione del bisogno di personale.

Nell'implementazione di questa azione è necessario tenere in considerazione i possibili ostacoli che potranno presentarsi, come l'immaturità delle culture professionali e manageriali che si potrebbe con manifestare una certa resistenza al cambiamento o potrebbero mancare le competenze necessarie per integrare e gestire nuove tecnologie. Un'altra questione molto delicata è la gestione di privacy e dei dati sensibili con i rischi di violazione della privacy, di vulnerabilità dei sistemi a cyber attacchi e di inadeguata anonimizzazione dei dati.

Nella riflessione sulle possibili sfide non si può tralasciare il fatto che l'utilizzo di sistemi di IA necessita a monte di un'importante fase di formazione del personale che potrebbe richiedere un importante sforzo al sistema in termini di tempo e risorse.

Queste sfide richiedono un approccio strategico e mirato per garantire una transizione efficace e sicura verso l'innovazione tecnologica.



Azione 4.3 Reclutare personale sanitario e socio-sanitario dall'estero

Obiettivi: mitigare il picco gli effetti delle quiescenze massive di personale previsto dal 2028

Prospettiva temporale: entro il 2028

Attività principali: avviare interlocuzioni con il mondo imprenditoriale e datoriale, supportare l'integrazione degli operatori nel contesto lavorativo e sociale veneto, garantire adeguata formazione linguistica e culturale

Esiti attesi: mantenimento delle dotazioni minime di personale sanitario, socio sanitario e amministrativo nel SSSR

Criticità: iter normativo non concluso; gap culturali e linguistici degli operatori stranieri; integrazione degli operatori stranieri e delle loro famiglie nel tessuto sociale; accettazione di operatori stranieri da parte delle comunità professionali.

La demografia del Paese, descritta nella prima parte del presente documento, evidenzia come la struttura della popolazione italiana stia progressivamente consolidando un aumento delle fasce di età senili. L'ISTAT ha stimato che la perdita di occupati nella fascia di età 14-64 anni sarà tra 3 i 6 milioni da qui al 2050. Quindi se da un lato l'invecchiamento della popolazione comporterà una crescente domanda di assistenza e un inevitabile impatto sulle politiche di protezione sociale, dall'altra la diminuzione della popolazione in età attiva prelude a scenari di diminuzione di forza lavoro in tutti i settori, compreso quello sanitario che presenta le aggravanti di bassa attrattività e capacità di trattenere il proprio personale.

A fronte di tale prospettiva demografica, oltre alle misure per aumentare l'attrattività e le retention dei lavoratori, sarà inevitabile l'acquisizione di professionalità utili al settore sanitario da paesi esteri.

Durante la pandemia da COVID-19 a fronte della necessità di contrastare l'emergenza sanitaria, con l'articolo 13 del D.L. n. 17 marzo 2020, n. 18, è stato possibile far ricorso al reclutamento temporaneo "delle qualifiche professionali" ovvero di coloro che erano in possesso di titoli sanitari conseguiti in Paesi esteri non riconosciuti da parte del Ministero della Salute per l'esercizio della relativa attività in Italia secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e di cui ne è stata disposta la deroga con la predetta disposizione.

Successivamente sono state apportate a livello normativo modifiche e integrazioni che ad oggi richiedono, ai sensi del comma 2 dell'art. 15 del D.L. n. 34 del 30 marzo 2023, convertito dalla L. n. 56 del 26 maggio 2023, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della stessa L. 56/2023, l'adozione in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano una INTESA che conterrà la disciplina per l'esercizio temporaneo dell'attività lavorativa sino al 31 dicembre 2025 da parte di coloro che sono in possesso di un titolo sanitario conseguito all'estero e non riconosciuto.

Sino a quando non sarà adottata la predetta intesa e i relativi provvedimenti attuativi da parte delle Regioni, continuano ad applicarsi le disposizioni recate all'articolo 6-bis del D.L. n. 105/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 126/2021 e all'articolo 13 del D.L. 18/2020, convertito in legge con modificazioni dalla legge n. 27/2020, che avevano consentito l'esercizio temporaneo in parola durante l'emergenza pandemica Covid 19.

La Regione del Veneto ha dato attuazione all'art. 13 del D.L. 18/2020 e all'art. 6-bis del D.L. n. 105/2021, rispettivamente convertiti in legge, dando mandato ad Azienda Zero di emanare un avviso pubblico volto a raccogliere le manifestazioni di interesse da parte di coloro che sono in possesso delle qualifiche di Infermiere o di Operatore Socio-Sanitario, conseguite in un Paese estero e che intendono svolgere attività lavorativa presso le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere del Veneto e l'Istituto Oncologico Veneto.



I datori di lavoro diversi dalle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale sopra specificati, provvedono in proprio alla ricerca e al reclutamento temporaneo dei professionisti sanitari di cui necessitano, ovvero di operatori afferenti a profili diversi e ulteriori rispetto a Infermieri e Operatori Socio Sanitari (OSS), in possesso di una qualifica professionale conseguita all'estero e non riconosciuta dal Ministero della Salute, secondo quanto previsto dai sopra citati articolo 13 e articolo 6-bis.

La previsione dell'accentuata carenza di personale infermieristico e OSS nei prossimi anni renderà necessario una più definita strategia di reclutamento dall'estero di tali figure, anche a beneficio delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale. A tale riguardo il Ministero della Salute ha preannunciato la prossima sottoscrizione di un memorandum di intesa tra il Governo della Repubblica Italiana e il Governo della Repubblica dell'India sulla facilitazione del reclutamento di professionisti sanitari indiani, in particolare infermieri, da impiegare in Italia.

In tale quadro sarà necessario avviare le necessarie interlocuzioni con il mondo imprenditoriale e datoriale maggiormente coinvolto al fine di favorire e supportare l'integrazione dei professionisti in parola nel contesto lavorativo e sociale veneto, anche garantendo un'adeguata formazione linguistica e culturale.

Dovranno inoltre essere valutate analoghe iniziative al fine di favorire il reclutamento di professionisti sanitari dai paesi dell'America latina, già presenti in alcune strutture socio sanitarie venete sulla base della normativa sull'esercizio temporaneo, e da altri stati che hanno rapporti consolidati con il nostro contesto (ad esempio l'Albania).



3.5. Macro-problema 5

Macro-problema 5 Perdita di attrattività della formazione infermieristica e OSS e di alcune specializzazioni mediche

Obiettivo 5 Aumento dell'attrattività delle professioni e di alcune specifiche specializzazioni mediche

Azione 5.1 Promuovere le iscrizioni ai Corsi di Laurea in Infermieristica, ai percorsi formativi per OSS, verso alcune specializzazioni mediche

Azione 5.1 Promuovere le iscrizioni ai Corsi di Laurea in Infermieristica, ai corsi per OSS, verso alcune specializzazioni mediche

Obiettivi: aumentare l'attrattività della professioni di infermiere, OSS e verso alcune specializzazioni mediche

Prospettiva temporale: entro il 2026

Attività principali: campagna di comunicazione digitale, incentivazione economica per i frequentanti i corsi di laurea in infermieristica, promozione della professione di infermiere presso le Scuole secondarie di secondo grado

Esiti attesi: aumento delle domande di ammissione al corso di laurea in infermieristica degli Atenei con corsi attivi nel territorio Veneto, ai corsi per OSS, alle Scuole di specialità, promozione delle iscrizioni ai percorsi formativi per OSS, attivazione di corsi OSS nelle aziende sanitarie

Criticità: reperimento fondi per incentivare i frequentanti ai corsi di infermieristica e per OSS.

Campagna di comunicazione digitale per attrarre i giovani

Fase 1

A fronte della progressiva diminuzione di attrattività dei corsi di laurea in infermieristica attivati nel veneto all'inizio del mese di luglio 2024, tramite i canali social ufficiali della Regione e, in seguito, su quelli delle aziende del Sistema Socio Sanitario Regionale, fino alla chiusura delle iscrizioni per i corsi di laurea per l'anno accademico 2024-2025, è stata promossa una prima iniziativa dedicata ai diplomandi e neo-diplomati delle scuole superiori per indirizzarli verso il corso di laurea in infermieristica.

La campagna è stata condotta attraverso il lancio di messaggi informativi corredati dalla possibilità di visualizzare e scaricare una brochure promozionale, elaborata in collaborazione con i Responsabili dei corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi di Padova e Verona. Contestualmente, un messaggio promozionale è stato lanciato anche attraverso i social delle aziende sanitarie per rafforzare la campagna. L'iniziativa è nata per l'esigenza di dotare la sanità regionale di nuove professionalità e far conoscere ai giovani che concludono il ciclo della scuola superiore la possibilità di scegliere le Professioni sanitarie, in particolare il percorso qualificante e appassionante di infermiere.

Fase 2

Considerata la persistenza della carenza di professionisti, in particolare infermieri, di operatori socio sanitari e di medici specialisti in alcune particolari discipline, sarà necessario intervenire anche con una specifica campagna di comunicazione, che si intende sviluppare dalla seconda metà del 2024 a tutto il 2026. La finalità delle varie campagne sarà quella di favorire l'attrattività, nelle sue due declinazioni, attrattività verso alcune



professioni e specializzazioni mediche e attrattività di professionisti già formati verso le aziende sanitarie del SSSR Veneto.

Il perimetro di intervento della campagna di comunicazione riguarderà pertanto in particolare:

- Studenti delle scuole superiori della Regione Veneto che sono in procinto di scegliere il percorso universitario
- Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia che sono in procinto di scegliere la scuola di specializzazione
- Giovani laureati in medicina e chirurgia che stanno per terminare il ciclo di specializzazione e sono alla ricerca di una prima occupazione in ambito sanitario
- Professionisti sanitari residenti in altre regioni *Under-30, under-45, over-45* che operano nel comparto sanitario (pubblico e privato) che possono essere attratti dall'offerta professionale del SSR Veneto
- Professionisti sanitari (*under-30, under-45, over-45*) originari di Regione del Veneto che lavorano all'estero nel settore sanitario e/o della ricerca che possono essere attratti dal rientro in Veneto.

Promozione della professione di infermiere presso le Scuole secondarie di secondo grado

Sarà necessario diffondere la conoscenza della professione di infermiere e far conoscere le possibili evoluzioni in termini di sviluppo di competenze e di carriera coinvolgendo, in sinergia con gli Atenei e l'Ufficio scolastico regionale, con specifica progettualità riferite ai docenti orientatori delle Scuole secondarie di secondo grado.

Incentivazione economica per i frequentanti i corsi di laurea in infermieristica

L'accentuata diminuzione del numero delle domande ai corsi di laurea in infermieristica, con un rapporto domande/posti ai corsi di laurea inferiore a 1 presso gli Atenei veneti, richiede un intervento straordinario di erogazione di incentivi economici a favore degli iscritti ai corsi di laurea in infermieristica. L'incentivo potrebbe essere di valore crescente dal 1° anno di corso, essendo correlato allo svolgimento delle attività di tirocinio. Sarà necessario avviare le interlocuzioni con le Direzioni regionali competenti per studiare le idonee modalità di finanziamento dell'attività.

Promozione delle iscrizioni ai percorsi formativi per OSS

Allo scopo di promuovere l'attrattività dei corsi di formazione per diventare operatore socio-sanitario (OSS), sarà necessario supportare ulteriormente i costi sostenuti dagli iscritti, attraverso l'istituzione di borse di studio o incentivazioni economiche collegate alla frequenza, per rendere i corsi più accessibili a un pubblico ampio.

Si ritiene sia necessario coordinare sessioni di orientamento e open day nei centri di formazione professionale accreditati per permettere agli interessati di conoscere da vicino il percorso formativo e le prospettive professionali dell'operatore socio sanitario, anche in relazione al nuovo profilo di assistente infermiere in via di approvazione.

Considerata la distribuzione per età dei partecipanti ai corsi per OSS (il 75% ha più di 30anni), si ritiene sia necessario offrire corsi part-time, serali o online per adattarsi meglio alle esigenze di lavoratori e studenti con carichi di famiglia, aumentando così l'accessibilità della formazione.



Attivazione di corsi OSS nelle aziende sanitarie

La formazione degli operatori socio sanitari attualmente avviene presso centri di formazione professionale accreditati, con attrattività disomogenea nelle diverse province della Regione (Belluno, Rovigo, Vicenza e Verona le province in cui i corsi risultano meno attrattivi). Tra le probabili cause della minore attrattività si collocano un'ampia offerta di lavoro in altri settori meno onerosi e più remunerativi e anche il fatto che negli ultimi anni è aumentato il numero di centri di formazione che offrono formazione per OSS senza precedenti esperienze formative in ambito socio-sanitario, con esiti formativi minimi se paragonati a quelli perseguiti dai centri di formazione esperti e di grosse dimensioni.

Considerate le competenze in ambito formativo maturate e i consolidati assetti organizzativi presenti in tutte le aziende sanitarie della Regione che rispondono alle necessità di formare nuovi professionisti sanitari, si ritiene che progressivamente, a partire dalle province in cui la formazione degli OSS è meno attrattiva, le aziende debbano assolvere ai necessari adempimenti per l'accREDITAMENTO in qualità di organismi di formazione di cui alla DGR 359/2004 e smi, al fine di attivare corsi per OSS.



BIBLIOGRAFIA

Anderson B., Sutherland E. Collective action for responsible AI in health", *OECD Artificial Intelligence Papers*, No. 10, 2024, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f2050177-en>.

Azzopardi-Muscat N., Zapata T., Kluge H. Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now. *The Lancet Regional Health - Europe* 2023;35: 100765 Published Online 26 October 2023 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100765>

Cortese CG. Predittori dell'intenzione di abbandonare la professione infermieristica in due ospedali italiani. *Assist Inferm Ric* 2013;32(1):20-27. doi 10.1702/1267.13987

Costa C, Vedovetto A, Tasca T, Vanzetto G, Brugnaro L, De Bellonia S, Bonesso P, Fanton E. Il fenomeno delle dimissioni tra gli infermieri nelle Aziende Sanitarie del Veneto. Uno studio retrospettivo. *Assist Inferm Ric* 2023;42(2):60-72. doi 10.1702/4050.40312

C.R.E.A. Sanità 19° Rapporto Sanità Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

Del Vecchio M., Giacomelli G., Montanelli R., Sartirana M., Vide F. . Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi. In *Rapporto OASI 2022* (pp. 549-576). 2022, Egea.

Del Vecchio M., Montanelli R., Trincherò, E. Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un'analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano. In *RAPPORTO OASI 2018* (pp. 470-493). 2018, Egea.

Health Canada, *Nursing Retention Toolkit: Improving the Working Lives of Nurses in Canada*, Published Online 1-3-2024, Minister of Health of Canada,

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/nursing-retention-toolkit-improving-working-lives-nurses.html>.

ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*, 2022.

Istituto di management Sant'Anna-MeS, *Indagine di clima organizzativo 2023 Sistema Socio Sanitario regionale del veneto*, 2023, Tipografia editrice pisana.

Mastrillo A, Bevacqua L., Cenerelli E. "Corsi di laurea delle professioni sanitarie: dati sull'accesso ai Corsi e programmazione dei posti nell' A.A. 2023-24", pubblicato online 8 novembre 2023, *Sanità 24*, il sole 24ore.

Ministero della Salute - *IL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO - Anno 2021 – 2023*

OECD, *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, 2023. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.

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



Paakkanen M., Martela F., Hakanen J., Uusitalo-malmivaara L., Pessi A., Awakening Compassion in Managers—a New Emotional Skills Intervention to Improve Managerial Compassion, *Human Resource Development Quarterly* 30(4), 2021 DOI:10.1002/hrdq.21369

Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & RN4CAST@IT Working Group (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of nursing management*, 27(5), 946–954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745>

Shuck B., Alagaraja M., Immekus J., Cumberland D., Honeycutt-Elliott M. Does Compassion Matter in Leadership? A Two-Stage Sequential Equal Status Mixed Method Exploratory Study of Compassionate Leader Behavior and Connections to Performance in Human Resource Development. *Human Resource Development Quarterly* 30(4), 2019. DOI:10.1002/hrdq.21369

Spandonaro F., D'Angela D., Polistena B. 19° Rapporto sanità Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione, C.R.E.A. Sanità, 2023, Brindisi.

Talini D., Romeo G., Baldasseroni A., Mignani A., Cristaudo A. Effects of the work limitations on the career path of a cohort of health workers. *La Medicina del lavoro*, 2017. 108 6, 434-445 .

West M. *Compassionate leadership: sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care*. 2021, Swirling Leaf Press ISBN: 0995766975

WHO. *Health and care workforce in Europe: time to act*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

WHO. *Bucharest Declaration on health and care workforce*. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act, 22–23 March 2023, Bucharest, Romania.

WHO, *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*, 2021.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341139/9789240024229-eng.pdf?sequence=1>

