



**WP5 Cluster Workshop  
HEROES JOINT ACTION  
21-22 novembre 2023, Porto (POR)**

Il 21 e 22 novembre 2023 **ProMIS** ha partecipato a Porto (Portogallo) al **WP5 Cluster Workshop** della Joint Action HEROES, guidata da AGENAS, con un partenariato di 40 enti, provenienti da 19 differenti paesi. L'obiettivo della Joint Action HEROES, che ha una durata complessiva di 36 mesi, è quello di **migliorare le capacità di pianificazione del personale sanitario nei paesi dell'Unione Europea e dell'European Economic Agreement, per garantire nel futuro la presenza di personale sanitario accessibile, sostenibile e resiliente.**

L'obiettivo del **WP5** è **migliorare la capacità di pianificazione della Health Work Force in Portogallo, Norvegia, Grecia, Svezia, Spagna e Italia** e, in particolare, intende:

- sviluppare e migliorare la raccolta e l'utilizzo dei dati da parte dei Paesi coinvolti per la pianificazione della HWF;
- sviluppare e migliorare i metodi e gli strumenti dei Paesi per implementare un'efficace pianificazione dell'HWF;
- sviluppare e migliorare le competenze e le capacità del personale incaricato nella pianificazione della HWF nei paesi coinvolti. ▪ ottimizzare il coinvolgimento degli stakeholder.

**21.11 – MATTINA  
PRESENTAZIONI PER PAESE**

La sessione della mattina del 21 novembre ha avuto come protagonisti i 6 paesi coinvolti nel WP5: Norvegia, Svezia, Portogallo, Grecia, Spagna ed Italia. Uno/due rappresentanti per ciascun paese hanno avuto modo di:

- Fornire informazioni sulle realtà dei Paesi in termini di pianificazione delle risorse umane in ambito sanitario;
- Descrivere come vengono coinvolti gli stakeholder nazionali rilevanti;
- Illustrare come il paese intenda migliorare il sistema di pianificazione del personale sanitario.

In particolar modo, i 6 paesi hanno delineato:

- I rispettivi piani d'azione e attuazione;
- Le relative attività di monitoraggio;
- Le strategie di ripianificazione e revisione attraverso un percorso di peer review.

**NORVEGIA**

I registri demografici e relativi alla formazione sono utilizzati per identificare professionisti sanitari qualificati, mentre i registri sull'occupazione forniscono informazioni sul mercato del lavoro. La pianificazione della forza lavoro viene effettuata tramite modelli di simulazione che proiettano la domanda e l'offerta di professionisti sanitari. Il sistema di pianificazione della Norvegia è altamente decentralizzato, con decisioni sull'occupazione a livello regionale e comunale. Tuttavia, ci sono sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alla carenza di personale sanitario, in particolare assistenti sanitari e infermieri. Le abilità di pianificazione della forza lavoro variano tra i diversi attori, ma si sta cercando di promuovere da parte del Ministero della Salute maggiore coordinazione tra aziende sanitarie/ospedali e comuni e l'uso di modelli di previsione comuni a livello regionale e locale, in modo da facilitare il dialogo tra gli attori coinvolti.

## **SVEZIA**

Le responsabilità dell'Autorità nazionale per la salute riguardano la sanità, l'assistenza odontoiatrica, l'istruzione (dottori specialisti, tirocinio), l'infrastruttura (edifici, tecnologia medica, cartelle cliniche), l'assistenza agli anziani, i servizi sociali. L'associazione svedese delle autorità locali e delle regioni, invece, è l'organizzazione responsabile della raccolta di dati da diverse fonti per pianificare la forza lavoro (includendo anche le persone straniere). Vengono utilizzate fonti nazionali per valutare l'offerta e la domanda di personale qualificato nel settore sanitario. La previsione demografica e il contesto geografico regionale sono importanti per la pianificazione delle politiche sanitarie, così come le condizioni di vita e l'attrattività delle diverse regioni e se il posto di lavoro è pubblico o privato. L'attrattività dei posti di lavoro, le risorse e le infrastrutture sanitarie, le opportunità di sviluppo professionale, la ricerca e lo sviluppo, l'educazione multidisciplinare e la redistribuzione dei compiti sono fattori importanti per la pianificazione della forza lavoro nel settore sanitario. L'autorità per l'istruzione superiore svedese valuta i programmi di istruzione superiore per garantire qualità e decentralizzazione.

## **GRECIA**

In Grecia vi è una significativa carenza di personale sanitario nel settore della cura primaria e un eccesso di medici specialisti. La distribuzione geografica delle diverse categorie di professionisti sanitari è inequamente ripartita tra aree urbane e rurali. Inoltre, i registri non hanno dati completi, affidabili e aggiornati sulla forza lavoro sanitaria e sulla mobilità internazionale dei medici e degli infermieri greci. La Grecia ha la più alta percentuale per capita di medici e dentisti e la più bassa di infermieri e ostetriche tra i paesi dell'UE. Tuttavia, vi sono carenze in determinate specialità mediche (es. terapie intensive, geriatri, anestesisti) e una sovrabbondanza di alcune specialità mediche (es. pediatria, ginecologia e ostetricia e chirurgia). Pertanto, è necessaria la creazione di un database nazionale aggiornato. Attualmente, non esiste un modello di pianificazione delle risorse e non vi è una cooperazione e una gestione efficace dei conflitti all'interno e tra i servizi sanitari. Inoltre, mancano incentivi, misurazione delle prestazioni e qualità dell'assistenza sanitaria. Per quel che riguarda il settore privato, c'è una totale libertà di fornire informazioni o meno, senza alcun obbligo o traccia omogenea.

## **PORTOGALLO**

Le principali sfide politiche riguardanti il personale sanitario riguardano le condizioni competitive del settore privato, il bilanciamento tra vita lavorativa e privata, la revisione in corso delle carriere di medici e infermieri nel SNS, il miglioramento delle condizioni strutturali e le attrezzature nelle unità di assistenza sanitaria finanziate dal PNRR, le differenze tra le regioni del paese, la mancanza di medici specialisti nel settore pubblico, l'emigrazione dei professionisti locali, il malcontento salariale, i medici che lavorano negli ospedali come fornitori di servizi. Per affrontare queste sfide, il governo ha creato incentivi per i medici che lavorano in aree scarsamente servite (incentivi monetari e non monetari), ha assunto medici in pensione, ha dato agli ospedali l'autonomia di reclutare medici in base alle loro necessità e priorità, ha aumentato il numero di posti disponibili nei corsi di medicina e nei programmi di specializzazione. I dati riguardano solo il settore pubblico e non il settore privato e sociale (che non è regolato e offre redditi e qualità di vita migliori rispetto al pubblico). La pianificazione del personale sanitario si concentra anche sull'identificazione dei bisogni e delle capacità tramite le entità del SNS.



## **SPAGNA**

In Spagna professionisti medici e infermieri sono carenti, il piano di sviluppo delle competenze professionali è carente, i ruoli nel settore sanitario e le nuove forme di organizzazione vengono affrontate in maniera differenti dalle comunità autonome. I risultati ottenuti includono lo sviluppo di nuove competenze per gli infermieri, l'utilizzo di nuove tecnologie come l'intelligenza artificiale e la trasformazione digitale, il rinforzo dell'assistenza primaria e l'attenzione ai determinanti sociali della salute. Per quanto riguarda i dati sulla forza lavoro sanitaria, esistono modelli disaggregati per regioni e, peraltro, la qualità dei dati aggregati è scarsa. Riguardo alla pianificazione della forza lavoro sanitaria, si cercano soluzioni per mitigare le carenze o l'eccesso di personale, come la regolamentazione dell'afflusso di formazione e della distribuzione regionale o settoriale. Sono coinvolti diversi attori come il Ministero della Salute, le associazioni professionali, le società scientifiche e i sindacati. Le sfide per migliorare le competenze di pianificazione della forza lavoro sanitaria riguardano l'unificazione dei criteri, gli strumenti per la pianificazione delle competenze, la trasformazione digitale e i nuovi modelli organizzativi.

## **ITALIA**

In Italia è necessario raggiungere una distribuzione adeguata del personale sanitario sul territorio e ripensare la composizione delle competenze in ogni professione, nonché il numero delle professioni stesse. Le limitazioni finanziarie del settore pubblico riducono la possibilità di aumentare stipendi o opportunità di carriera e di rendere le professioni mediche più attrattive. Inoltre, occorre distribuire equamente i professionisti tra il settore pubblico e privato e rendere le professioni sanitarie e le specializzazioni mediche più attraenti. Negli ultimi 5 anni si è verificata una carenza di domanda rispetto all'offerta formativa e alle esigenze del sistema sanitario in 17 professioni, che sono diventate 22 (inclusi infermieri, ostetriche e fisioterapisti). Per monitorare il mercato del lavoro nel settore sanitario sono disponibili diverse fonti di dati, tra cui registri professionali, censimenti della popolazione e un sistema di informazione statistica sulla fornitura di personale sanitario. Tuttavia, ci sono ancora sfide nel raccogliere dati sulle equivalenze a tempo pieno e sui flussi migratori, che hanno un grande impatto sulla pianificazione del personale sanitario. Nel 2015, l'Italia ha avviato un sistema di pianificazione esaustivo per il personale sanitario al fine di fornire previsioni basate su evidenze per bilanciare domanda e offerta. L'algoritmo applicato a livello nazionale e regionale tiene conto della distribuzione del personale sanitario. Per monitorare il mercato del lavoro nel settore sanitario, si utilizzano un questionario obbligatorio sui professionisti sanitari e i registri professionali. Si indaga su dati come età, genere, anni di attività, status professionale, tipo di contratto di lavoro, tipo di struttura sanitaria in cui si lavora, ecc. La pianificazione del personale sanitario in Italia coinvolge un team multiprofessionale a livello nazionale con un rappresentante per ogni professione. Ogni professione ha una rete con un rappresentante a livello regionale. Inoltre, i membri del gruppo partecipano a corsi periodici di aggiornamento e formazione.

## **21.11 – POMERIGGIO**

### **DISCUSSIONI E APPROFONDIMENTI PER PAESE**

La Joint Action HEROES prevede che durante la durata del progetto ciascun paese produca un report con le seguenti sezioni:

- un'analisi della situazione dei dati sulla forza lavoro sanitaria identificando le principali sfide e lacune dati;
- un insieme di dati di pianificazione nazionale comprensivo di indicatori di mobilità della forza lavoro sanitaria comuni (internazionali e intra-nazionali), basati sul set di dati minimo avanzato sviluppato nell'ambito della JA;
- un piano d'azione nazionale che elenchi le azioni per superare le sfide "lanciate" dai dati raccolti;
- la realizzazione del piano d'azione tramite l'implementazione di iniziative pilota e la raccolta di dati relativi al set di dati di pianificazione;
- un sistema di autovalutazione sulla fattibilità delle azioni pianificate
- il monitoraggio delle attività svolte.

Alla luce di questa consapevolezza, nel pomeriggio i gruppi di lavoro per paese hanno internamente discusso per capire in che misura – in maniera percentuale – a livello di paese si è o meno d'accordo con le seguenti affermazioni

1. "Nel mio paese abbiamo un quadro chiaro del numero e della composizione degli operatori sanitari in attività";
2. "Possiamo monitorare in modo appropriato il volume della mobilità internazionale";
3. "Abbiamo soluzioni per quantificare la domanda di forza lavoro sanitaria";
4. "È impossibile avere dati sulla forza lavoro sanitaria nel settore privato";
5. "Avere dati qualitativi sulla preparazione e motivazione degli operatori sanitari è più utile dei numeri puri".

---

## **22.11 – MATTINA – 1° PARTE**

### **STATO DELL'ARTE – PRINCIPI PER PREVEDERE E BILANCIARE LA DOMANDA E L'OFFERTA DI HWF**

La mattinata del 2° giorno è cominciata affrontando una sessione operativa del task 2 del WP5 relativa ai principi per prevedere e bilanciare la domanda e l'offerta di HWF nei paesi interessati. Sono state 3 le differenti sessioni.

Durante la 1° sessione sono state illustrate le 3 principali fasi di qualsiasi modello di pianificazione:

1. modellare l'offerta attuale e futura delle risorse umane;
2. modellare la domanda attuale e futura di personale sanitario;
3. trovare un equilibrio tra domanda e offerta.

E' stato presentato anche un metodo di "stock and flow" per prevedere l'offerta futura delle risorse umane.

La parte 2 si è concentrata su come modellare la domanda attuale e futura del personale sanitario, utilizzando un approccio basato sulle necessità della popolazione. E' stato spiegato da parte dei partner tecnici ai gruppi di lavoro nazionali come valutare il livello attuale di domanda insoddisfatta e come stimare la domanda futura in base ai cambiamenti demografici e alle necessità dei pazienti.

La 3° parte ha visto i paesi protagonisti nella finalizzazione di un modello di file excel per poter stimare/calcolare la domanda e l'offerta previste per tipologie di professioni scelte per i prossimi

10 anni, inserendo una serie di dati quali: il numero di praticanti; l'FTE medio; il numero attuale di laureati; la percentuale variabile di domanda; e altri valori utili alla stima.

Successivamente ogni paese ha illustrato come ha realizzato la propria simulazione con lo scopo di far comprendere al meglio ai propri partner stranieri la metodologia applicata e la ratio esistente alla base di ogni modello nazionale per capire come vengono programmate domanda e offerta di HWF.

---

## **22.11 – MATTINA – 2° PARTE**

### **STATO DELL'ARTE – PRINCIPI PER PREVEDERE E BILANCIARE LA DOMANDA E L'OFFERTA DI HWF**

Durante la seconda parte della mattinata i partner presenti si sono dedicati a comprendere quali sono gli strumenti per lo sviluppo e il miglioramento delle competenze del personale responsabile della pianificazione delle HWF, concentrandosi sulla governance della pianificazione e sulla valutazione delle esigenze di formazione dei paesi coinvolti. Il processo consiste nel valutare la situazione attuale dei paesi in termini di capacità di pianificazione della HWF, definire la situazione desiderata e sviluppare piani d'azione per migliorare le capacità amministrative dei paesi. Le competenze di pianificazione della forza lavoro in sanità possono essere suddivise in 6 diverse categorie.

1. sviluppo di politiche sanitarie e capacità di pianificazione del personale sanitario;
2. capacità di analisi e valutazione dei dati;
3. capacità di collaborazione e comunicazione;
4. capacità di leadership e di pensiero sistemico;
5. competenze gestionali HWF;
6. competenze finanziarie.

E' stato somministrato ai presenti un questionario contenente delle domande per ciascuno dei 6 domini. Ciascun gruppo di lavoro si è focalizzato e ha commentato/suggerito alcuni possibili modifiche alle domande proposte. L'Italia si è focalizzata sulla parte relativa alla "capacità di collaborazione e comunicazione". Vista la brevità del tempo proposto, ciascun paese avrà alcuni giorni di tempo per decidere a chi verrà sottoposto il questionari, condotto nei paesi partecipanti nei prossimi mesi, per analizzare la situazione attuale in termini di competenze di pianificazione della HWF.

---

## **22.11 – POMERIGGIO**

### **DISCUSSIONI E APPROFONDIMENTI PER PAESE**

Il pomeriggio dell'ultimo giorno è stato un momento di confronto e di scambio di opinioni e modalità di approccio alla programmazione.

Infine, ogni paese ha proposto una possibile strategia per il miglioramento delle capacità di pianificazione della HWF a livello nazionale/locale. Il testo introduce anche un sondaggio che verrà condotto nei paesi partecipanti per analizzare la situazione attuale in termini di competenze di pianificazione della HWF.