



PIANO DI CRISI DELL'UE PER IL PERSONALE SANITARIO

Sostenibilità dei sistemi sanitari e condizioni
occupazionali e lavorative nel settore sanitario

SINTESI ANALITICA PER LA STAMPA

Numeri della crisi, proposte principali e testo integrale
della relazione del Parlamento europeo.

Relatori: Loucas Furlas • Ruggero Razza

La relazione Fourlas-Razza: un piano europeo per personale, sicurezza delle cure e sostenibilità dei sistemi sanitari

La relazione parte da un cambio di prospettiva importante: la carenza di personale sanitario non viene più considerata semplicemente un problema occupazionale. È un problema di sicurezza dei pazienti, accesso alle cure, coesione territoriale, competitività e, infine, sicurezza strategica europea.

Il punto politico centrale è conseguente: senza medici, infermieri e altri professionisti in numero sufficiente, non esiste sistema sanitario resiliente, indipendentemente dalla disponibilità di nuovi farmaci, tecnologie, ospedali o investimenti infrastrutturali.

La proposta più ambiziosa è quindi quantificata: aumentare di almeno un milione di unità il personale sanitario europeo nel periodo 2028-2034, accompagnando l'obiettivo con una strategia europea di lungo periodo e con risorse dedicate nel prossimo Quadro finanziario pluriennale.

1. I NUMERI DELLA CRISI

1,2 milioni di professionisti mancanti oggi

Nel 2022 nell'UE si stimava una carenza di circa 1,2 milioni di medici, infermieri e ostetriche rispetto al personale necessario per raggiungere una copertura sanitaria universale. Il settore sanitario risulta inoltre stabilmente fra i tre settori con le più gravi e diffuse carenze di manodopera negli Stati membri.

La relazione richiama inoltre una previsione di 950.000 operatori sanitari mancanti entro il 2030. Nella motivazione finale compare una stima ancora più ampia, riferita complessivamente agli operatori sanitari e assistenziali, secondo cui la carenza potrebbe superare i 4 milioni entro il 2030. I due numeri non vanno confusi: fanno riferimento a perimetri e fonti differenti.

È probabilmente questo il dato più efficace per spiegare alla stampa la dimensione del problema: l'Europa non affronta una normale difficoltà di reclutamento, ma un deficit strutturale della propria capacità di cura.

Una forza lavoro che sta invecchiando

Il problema è destinato ad aggravarsi per effetto dei pensionamenti. Il 30% dei medici europei e il 18% degli infermieri ha almeno 55 anni. In 12 Stati membri, già nel 2022, la quota dei medici di almeno 55 anni raggiungeva addirittura il 40%.

La questione, dunque, non riguarda soltanto quanti professionisti mancano oggi, ma quanti ne usciranno nei prossimi anni rispetto a quanti ne entreranno. La relazione segnala infatti contemporaneamente pensionamenti, diminuzione delle iscrizioni in alcune discipline sanitarie e insufficiente afflusso di nuovi laureati.

2. LA CRISI DEL PERSONALE È GIÀ UNA CRISI DELLE CURE

Le conseguenze sono concrete: meno personale significa visite più brevi, liste d'attesa più lunghe, pronto soccorso sovraffollati, diagnosi tardive, minore prevenzione e maggiore probabilità di errori.

La relazione afferma espressamente che le carenze croniche possono essere associate a danni, complicazioni e riammissioni evitabili, minore monitoraggio dei pazienti, mancata esecuzione dei controlli necessari, minore rispetto dei protocolli, ritardi diagnostici e interruzione della continuità assistenziale.

Un altro dato fotografa la disuguaglianza nell'accesso: nel 2024 il 3,6% dei cittadini UE di almeno 16 anni che necessitavano di una visita o di un trattamento non è riuscito ad accedervi, per ragioni economiche, liste d'attesa o distanza dai servizi. In alcune regioni europee le donne incinte devono percorrere oltre 100 chilometri per raggiungere un reparto maternità.

È qui che compare uno dei concetti politicamente più rilevanti della relazione: i “deserti sanitari”.

3. L'EMERGENZA NASCOSTA: LA SALUTE MENTALE DI CHI CURA

Probabilmente i numeri più drammatici dell'intero documento riguardano la condizione psicofisica dei professionisti.

Secondo i dati OMS richiamati dalla relazione:

- 1 operatore sanitario su 3 riferisce depressione o ansia;
- 1 su 10 riferisce pensieri suicidi o comportamenti autolesionistici;
- 1 medico su 4, soprattutto fra i giovani, lavora più di 50 ore settimanali;
- il 32% dei medici e il 25% degli infermieri ha un contratto a tempo determinato;
- fra il 60 e il 90% degli infermieri riferisce ogni anno disturbi muscoloscheletrici.

La relazione cita inoltre livelli particolarmente elevati di burnout in alcuni ambiti, fino al 79% degli infermieri e al 65% dei medici nel settore cardiovascolare. Medici e infermieri avrebbero una probabilità cinque volte superiore rispetto alla popolazione generale di manifestare sintomi depressivi: 32% contro 6%.

Il punto decisivo è che il burnout non riguarda soltanto il benessere del lavoratore. Diventa un problema di sicurezza clinica: il documento richiama studi secondo cui gli operatori in burnout possono avere il doppio delle probabilità di essere coinvolti in incidenti riguardanti la sicurezza dei pazienti.

4. LA PRIMA GRANDE PROPOSTA: UN MILIONE DI OPERATORI IN PIÙ

È la proposta politicamente più forte della relazione.

Il Parlamento chiede alla Commissione una strategia europea globale e di lungo periodo per il personale sanitario, con l'obiettivo di incrementare la forza lavoro di almeno un milione di operatori nel QFP 2028-2034.

Non si propone una semplice campagna di assunzioni. La strategia deve comprendere contemporaneamente:

formazione → ingresso → assunzione → condizioni di lavoro → carriera → permanenza nel sistema → mobilità → aggiornamento delle competenze → programmazione del fabbisogno.

La Commissione dovrebbe inoltre monitorare sistematicamente le carenze professione per professione e regione per regione.

È un cambio significativo: la programmazione del personale sanitario diventerebbe una questione europea strutturale, pur restando l'organizzazione dei sistemi sanitari competenza degli Stati membri.

5. ORGANICI SICURI: DAL NUMERO DEI DIPENDENTI ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Una delle innovazioni più concrete è la proposta di definire principi comuni europei sugli organici sicuri.

La relazione chiede una raccomandazione del Consiglio e invita a valutare anche la necessità di un quadro obbligatorio, comprendente controlli sui carichi di lavoro e sui rapporti medici/pazienti e infermieri/pazienti.

Gli Stati vengono inoltre invitati a considerare soglie minime e parametri di sicurezza e tempi di consultazione sufficienti per una corretta valutazione clinica.

Per gli infermieri viene proposta la creazione di uno strumento europeo standardizzato per misurare il carico di lavoro, prendendo come riferimento sistemi validati come il Nursing Activity Score.

La portata della proposta è importante: un organico insufficiente viene trattato come un rischio professionale e un rischio per la sicurezza del paziente, non semplicemente come una difficoltà gestionale.

6. RICONOSCERE LE PROFESSIONI SANITARIE COME USURANTI

Altro punto significativo è la richiesta agli Stati membri di riconoscere formalmente le professioni sanitarie come professioni usuranti e particolarmente impegnative.

La relazione collega questa qualificazione alla necessità di assicurare:

retribuzioni adeguate alle competenze e alle responsabilità, stabilità occupazionale, rispetto dell'orario di lavoro, limitazione dei turni notturni consecutivi e dei turni eccessivamente lunghi, riposo effettivo, tutela della salute mentale e fisica e contrasto alla precarietà.

Particolarmente significativa è la richiesta alla Commissione di vigilare sull'applicazione della direttiva sull'orario di lavoro: un medico su quattro e un infermiere su dieci lavorano oltre 50 ore alla settimana.

7. GIOVANI MEDICI E SPECIALIZZANDI: NON MANODOPERA A BASSO COSTO

La relazione dedica un capitolo sostanziale alla generazione che dovrà sostituire quella prossima alla pensione.

Si propone di finanziare i tirocini degli studenti di medicina e delle altre professioni sanitarie e di prevedere sostegni che possano accompagnare l'intero percorso di studi, comprese le attività cliniche.

Per giovani medici e specializzandi si chiedono retribuzione equa, riposi protetti, copertura previdenziale, tutela della genitorialità, supervisione e tutoraggio, insieme a standard europei minimi di qualità della formazione specialistica.

La filosofia è semplice: gli studenti non devono essere utilizzati per coprire i vuoti di organico.

A questo si accompagna una proposta originale: creare un Erasmus specificamente dedicato agli istituti di istruzione e formazione sanitaria, favorendo programmi transnazionali e interdisciplinari.

8. DESERTI SANITARI: PORTARE I PROFESSIONISTI DOVE OGGI NON VOGLIONO O NON POSSONO ANDARE

La relazione riconosce che la media nazionale del personale può nascondere enormi squilibri territoriali.

Zone rurali, montane, insulari, periferiche, ultraperiferiche e spopolate hanno difficoltà molto maggiori nell'attrarre professionisti.

La risposta proposta non è esclusivamente salariale. Si ipotizzano incentivi territoriali, tra cui:

programmi abitativi, borse di studio, opportunità professionali e di carriera, incentivi per chi accetta di lavorare nelle aree scarsamente servite, telemedicina e valorizzazione delle farmacie di prossimità.

Per Paesi con forti differenze interne - e in particolare per territori insulari, periferici o a bassa densità - questo è uno dei capitoli più rilevanti dell'intera relazione.

9. IL GRANDE TEMA DEL FINANZIAMENTO: LA SANITÀ NEL BILANCIO UE 2028-2034

Qui la relazione compie una scelta politica netta.

Chiede di aumentare e utilizzare in maniera coordinata le risorse di EU4Health, Orizzonte Europa, fondi strutturali, Erasmus+, Europa digitale, FSE+ e politica di coesione, indirizzandole verso formazione, assunzione, mantenimento del personale, innovazione e territori maggiormente in difficoltà.

Ma va oltre.

La relazione manifesta preoccupazione per l'assenza di una specifica linea di bilancio sanitaria nella proposta del QFP post-2027 e chiede un bilancio sanitario specifico dell'UE all'interno di ciascun QFP, con risorse prevedibili e dedicate.

Ancora più politicamente significativa è l'indicazione di considerare gli investimenti sanitari come investimenti strategici e di valutare:

la possibilità di escludere la spesa sanitaria dalle misure di austerità, salvaguardando disciplina di bilancio, trasparenza e controllo sull'efficacia della spesa.

È uno dei passaggi potenzialmente più forti sul piano politico e mediatico.

10. INVESTIRE IN SALUTE NON È SOLO SPENDERE

La relazione offre anche una giustificazione economica alla richiesta di maggiori investimenti.

Ogni euro investito in prevenzione può produrre fino a 14 euro di rendimento attraverso minori costi sanitari e maggiore produttività.

Parallelamente, le malattie non trasmissibili costano all'UE oltre 700 miliardi di euro l'anno.

Le sole malattie cardiovascolari causano 1,7 milioni di morti all'anno e rappresentano il 22% di tutti i ricoveri ospedalieri.

La conclusione economica della relazione è quindi rilevante: sanità e personale sanitario non devono essere considerati esclusivamente capitoli di spesa pubblica, ma infrastrutture produttive e strategiche dell'Europa.

11. INTELLIGENZA ARTIFICIALE: LIBERARE TEMPO CLINICO, NON SOSTITUIRE LE PERSONE

La digitalizzazione viene vista come parte della soluzione, ma con un limite molto chiaro.

Tecnologie digitali e IA possono ridurre gli adempimenti amministrativi, ottimizzare l'organizzazione, migliorare l'accessibilità dei servizi e liberare tempo dei professionisti.

Ma il principio stabilito è: la tecnologia deve integrare il lavoro umano, non sostituirlo.

Questo comporta anche investimenti nella formazione digitale del personale e una riorganizzazione delle competenze, affinché medici e infermieri possano dedicare una quota maggiore del proprio tempo alle attività assistenziali.

12. DONNE E SANITÀ: IL 78% DELLA FORZA LAVORO

La crisi presenta inoltre una fortissima dimensione di genere.

Le donne costituiscono circa il 78% del personale sanitario europeo e, in circa metà degli Stati membri, rappresentano oltre il 90% degli infermieri. Eppure persistono differenze salariali, minori opportunità di carriera e maggiore esposizione a violenza e molestie.

La relazione richiama un divario di 24 punti percentuali nelle retribuzioni mensili medie tra uomini e donne nel settore sanitario e assistenziale.

Da qui le proposte su conciliazione famiglia-lavoro, servizi per l'infanzia, tutela della maternità, contrasto alla discriminazione e alla violenza e sostegno al rientro professionale.

LE 10 PROPOSTE PRINCIPALI

A colpo d'occhio - i punti da evidenziare nella comunicazione

1 1 MILIONE IN PIÙ

Almeno un milione di operatori sanitari in più nell'UE nel ciclo 2028-2034.

2 STRATEGIA EUROPEA

Programmazione permanente del personale e monitoraggio delle carenze per professione e territorio.

3 ORGANICI SICURI

Standard e possibili parametri minimi sui rapporti medici/pazienti e infermieri/pazienti.

4 PROFESSIONI USURANTI

Riconoscimento delle professioni sanitarie come usuranti e particolarmente impegnative.

5 GIOVANI E SPECIALIZZANDI

Tirocini sostenuti finanziariamente, tutele e formazione specialistica di qualità.

6 ERASMUS SANITARIO

Un programma Erasmus specificamente dedicato alla formazione sanitaria.

7 DESERTI SANITARI

Incentivi economici, abitativi, formativi e professionali nelle aree scarsamente servite.

8 SALUTE MENTALE

Benessere del personale come indicatore di performance della dirigenza sanitaria.

9 BILANCIO UE PER LA SALUTE

Risorse sanitarie adeguate e riconoscibili nel QFP 2028-2034 e nel dopo-EU4Health.

10 SANITÀ = INVESTIMENTO

Valutare la protezione degli investimenti sanitari dalle misure di austerità.

13. LA SALUTE MENTALE DIVENTA UN INDICATORE DI PERFORMANCE

Una proposta meno appariscente, ma innovativa, è quella di considerare la tutela della salute mentale del personale come un indicatore chiave di performance dei dirigenti sanitari.

In altre parole, un manager sanitario non dovrebbe essere valutato soltanto su bilanci, attività e produttività, ma anche sulla capacità dell'organizzazione di proteggere il benessere psicologico dei lavoratori.

È un cambiamento culturale significativo perché trasforma il burnout da problema individuale del professionista a responsabilità organizzativa del sistema sanitario.

LE 10 PROPOSTE DA EVIDENZIARE ALLA STAMPA

- 1. Almeno 1 milione di operatori sanitari in più nell'UE entro il ciclo finanziario 2028-2034.**
- 2. Strategia europea permanente sul personale sanitario, con monitoraggio delle carenze per professione e territorio.**
- 3. Standard sugli organici sicuri, fino alla possibile introduzione di parametri minimi e rapporti medici/pazienti e infermieri/pazienti.**
- 4. Riconoscimento delle professioni sanitarie come usuranti e particolarmente impegnative.**
- 5. Tutela specifica di studenti, giovani medici e specializzandi, con tirocini sostenuti finanziariamente e formazione specialistica di qualità.**
- 6. Un Erasmus sanitario dedicato.**
- 7. Piano contro i deserti sanitari, con incentivi economici, abitativi, formativi e professionali per lavorare nelle aree scarsamente servite.**
- 8. Salute mentale del personale come indicatore di performance della dirigenza sanitaria.**
- 9. Bilancio sanitario europeo adeguato e riconoscibile nel QFP 2028-2034, salvaguardando risorse per il dopo-EU4Health.**
- 10. Valutazione della possibilità di proteggere gli investimenti sanitari dalle misure di austerità, riconoscendo la sanità come investimento strategico e non come mera voce di costo.**

LA CHIAVE POLITICA DELLA RELAZIONE

Il messaggio che emerge può essere sintetizzato così: l'Europa rischia di avere più bisogno di cure proprio mentre diminuiscono le persone disponibili a garantirle.

L'invecchiamento della popolazione aumenta la domanda; l'invecchiamento dei professionisti riduce l'offerta. Burnout, precarietà, retribuzioni insufficienti e condizioni di lavoro difficili accelerano le uscite. I deserti sanitari amplificano le differenze territoriali. Nel frattempo malattie croniche, tumori, patologie cardiovascolari, salute mentale, resistenza antimicrobica e possibili nuove emergenze aumentano la pressione sui sistemi.

Per questo la relazione Furlas-Razza cerca di spostare il dibattito europeo dalla gestione della carenza alla programmazione della capacità sanitaria dell'Europa.

La proposta del milione di professionisti in più è il simbolo quantitativo di questa impostazione; organici sicuri, formazione, condizioni di lavoro, salute mentale, coesione territoriale e finanziamento europeo ne rappresentano l'architettura.

E il messaggio forse più significativo per la comunicazione pubblica è che la crisi del personale sanitario non riguarda soltanto chi lavora negli ospedali: riguarda direttamente il diritto del cittadino a essere curato in tempo, vicino a casa e in condizioni di sicurezza.