

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di policy rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

12 Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un'analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano

di Mario Del Vecchio, Roberta Montanelli, Elisabetta Trincherò¹

12.1 Premessa

Molti sistemi sanitari si stanno confrontando per motivi diversi con la carenza di professionisti. I *policymaker* e i manager hanno cercato a lungo di capire come valutare la produttività, le competenze e i ruoli della forza lavoro, al fine di ottenere il miglior mix di professionisti necessario per fornire un'assistenza di alta qualità, preservando la sostenibilità. Un ridisegno delle competenze e delle responsabilità sembra essere fondamentale per rispondere ad una domanda di salute in cambiamento e ai nuovi paradigmi culturali e organizzativi, offrendo opportunità e prospettive di carriera al mondo delle professioni sanitarie. Il cambiamento di mix di competenze, responsabilità e attività nell'assistenza sanitaria può contribuire a migliorare l'erogazione dell'assistenza e gli *outcome* dei pazienti senza aumentarne i costi (Tsiachristas *et al.* 2015).

Modificare lo *skill mix* significa sostituire una professione con un'altra nello svolgimento di un'attività (cosiddetto *shift*), non l'arricchimento delle mansioni nei "confini" del sapere professionale (cosiddetto *upgrading*) (Buchan & Dal Poz 2002; Buchan & O'May 2000). Nei sistemi sanitari avanzati si assiste tipicamente a due tendenze (Delamaire & Lafortune 2010):

- ▶ da un lato, allo spostamento dell'assegnazione della responsabilità di alcune attività già erogate da una famiglia professionale a un'altra, con l'obiettivo

¹ Sebbene il presente capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 12.1 e 12.2 sono attribuiti a Elisabetta Trincherò, il § 12.3 a Roberta Montanelli e il § 12.4 a Mario Del Vecchio. Ferma restando la completa responsabilità degli autori rispetto ai contenuti della ricerca, si ringraziano per il proficuo contributo dato al capitolo e per la disponibilità alle interviste per la realizzazione dei casi aziendali: Elisabetta Fabbrini (DG), Barbara Mangiacavalli (DSS) e Gisella Guerrini (SITRA) della ASST Bergamo Ovest, Massimo Fabi (DG), Paola Bodrandi (DA) dell'AOU di Parma, Giorgio Casati (DG) dell'ASL di Latina e Laura Zoppini (SITRA) della ASST Rhodense. Gli autori ringraziano inoltre tutti i direttori che hanno partecipato alla *survey* presentata nel capitolo.

principale di distribuire diversamente i carichi di lavoro e di ridurre i costi di gestione. A livello internazionale, assistiamo comunemente all'assegnazione al personale infermieristico di responsabilità precedentemente assegnate al personale medico;

- ▶ dall'altro, all'assegnazione della responsabilità di nuove linee di attività e servizi non precedentemente erogati ad una specifica famiglia professionale, ritenuta particolarmente idonea. L'obiettivo principale è dunque il miglioramento della qualità e della completezza dei servizi offerti, mentre la riduzione dei costi è secondaria. A livello internazionale, assistiamo comunemente all'assegnazione al personale infermieristico della responsabilità di erogare nuovi servizi, ad esempio la responsabilità di nuovi programmi di gestione della cronicità nel territorio oppure di promozione della qualità delle cure in ospedale.

Le direzioni del cambiamento dello *skill mix* riprese nel 2008 dall'European Observatory on Health Systems and Policies possono riguardare sia il cambiamento dei ruoli, sia il cambiamento dell'interfaccia tra servizi (Sibbald, Shen, McBride 2004; Antunes & Moreira 2013). In particolare, ci sono almeno quattro direzioni in cui il *mix* di competenze esistente di una determinata famiglia professionale può cambiare (Lega, 2015): la diversificazione (*nuovo approccio alla pratica professionale*), la specializzazione (*crescita di expertise nel proprio ambito di competenza*), la sostituzione verticale (*sovrapposizione di competenze*) e la sostituzione orizzontale (*potere decisionale e status*). La diversificazione e la specializzazione comportano l'espansione dei confini professionali all'interno di una singola disciplina o un cambiamento intra-disciplinare. Si pensi, ad esempio, alla diffusione nelle aziende sanitarie italiane dell'infermiere stomatoterapista, all'infermiere addetto al controllo delle infezioni, all'infermiere specialista della cura delle lesioni cutanee, all'infermiere di PICC Team e all'infermiere di anestesia (Del Vecchio *et al.*, 2017). La sostituzione verticale e orizzontale implica il movimento di una disciplina al di fuori dei suoi confini tradizionali per assumere compiti che normalmente vengono eseguiti da altri profili sanitari o afferenti ad altre discipline. Si pensi, ad esempio, all'assunzione da parte di infermieri di ruoli di direzione di unità di degenza a bassa intensità clinica (Borgonovi *et al.*, 2015).

Le domande aperte, non solo a livello nazionale, ma soprattutto a livello internazionale, riguardano ancora non solo quali e quanti professionisti siano necessari in un determinato *setting* assistenziale, ma anche quali ruoli e responsabilità debbano ricadere sulle diverse famiglie professionali (Pavolini & Kuhlmann 2016; WHO 2006). Ad esempio, fin dal 2000 il National Health Service (NHS) inglese ha avviato una serie di iniziative di riprogettazione della forza lavoro che hanno ampliato i ruoli del personale esistente e sviluppato nuovi ruoli, nonché ridistribuito l'attività di assistenza sanitaria tra le diverse figure professionali (Bohmer & Imison 2013). Ancora, da una analisi dello *skill mix*,

istruzione e formazione, compiti e remunerazione dello staff all'interno dei team di *primary care* di Stati Uniti, Canada, Australia, Inghilterra, Germania e Paesi Bassi è emerso come, sebbene l'infermiere sia il principale professionista sanitario che collabora con i medici nella maggior parte dei paesi, il suo ruolo nelle cure primarie varia considerevolmente da paese a paese (Freund *et al.* 2015). A tutt'oggi dunque il confronto a livello internazionale è reso difficile da differenze importanti nella costruzione delle famiglie professionali tra i diversi sistemi sanitari. In particolare, ad esempio, mentre in Italia il ruolo infermieristico è ben distinto da quello dell'OSS (Operatore Socio Sanitario), in molti paesi la famiglia professionale dell'infermiere include anche il personale di supporto.

12.1.1 Obiettivi del progetto di ricerca

Nel SSN italiano è stata posta negli ultimi anni molta attenzione al contenimento della spesa per il personale. Mentre dal 2006 al 2010 la spesa per il personale dipendente è cresciuta mediamente di quasi il 3% all'anno, dal 2011 al 2015 si è osservato complessivamente una riduzione dell'1,2% del peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva (Longo e Ricci, 2017). Infatti, dal 2010 al 2016, il SSN ha osservato una riduzione del personale dipendente a tempo indeterminato di quasi 41.000 unità (Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, 2010-2016).

Il contenimento della spesa è sostanzialmente il risultato: (i) da un lato, di politiche di blocco del turn-over attuate dalle regioni in piano di rientro; (ii) dall'altro, da misure di contenimento della spesa per il personale implementate dalle altre regioni; (iii) infine, da misure introdotte a livello nazionale. Relativamente a quest'ultime, ricordiamo per quanto riguarda il periodo di osservazione (Camera dei deputati, Servizio Studi, 2018, pg. 15):

- ▶ la revisione delle dotazioni organiche;
- ▶ la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%) disposta per il periodo 2010-2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e poi prorogata al triennio 2013-2015 (decreto legge 98/2011 e decreto legge 95/2012);
- ▶ il blocco dei rinnovi contrattuali;
- ▶ il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 pari al trattamento spettante nell'anno 2010, introdotto dal decreto legge 78/2010, prorogato fino al 2014 dal decreto legge 98/2011, ed ulteriormente esteso al 2015 con la stabilità 2015 (legge 190/2014);
- ▶ la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (decreto legge 78/2010);

- ▶ il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (decreto legge 98/2011 e legge di stabilità 2014).

Focalizzando l'attenzione su come i sistemi regionali italiani hanno, in questi ultimi anni, articolato il contributo della professione medica e di quella infermieristica, un indicatore semplice, ma potenzialmente efficace, è il rapporto del numero di infermieri sul numero di medici. Nei confronti internazionali il nostro Paese, essendo caratterizzato da una medio-alta densità medica e una medio-bassa densità infermieristica, si colloca nelle ultime posizioni nel rapporto infermieri/medici (OECD, 2017). A fronte di questa situazione, la ricerca indaga i seguenti aspetti del fenomeno:

- ▶ la demografia e la geografia dei dipendenti del sistema sanitario pubblico per regione, con l'obiettivo di fornire una prima fotografia "grezza" della questione;
- ▶ la risposta nelle diverse regioni italiane delle aziende sanitarie pubbliche ai vincoli normativi e di sistema nelle politiche di reclutamento per rispondere alla carenza di personale, con particolare attenzione all'uso della leva del cambiamento dello *skill mix*.

12.1.2 Metodi di ricerca

L'approccio utilizzato è sia quantitativo che qualitativo. Per rappresentare i diversi profili dei dipendenti del SSN, sono stati analizzati i dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato e i relativi database disponibili a marzo 2018. Partendo dal quadro di sintesi rappresentato dall'analisi dei dati quantitativi, è stata condotta un'analisi esplorativa al fine di indagare i vincoli alla gestione del personale, le politiche di reazione allo *shortage* del personale sanitario (medico, infermieristico e di supporto), le eventuali politiche di riposizionamento dello *skill mix*. A tal fine, sono state raccolte le percezioni di 40 direttori membri delle direzioni strategiche, di dipartimento, di distretto e di unità operative di staff di aziende sanitarie pubbliche attraverso la somministrazione di una *survey* per la raccolta delle percezioni su una scala Likert a 6 (da forte disaccordo -1- a forte accordo -6-) sulle affermazioni presentate nella Tabella 12.1. Il metodo di somministrazione e i risultati della *survey* sono approfonditi nel successivo paragrafo 12.3.1. Inoltre, sono stati analizzati tre casi aziendali con l'obiettivo di identificare e validare le principali ipotesi interpretative emerse attraverso il confronto con i direttori generali, sanitari e delle professioni sanitarie delle aziende analizzate. I risultati dell'analisi dei casi aziendali sono presentati nel successivo paragrafo 12.3.2. La natura esplorativa di questa ricerca ha permesso la corretta strutturazione *ex post* con un certo grado di libertà delle informazioni raccolte (Guest & King, 2004).

Tabella 12.1 **Griglia di analisi**

1. La mia regione, negli ultimi anni:
 - ha introdotto politiche di blocco del turn-over del personale
 - ha adottato misure di contenimento della spesa per il personale
 - ha promosso politiche di gestione del personale per superare lo *shortage*
 - si è dimostrata aperta ad appoggiare politiche di gestione del personale promosse dalle aziende per superare lo *shortage*
2. Nella mia azienda, in un quadro di tensioni sul dimensionamento del personale:
 - la carenza di personale infermieristico è il problema più sentito
 - la carenza di personale medico è il problema più sentito
 - la carenza di personale di supporto è il problema più sentito
 - la carenza di personale sanitario si avverte principalmente nell'area ospedaliera
 - la carenza di personale sanitario si avverte principalmente nell'area territoriale
3. Nella mia azienda, a parità di altre condizioni, l'ostacolo principale al superamento dello *shortage* del personale:
 - sono i vincoli normativi posti all'incremento o al rimpiazzo del personale uscente
 - sono i vincoli economici
 - è la disponibilità delle figure mediche ricercate
 - è la disponibilità delle figure infermieristiche ricercate
4. Nella mia azienda, il principale strumento per gestire lo *shortage* di personale:
 - è la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale
 - è la rideterminazione delle piante organiche
 - è la riallocazione del personale con riferimento alle attività svolte
5. Nella mia azienda, i sacrifici legati al dimensionamento degli organici:
 - sono stati equamente distribuiti su tutte le professioni
 - sono stati equamente ripartiti tra tutti i settori
6. Nella mia azienda, per gestire i carichi di lavoro, quando possibile:
 - trasferiamo attività in precedenza svolte dagli infermieri al personale di supporto
 - trasferiamo attività in precedenza svolte dai medici agli infermieri
 - assegniamo responsabilità nell'erogazione di servizi precedentemente non forniti agli infermieri
7. Nella mia azienda, la ricerca delle soluzioni per lo *shortage* di personale:
 - è caduta prevalentemente sulla direzione aziendale
 - è caduta prevalentemente sulla direzione delle unità operative
 - è caduta prevalentemente sulla direzione delle professioni

12.2 **L'approccio prevalente alla gestione delle diverse famiglie professionali: la macro dimensione quantitativa**

L'elaborazione delle informazioni rese disponibili al 2018 dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato (anni 2010-2016, ultimo anno disponibile) si è focalizzata su tre tipologie di personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche italiane:

- ▶ *il personale infermieristico*, che comprende le categorie del collaboratore professionale sanitario infermiere – categoria D e del collaboratore professionale sanitario infermiere senior (ex esperto) – categoria DS;
- ▶ *il personale di supporto*, che comprende le categorie dell'operatore socio sanitario – categoria BS, dell'operatore professionale di II categoria infermiere BS (generico/psichiatrico) e dell'operatore professionale di II categoria infermiere esperto C (generico/psichiatrico esperto);
- ▶ *e il personale medico*, che comprende il personale medico e odontoiatrico.

Nell'analisi, il restante personale dipendente è stato genericamente accorpato alla voce "altro personale".

Nella Tabella 12.2, nella Tabella 12.3 e nella Tabella 12.4 sono presentati i numeri indice della dinamica del personale infermieristico, di supporto e medico rispetto all'anno 2010. Per l'anno 2010 è indicato tra parentesi il numero di operatori assunti a tempo indeterminato per le tre tipologie di personale (personale infermieristico, personale di supporto e personale medico) nelle aziende sanitarie pubbliche aggregate su base regionale.

Tabella 12.2 **Numeri indice della dinamica del personale infermieristico**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	100 (21.098)	99	99	98	98	99	99
Valle d'Aosta	100 (639)	100	98	110	107	103	110
Lombardia	100 (36.358)	101	101	101	101	101	100
PA Bolzano	100 (2.865)	100	102	103	103	105	108
PA Trento	100 (2.760)	103	106	103	102	103	101
Veneto	100 (23.519)	101	101	101	101	102	102
Friuli Venezia Giulia	100 (7.156)	99	100	102	101	99	103
Liguria	100 (10.756)	100	99	99	99	98	97
Emilia Romagna	100 (25.084)	100	99	99	98	98	98
Toscana	100 (21.356)	100	100	98	98	98	98
Umbria	100 (4.701)	100	100	100	100	97	97
Marche	100 (8.214)	99	99	98	98	99	100
Lazio	100 (20.300)	98	96	96	95	93	93
Abruzzo	100 (5.587)	104	104	105	105	104	102
Molise	100 (1.345)	99	97	97	96	93	92
Campania	100 (19.915)	98	95	93	92	90	89
Puglia	100 (14.912)	100	98	99	100	99	98
Basilicata	100 (2.880)	101	99	101	101	102	102
Calabria	100 (7.701)	98	95	92	91	90	91
Sicilia	100 (16.608)	101	103	102	102	100	98
Sardegna	100 (7.911)	100	100	100	102	103	103
ITALIA	100 (261.665)	100	99	99	99	98	98

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

Se osserviamo l'evoluzione del personale nel tempo all'interno di ciascun SSR, notiamo una generalizzata contrazione del personale dipendente dal 2010 al 2016. Non tutte le regioni, però, registrano dei cali nel numero di dipendenti. Focalizzando l'attenzione sul personale infermieristico e medico, l'Abruzzo, la PA di Bolzano, la PA di Trento, la Sardegna, la Valle d'Aosta e il Veneto presentano una crescita per entrambe le figure professionali, mentre la Basilicata e il Friuli Venezia Giulia presentano un incremento del solo personale infermieristico e l'Umbria del solo personale medico.

Per quanto riguarda il personale di supporto, la situazione è disomogenea. Si rilevano regioni quali Abruzzo, Liguria, Lombardia, Marche, Emilia Romagna,

Tabella 12.3 Numeri indice della dinamica del personale di supporto 2010/2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	100 (7.087)	98	95	94	93	91	92
Valle d'Aosta	100 (150)	96	101	98	113	109	125
Lombardia	100 (8.369)	104	103	103	103	102	101
PA Bolzano	100 (579)	101	102	104	105	106	105
PA Trento	100 (783)	121	124	122	120	119	122
Veneto	100 (8.470)	101	100	100	99	98	100
Friuli Venezia Giulia	100 (3.077)	100	99	98	97	97	95
Liguria	100 (2.403)	100	100	100	100	99	98
Emilia Romagna	100 (5.490)	101	102	102	100	101	101
Toscana	100 (5.254)	104	103	104	106	107	108
Umbria	100 (794)	103	101	102	103	99	110
Marche	100 (1.478)	100	99	98	98	96	96
Lazio	100 (1.754)	94	94	92	88	83	79
Abruzzo	100 (1.138)	97	93	93	91	89	96
Molise	100 (258)	94	85	80	101	92	89
Campania	100 (3.458)	93	85	80	75	70	68
Puglia	100 (2.066)	92	84	80	77	72	69
Basilicata	100 (393)	110	111	125	127	136	127
Calabria	100 (1.004)	84	78	77	71	66	69
Sicilia	100 (1.679)	98	97	95	91	88	87
Sardegna	100 (1.475)	99	96	118	125	131	131
ITALIA	100 (57.159)	100	98	98	97	96	96

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

Tabella 12.4 Numeri indice della dinamica del personale medico 2010/2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	100 (8.960)	98	96	95	94	93	94
Valle d'Aosta	100 (316)	104	109	110	114	109	104
Lombardia	100 (14.237)	101	100	100	99	98	99
PA Bolzano	100 (872)	100	100	102	102	104	109
PA Trento	100 (982)	99	103	104	102	101	106
Veneto	100 (7.890)	100	101	101	101	101	102
Friuli Venezia Giulia	100 (2.595)	100	101	102	100	97	98
Liguria	100 (4.169)	97	96	95	95	94	93
Emilia Romagna	100 (8.691)	100	100	99	97	94	94
Toscana	100 (8.267)	99	99	98	99	98	96
Umbria	100 (1.908)	102	102	102	103	102	103
Marche	100 (3.133)	99	97	96	95	94	95
Lazio	100 (9.087)	96	93	91	89	85	84
Abruzzo	100 (2.534)	101	106	106	108	109	107
Molise	100 (584)	94	92	90	88	81	75
Campania	100 (10.555)	97	93	92	90	88	87
Puglia	100 (6.918)	94	92	91	92	91	92
Basilicata	100 (1.208)	105	102	103	103	101	98
Calabria	100 (4.343)	97	92	90	87	86	87
Sicilia	100 (9.778)	99	101	100	97	94	91
Sardegna	100 (4.136)	99	100	103	104	104	105
ITALIA	100 (111.163)	99	98	97	96	95	94

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

Friuli Venezia Giulia, PA di Bolzano e Veneto, che nel periodo considerato di fatto hanno mantenuto invariata la dotazione (+/- 5%), a fronte di regioni che nello stesso periodo hanno presentato una forte contrazione (superiore al 30% per Calabria, Campania e Puglia e tra il 10% e il 30% per Lazio, Molise e Sicilia) e di regioni che al contrario hanno presentato un aumento rilevante fino all'oltre 30% della Regione Sardegna.

Se guardiamo al personale infermieristico, di supporto e medico direttamente impiegato nelle aziende sanitarie pubbliche dei diversi SSR e al rapporto tra queste figure nel periodo dal 2010 al 2016 (si veda la Tabella 12.5 e la Tabella 12.6), risulta in primo luogo evidente una ampia variabilità sia del rapporto tra infermieri e medici, sia del rapporto tra infermieri e personale di supporto all'interno del territorio nazionale italiano. Ad esempio nel 2016, in Regione Calabria, per ogni medico dipendente troviamo mediamente 1,86 infermieri, mentre in Emilia Romagna e nella PA di Bolzano il rapporto medio regionale supera di poco i 3 infermieri ogni medico. Sempre nel 2016, i dati ci mostrano mediamente un operatore di supporto ogni 13,5 infermieri nella Regione Lazio, mentre nella Regione Friuli Venezia Giulia tale rapporto è di un operatore di supporto ogni 2,5 infermieri. Una tale variabilità nel rapporto tra figure profes-

Tabella 12.5 **Rapporto infermieri per medico**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	2,35	2,38	2,42	2,43	2,45	2,50	2,48
Valle d'Aosta	2,02	1,94	1,83	2,01	1,90	1,92	2,14
Lombardia	2,55	2,56	2,58	2,59	2,61	2,63	2,58
PA Bolzano	3,29	3,29	3,36	3,30	3,33	3,35	3,25
PA Trento	2,81	2,93	2,90	2,78	2,81	2,86	2,68
Veneto	2,98	3,01	2,98	2,97	2,98	3,00	2,98
Friuli Venezia Giulia	2,76	2,74	2,72	2,77	2,78	2,80	2,90
Liguria	2,58	2,67	2,67	2,68	2,67	2,69	2,68
Emilia Romagna	2,89	2,88	2,86	2,88	2,91	2,99	3,01
Toscana	2,58	2,61	2,61	2,59	2,56	2,60	2,62
Umbria	2,46	2,42	2,41	2,41	2,38	2,35	2,32
Marche	2,62	2,64	2,67	2,70	2,71	2,75	2,76
Lazio	2,23	2,28	2,31	2,36	2,39	2,43	2,47
Abruzzo	2,20	2,26	2,16	2,17	2,14	2,09	2,11
Molise	2,30	2,43	2,44	2,49	2,50	2,66	2,80
Campania	1,89	1,91	1,92	1,92	1,93	1,93	1,94
Puglia	2,16	2,30	2,30	2,36	2,34	2,34	2,28
Basilicata	2,38	2,28	2,32	2,35	2,34	2,40	2,49
Calabria	1,77	1,80	1,82	1,83	1,87	1,87	1,86
Sicilia	1,70	1,73	1,72	1,74	1,77	1,80	1,84
Sardegna	1,91	1,92	1,90	1,86	1,88	1,90	1,88
ITALIA	2,35	2,39	2,39	2,40	2,42	2,44	2,45

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

Tabella 12.6 Rapporto infermieri per personale di supporto

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	2,98	3,01	3,09	3,11	3,15	3,21	3,18
Valle d'Aosta	4,26	4,42	4,17	4,76	4,04	4,02	3,76
Lombardia	4,34	4,23	4,26	4,26	4,29	4,30	4,32
Liguria	4,48	4,50	4,44	4,43	4,43	4,42	4,43
PA Trento	3,52	3,00	3,02	2,97	2,99	3,03	2,90
PA Bolzano	4,95	4,93	4,97	4,87	4,86	4,93	5,09
Veneto	2,78	2,78	2,80	2,80	2,83	2,87	2,84
Friuli Venezia Giulia	2,33	2,31	2,36	2,44	2,42	2,36	2,53
Emilia Romagna	4,57	4,50	4,44	4,41	4,46	4,42	4,41
Toscana	4,06	3,91	3,93	3,86	3,76	3,74	3,67
Umbria	5,92	5,73	5,85	5,80	5,72	5,79	5,25
Marche	5,56	5,54	5,53	5,59	5,59	5,72	5,75
Lazio	11,57	12,06	11,93	12,11	12,47	12,99	13,49
Abruzzo	4,91	5,28	5,48	5,53	5,65	5,72	5,24
Molise	5,21	5,48	5,99	6,35	4,93	5,27	5,38
Campania	5,76	6,05	6,46	6,69	7,01	7,37	7,59
Puglia	7,22	7,83	8,40	8,97	9,33	9,94	10,27
Basilicata	7,33	6,68	6,54	5,94	5,84	5,51	5,90
Calabria	7,67	8,95	9,36	9,26	9,89	10,54	10,09
Sicilia	9,89	10,24	10,43	10,67	11,01	11,27	11,21
Sardegna	5,36	5,45	5,60	4,58	4,40	4,22	4,22
ITALIA	4,58	4,58	4,63	4,62	4,64	4,67	4,66

Fonte: rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

sionali all'interno di sistemi che gestiscono processi analoghi ci permette di ipotizzare che ci sia una forte differenza nella attribuzione di responsabilità, competenze ed attività tra infermieri, personale di supporto e medici all'interno dei medesimi *setting* assistenziali nelle diverse aziende sanitarie pubbliche. Ciò è parzialmente confermato da precedenti studi condotti in Italia che dimostrano come la necessità di ridisegnare lo *skill mix* tra professionisti sia un problema emergente e una opportunità che può essere effettivamente utilizzata (Faletti *et al.*, 2013; Vicarelli & Pavolini, 2015).

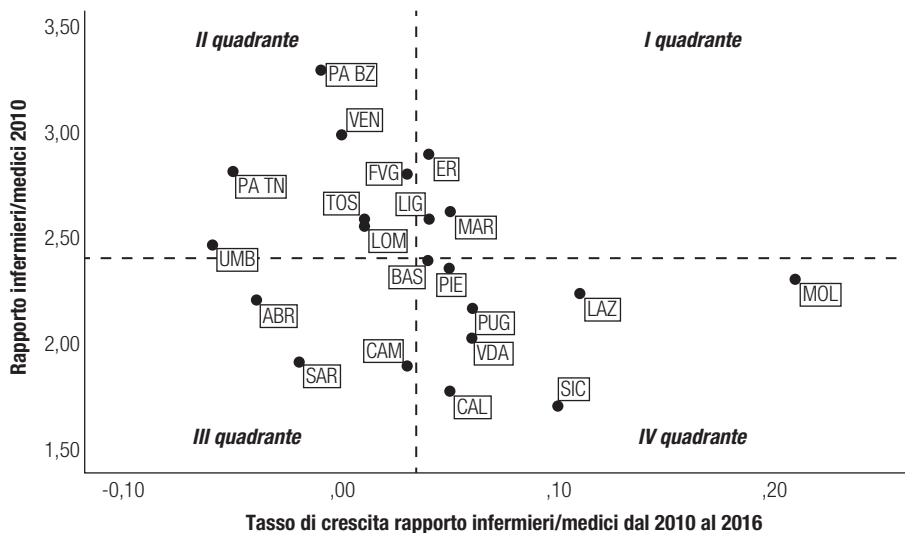
Se, d'altro canto, focalizziamo l'analisi su come si sono evoluti nel tempo sia il rapporto infermieri/medici e personale di supporto/infermieri ci troviamo di fronte ad una situazione di inerzia nella quasi totalità dei SSR. Infatti, il valore medio italiano del rapporto infermieri/medici passa da 2,35 nel 2010 a 2,45 nel 2016. Anche per quanto riguarda il rapporto tra personale di supporto/infermieri non sono evidenti sostanziali modificazioni, passando da 4,58 nel 2010 a 4,66 nel 2016. Questa situazione di sostanziale e diffusa cristallizzazione dello *status quo* durante l'intero periodo di osservazione può essere attribuita ad una

applicazione trasversale e non mirata dei tagli richiesti dalle finanziarie sulle politiche di assunzione del personale.

Dall'analisi, da un lato, del rapporto tra personale infermieristico e personale medico nei diversi SSR nel 2010 e, dall'altro, del tasso di crescita di tale rapporto dal 2010 al 2016, è stata costruita la matrice di posizionamento delle diverse regioni proposta in Figura 12.1. Il primo asse rappresenta dunque il punto di partenza delle diverse regioni, mentre il secondo asse mostra le dinamiche nel tempo. Pertanto, nel lato sinistro della matrice (quadranti II e III) si posizionano regioni che nel periodo di osservazione presentano un decremento o comunque un aumento sotto la media nazionale (che è del 4 dal 2010 al 2016) del rapporto tra personale infermieristico e medico. Ciò a prescindere dal fatto che tale rapporto fosse nel 2010 sotto (IV quadrante) o sopra (I quadrante) la media italiana (2,35). Si tratta dunque di regioni che non hanno attuato nel periodo di osservazione politiche di incremento della compagine infermieristica.

Nel lato destro della matrice si posizionano, invece, quelle realtà regionali che in questi ultimi anni hanno aumentato la presenza infermieristica rispetto a quella medica, superando (III quadrante) o non superando (IV quadrante) il valore medio italiano.

Figura 12.1 **Posizionamento delle regioni italiane**



Fonte: rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

In Tabella 12.7, con riferimento ai diversi SSR nel 2016, viene riportato il numero di infermieri, personale di supporto, medici dipendenti e personale totale nelle aziende sanitarie pubbliche ogni 1000 abitanti. Le analisi statistiche condotte hanno confermato una correlazione statisticamente significativa tra

Tabella 12.7 **Personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche ogni 1000 abitanti nel 2016**

Regione	Infermieri	Supporto	Medici	Altro personale	Tot personale
Piemonte	4,73	1,49	1,91	4,11	12,24
Valle d'Aosta	5,52	1,47	2,58	7,42	16,99
Lombardia	3,65	0,85	1,41	3,67	9,58
PA Bolzano	5,94	1,17	1,83	7,75	16,68
PA Trento	5,17	1,78	1,93	5,62	14,50
Veneto	4,88	1,72	1,64	3,64	11,87
Friuli Venezia Giulia	6,03	2,39	2,08	4,80	15,30
Liguria	6,61	1,49	2,47	5,06	15,63
Emilia Romagna	5,51	1,25	1,83	4,17	12,77
Toscana	5,57	1,52	2,13	4,02	13,24
Umbria	5,13	0,98	2,21	3,68	12,01
Marche	5,30	0,92	1,92	4,23	12,37
Lazio	3,19	0,24	1,29	2,37	7,08
Abruzzo	4,31	0,82	2,04	3,51	10,68
Molise	3,95	0,73	1,41	3,26	9,35
Campania	3,04	0,40	1,57	2,26	7,27
Puglia	3,57	0,35	1,56	3,23	8,71
Basilicata	5,14	0,87	2,06	4,10	12,18
Calabria	3,54	0,35	1,91	3,60	9,40
Sicilia	3,21	0,29	1,75	2,86	8,11
Sardegna	4,91	1,16	2,61	4,20	12,88
ITALIA	4,22	0,91	1,73	3,54	10,40
Deviazione Standard	1,04	0,57	0,37	1,39	2,95
Coeff. di variazione	0,25	0,63	0,21	0,39	0,28

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2016 e dati ISTAT 2016.

il numero di abitanti e il numero di dipendenti di ciascun gruppo, nonostante la grande variabilità dei modelli regionali nel ricorso alla esternalizzazione dei servizi. Non è stata invece trovata dall'analisi statistica condotta alcuna correlazione statisticamente significativa tra il numero di abitanti e il rapporto tra medici e infermieri o tra personale di supporto e infermieri. L'osservazione del fenomeno sembra dunque confermare l'ipotesi che tali rapporti non siano frutto di scelte, ma di fenomeni cumulativi non governati.

La variabilità dell'indice personale/popolazione può essere ricondotta a differenze nei livelli di servizi offerti, a differenza nei mix di servizi offerti (a maggiore o minore intensità di personale), a parità di mix a differenti scelte di internalizzazione o esternalizzazione (sia del servizio intero – accreditamento, sia della sola componente del personale – esternalizzazione del lavoro, rapporto contrattuali diversi da quelli della dipendenza). Per avere una visione completa dei fattori in gioco, future ricerche potranno completare l'analisi attraverso lo

studio delle dinamiche del personale non dipendente impiegato nelle aziende sanitarie pubbliche, così come la mappatura delle politiche di *skill mix change* in atto presso le aziende sanitarie private accreditate.

Per quanto riguarda il costo del personale dipendente delle aziende sanitarie del SSN, nel 2016 la prima voce di costo è rappresentata dal personale medico (35% del totale del costo del personale e 17% dei dipendenti), seguito dal personale infermieristico (32% del totale del costo del personale e 41% dei dipendenti). Il personale di supporto assorbe il 5% ed è il 9% del personale dipendente, mentre il restante personale (personale amministrativo, tecnico e sanitario non oggetto di analisi) assorbe il 28% del totale del costo del personale ed è il 34% del personale dipendente (si veda la Tabella 12.8). Pertanto, dall'analisi di questi dati, emerge come nel 2016, un medico dipendente sia costato come 2,65 infermieri e un infermiere come 0,79 unità di personale di supporto (si veda la Tabella 12.9). Si ricorda che l'analisi si focalizza esclusivamente sul personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche, escludendo quindi tutte le altre forme di acquisizione di lavoro.

Tabella 12.8 **Costo 2016 del personale oggetto di indagine**

	Infermieri	Supporto	Medici	Altro personale
Costo 2016	32%	5%	35%	28%
N. Dipendenti 2016	41%	9%	17%	33%

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016.

Tabella 12.9 **Analisi del costo 2016 del personale oggetto di indagine**

	Infermieri	Supporto	Medici
Infermieri	1	1,27	0,38
Supporto	0,79	1	0,30
Medici	2,65	3,36	1

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016

Infine, analizzando la distribuzione per fasce di età del personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche nel 2016 presentata in Tabella 12.10 emerge come il 50% dei medici, il 40% del personale di supporto e il 21% degli infermieri abbiano un'età superiore ai 55 anni. È dunque ragionevole prospettare che nel decennio 2016-2025 l'uscita media dal SSN interesserà circa il 47% dell'attuale dotazione di personale medico, con una media di uscite di circa 4.700 unità/anno (Di Silverio *et al.*, 2018). Questa situazione offre sicuramente un'opportunità di ripensamento dell'organizzazione dei servizi in un'ottica che valorizzi le competenze diffuse presenti nel sistema e, nel contempo, ne migliori la sostenibilità economica.

Tabella 12.10 **Distribuzione per fasce di età del personale**

	Infermieri	Supporto	Medici	Altro personale
25-29	3%	1%	0%	1%
30-34	7%	2%	2%	3%
35-39	8%	6%	8%	5%
40-44	17%	11%	12%	8%
45-49	24%	16%	11%	15%
50-54	21%	23%	16%	23%
55-59	15%	25%	24%	26%
60-64	6%	14%	23%	17%
65 e oltre	0%	1%	3%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%

Fonte: Rielaborazione Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato 2010-2016

In conclusione, l'analisi dei dati del personale infermieristico, medico e di supporto delle aziende sanitarie pubbliche fa pensare, in prima battuta, che in questi ultimi anni si sia assistito ad un taglio orizzontale della risorsa personale nei diversi SSR, senza tenere conto dell'impatto del cambiamento dei bisogni della popolazione e del conseguente ripensamento dei modelli organizzativi di offerta nelle politiche di *recruiting*, con un sistema regionale sgranato, pressoché immutato nel tempo.

12.3 Skill mix change e politiche del personale: l'analisi qualitativa

Oltre all'analisi quantitativa, per esplorare in maniera più completa il tema dello *shortage* del personale e delle politiche di *skill mix change*, sono stati utilizzati due metodi diversi: da una lato, una *survey* proposta ad un gruppo di direttori di aziende sanitarie pubbliche e, dall'altro, l'analisi di tre casi aziendali selezionati al fine di osservare da prospettive differenti il tema in oggetto. Di seguito vengono presentate le principali evidenze emerse dalle due indagini.

12.3.1 La survey

La *survey* è stata somministrata ai partecipanti a uno degli incontri della Community dei Direttori delle Aziende Sanitarie Pubbliche (DASP) di SDA Boccioni. Il DASP aggrega oltre 30 aziende tra ASL, AO, IRCCS e Istituzioni Sanitarie pubbliche di tutta Italia per un totale di oltre 100 direttori iscritti. Durante l'incontro tenutosi nella primavera 2018 hanno risposto al questionario 40 direttori (sui 60 partecipanti) afferenti a 27 aziende diverse. In particolare i rispondenti sono stati 30 tra i Direttori delle direzioni strategiche (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e Direttori Sociosanitari) e 10 tra i

Direttori di Distretto, di Dipartimento e di unità operative di Staff (ad esempio dell'UO Programmazione e Controllo). Le aziende a cui facevano capo i rispondenti erano per il 70% di regioni del Nord e per il resto equamente distribuite tra Centro e Sud.

Il questionario aveva l'obiettivo di indagare le percezioni dei direttori con riferimento (vedi precedente Tabella 12.1):

- 1) alle politiche e alle misure messe in atto dalle Regioni di appartenenza per la gestione del personale e in particolare in risposta allo *shortage* dello stesso;
- 2) alle figure professionali (mediche, infermieristiche o di supporto) e all'area assistenziale (ospedaliera o territoriale) rispetto alle quali la carenza di personale è maggiormente avvertita;
- 3) all'ostacolo al superamento dello *shortage* sentito in modo più significativo tra vincoli economici, normativi e disponibilità delle professionalità sul mercato;
- 4) allo strumento più utilizzato in azienda per il superamento dello *shortage*;
- 5) alle Direzioni maggiormente coinvolte nella ricerca di soluzioni possibili (Direzioni strategiche, Direzioni delle professioni sanitarie o Direzioni delle singole Unità Operative).

Dalla lettura dei risultati della *survey* emerge come i direttori rispondenti dichiarino per oltre l'80% di afferire a regioni nelle quali sono state adottate misure di contenimento della spesa per il personale e per il 60% dove sono in vigore anche misure di blocco del turn over. Si tratta di regioni, inoltre, che nel 50% delle risposte fornite si sono dimostrate aperte a politiche di gestione del personale promosse per superare lo *shortage* del personale. Lo scenario emerso è, dunque, quello di realtà che vivono una stretta principalmente di natura economica, ma anche di tipo amministrativo sulla gestione del personale.

I risultati mostrano, inoltre, che l'85% dei rispondenti sente la carenza di figure mediche e nello specifico di anestesisti, pediatri, ginecologi e medici di pronto soccorso. Anche la carenza di infermieri e personale di supporto è però percepita in modo significativo: dal 70% del campione con riferimento ai primi e dal 60% con riferimento ai secondi. Nella percezione delle direzioni partecipanti alla *survey*, dunque, il fenomeno dello *shortage* è sentito non solo rispetto ai medici, ma anche per le altre figure. La percentuale dei rispondenti che segnala la carenza di tutte e tre le figure allo stesso tempo è del 50% e il valore sale al 60% se si considerano solo i medici e gli infermieri.

Un altro dato interessante emerso dall'analisi dei risultati del questionario è relativo alle cause della percezione di carenza del personale: oltre il 90% del campione evidenzia il noto fenomeno della difficoltà nel reperimento dei medici sul mercato del lavoro; una quota rilevante di rispondenti segnala come ostacolo al superamento dello *shortage* i vincoli economici (per l'80% del cam-

pione) e i vincoli normativi (per il 70%). Per i medici sembra, quindi, prevalere una criticità legata al mercato, mentre i vincoli economici e normativi potrebbero essere le principali cause alla base dello *shortage* percepito per infermieri e personale di supporto.

Per gestire i carichi di lavoro, le direzioni aziendali rispondenti hanno scelto di assegnare responsabilità agli infermieri nell'erogazione di servizi precedentemente non forniti (per il 65%) e laddove possibile trasferire attività in precedenza svolte dai medici agli infermieri (sempre per il 65% dei casi). Per il 50% dichiarano di trasferire attività tipiche degli infermieri al personale di supporto.

Nella percezione degli intervistati, infine, il tema dello *shortage* del personale è stato un tema affrontato principalmente dalle direzioni aziendali (84%) e, in seconda battuta, dalle direzioni delle professioni sanitarie, anche con il supporto dei vertici aziendali (55%). Per meno del 30% dei casi le soluzioni sono state avanzate dalle singole unità operative.

12.3.2 I casi aziendali

Per l'approfondimento di alcuni aspetti emersi sia dall'analisi quantitativa che dalla *survey* sono state intervistate le Direzioni di tre Aziende Sanitarie che afferiscono a regioni posizionate in quadranti diversi della matrice presentata in Figura 12.1: l'AOU di Parma, l'ASST di Bergamo Ovest e la ASL di Latina.

In particolare le interviste hanno approfondito la percezione dello *shortage* del personale e indagato se le eventuali politiche messe in atto in risposta al fenomeno abbiano adottato o meno la logica dello *skill mix change* e in che modo queste ultime siano state attuate.

L'AOU di Parma è un ospedale ad alta specializzazione con un totale di 4.173 dipendenti, di cui circa 200 universitari. Ha 1.047 posti letto e nel 2016 il suo tasso infermieri/medici è stato pari a 3,74.

L'ASST di Bergamo Ovest è invece un'azienda territoriale alla quale afferiscono tre ambiti distrettuali per un totale di 473.091 abitanti. Nell'azienda sono presenti anche due presidi ospedalieri con 650 posti letto. Il personale dipendente complessivo nel 2016 era pari a 1.668 unità e il tasso infermieri/medici a 2,33.

La ASL di Latina, infine, collocata in una Regione in Piano di Rientro dal 2007, ha al suo interno quattro ospedali con, complessivamente, 652 posti letto ed è articolata in cinque distretti. Serve una popolazione di 574.226 abitanti con una forte variazione stagionale dovuta alla presenza di località turistiche lungo la costa. Il personale totale nel 2016 era pari a 2.740 dipendenti e il tasso infermieri/medici di 2,35.

La Tabella 12.11 indica la numerosità del personale sanitario dipendente dalle aziende mostrando anche il diverso utilizzo delle forme contrattuali a tempo determinato e di somministrazione di personale. Tali forme sono più frequenti per la ASL di Latina, in parte anche alla luce dei vincoli di turn over che il

Tabella 12.11 **Personale sanitario nelle aziende analizzate (2016)**

		AOU Parma	ASST Bergamo Ovest	ASL Latina
Medici	TI	442	219	452
	TD	39	82	219
	Totale	481	301	671
Infermieri	TI	1.660	655	1.265
	TD	95	29	305
	Som.ne	43	16	0
	Totale	1.798	700	1.523
Supporto	TI	515	93	105
	TD	43	42	18
	Som.ne	20	35	0
	Totale	578	135	123
Infermieri/Medici		3,74	2,33	2,35
Infermieri/Supporto		3,11	5,19	12,38

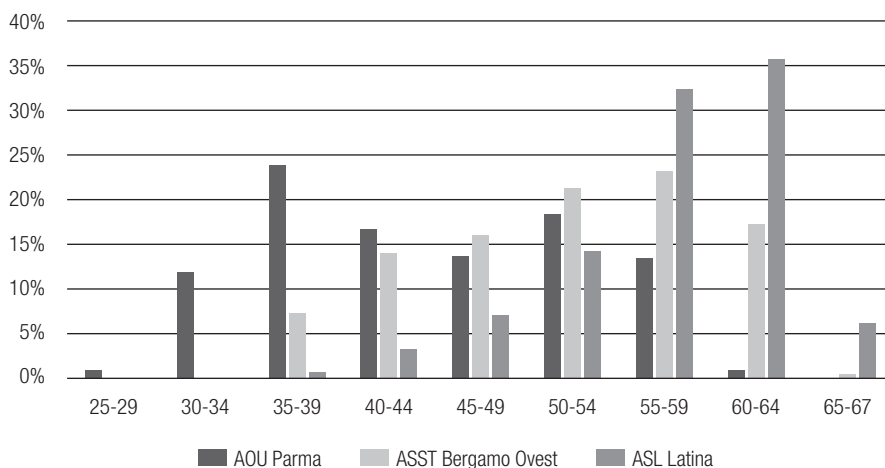
Legenda: TI = Tempo Indeterminato, TD = Tempo Determinato, Som.ne = Somministrazione

Fonte: Conto Annuale 2016 dell'AOU di Parma, dell'ASST di Bergamo Ovest e della ASL di Latina

Piano di Rientro comporta, e molto più contenuto per la AOU di Parma e per l'ASST di Bergamo Ovest.

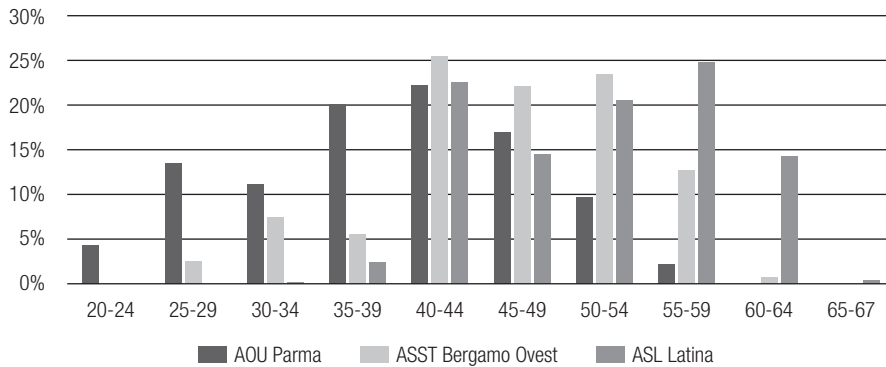
Le aziende analizzate si differenziano anche in modo significativo per la distribuzione del personale medico e infermieristico tra le classi di età. Come mostrano la Figura 12.2 e la Figura 12.3, l'AOU di Parma impiega personale sia

Figura 12.2 **Distribuzione per classi d'età del personale medico delle aziende analizzate (2016)**



Fonte: Conto Annuale 2016 dell'AOU di Parma, dell'ASST di Bergamo Ovest e della ASL di Latina

Figura 12.3 **Distribuzione per classi d'età del personale infermieristico delle aziende analizzate (2016)**



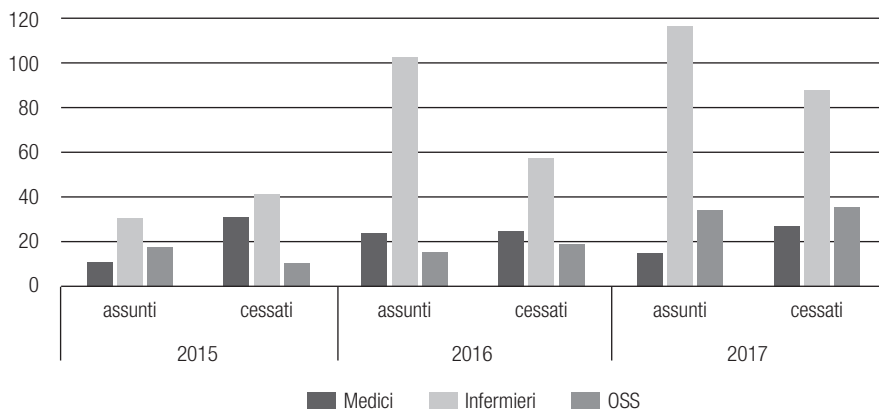
Fonte: Conto Annuale 2016 dell'AOU di Parma, dell'ASST di Bergamo Ovest e della ASL di Latina

medico che infermieristico relativamente più giovane di quello della ASST di Bergamo Ovest e soprattutto della ASL di Latina.

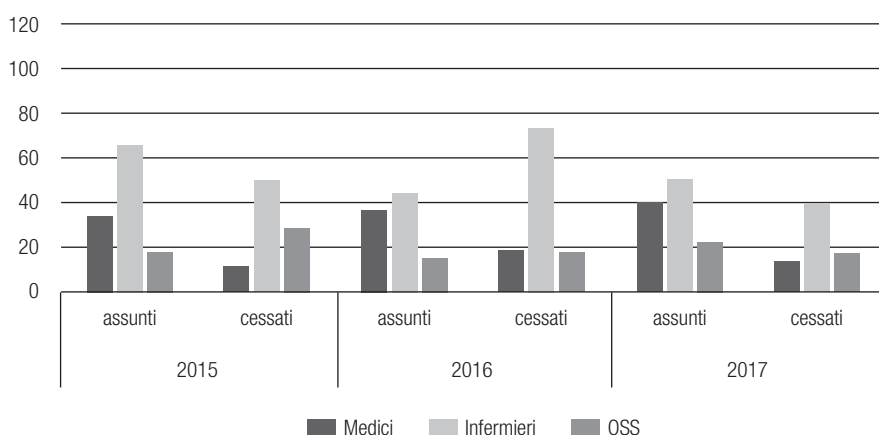
Tutte le direzioni aziendali intervistate hanno dichiarato di percepire vincoli nella gestione dello *shortage* di personale seppur focalizzandosi su aspetti diversi. L'AOU di Parma evidenzia come difficoltà prevalente la carenza di strumenti di valorizzazione e di fidelizzazione del personale infermieristico che ha un *turn over* tre volte più elevato di quello della ASL di Latina, che pure ha un personale in costante riduzione a causa del Piano di Rientro. La ASST di Bergamo Ovest ha, invece, intrapreso un percorso di *upgrading* di tutte le figure di assistenza vivendo però con difficoltà i processi di *recruiting* e di selezione del personale infermieristico. Infine la ASL di Latina avverte vincoli di spesa e normativi soprattutto in termini di rispetto di standard di personale che rendono complessa l'introduzione di sperimentazioni di forme di *skill mix change*. Di seguito vengono evidenziate le differenti prospettive che arricchiscono il panorama delle riflessioni sul tema.

L'AOU di Parma: il turn over degli infermieri

Storicamente l'AOU di Parma investe sulla figura dell'infermiere nell'erogazione dell'assistenza sia per sensibilità aziendale che per orientamento regionale. L'indice infermiere/medico nel 2016 è stato, come anticipato, pari a 3,74, uno dei più alti tra le aziende sanitarie pubbliche del nostro paese e con un andamento in crescita negli ultimi cinque anni. Ciò che caratterizza l'attuale stagione di questa realtà aziendale è però l'alto *turn over* del personale e in particolare di quello infermieristico come mostrano la Figura 12.4 e la Figura 12.5, con la conseguente percezione di carenza. L'analisi di dettaglio dei dati di flusso mostra un saldo positivo del personale infermieristico, ma a fronte di un'am-

Figura 12.4 **Personale a tempo indeterminato AUO di Parma. Anni 2015-2017**

Fonte: Direzione Generale AOU di Parma

Figura 12.5 **Personale a tempo determinato AUO di Parma. Anni 2015-2017**

Fonte: Direzione Generale AOU di Parma

più fluttuazione delle unità assunte e cessate. A questo dato si aggiungono le difficoltà nel reperimento del personale medico (in particolare di anestesisti, pediatri, ginecologi e medici di emergenza) rispetto alle quali i contratti a tempo determinato sembrano rappresentare un argine alla fuoriuscita dei medici a tempo indeterminato. Anche in questo caso il saldo tra assunti e cessati è positivo con addirittura una proporzione più alta rispetto agli infermieri.

Tra le scelte organizzative e assistenziali operate da questa azienda a favore di un diverso *mix* tra competenze mediche e infermieristiche ci sono la decisione di attivare un reparto di lungodegenza a gestione infermieristica, moduli di

cure intermedie e ambulatori, sempre a gestione infermieristica, come nel caso della cura delle lesioni da pressione.

La sfida dell'AOU di Parma sembra, dunque, essere quella di mantenere il modello assistenziale sul quale ormai da tempo si è posizionata che prevede un alto indice infermiere/medico a fronte delle difficoltà di reperimento delle due figure professionali dal mercato e per gli infermieri a fronte anche delle scarse leve aziendali di fidelizzazione.

L'ASST di Bergamo Ovest: l'upgrading di tutte le figure assistenziali

Per l'ASST di Bergamo Ovest la principale criticità nel dimensionamento del personale è il reperimento sia di medici che di infermieri dal mercato e in seconda battuta sono i vincoli normativi ed economici in vigore. Come per l'AOU di Parma, rispetto ai medici, lo *shortage* è risultato più legato alla effettiva carenza di figure sul mercato (come nel caso dei pediatri e degli anestesisti), mentre per gli infermieri si tratta prevalentemente di una difficoltà di reclutamento e selezione dal mercato. La necessità sarebbe di avere personale da utilizzare per specifici fabbisogni, ma la normativa concorsuale per questa figura professionale rende difficili, se non impossibili, forme di valorizzazione delle competenze specialistiche acquisite.

Per far fronte, invece, ai vincoli economici e normativi la politica dell'azienda è stata quella di utilizzare personale a tempo determinato e in somministrazione in attesa della possibilità di stabilizzazione dello stesso. L'uso di quest'ultima modalità ha riguardato soprattutto infermieri e personale di supporto e meno i medici per i quali, come già anticipato, il problema principale è la reperibilità sul mercato, a prescindere dalla forma contrattuale proposta.

Rispetto al tema dello *skill mix change* l'ASST di Bergamo Ovest ha previsto e iniziato a realizzare politiche per la razionalizzazione della composizione del personale, anche in considerazione dello sviluppo professionale della professione infermieristica e della disponibilità di ruoli di supporto, preziosi per la modulazione dello *skill mix*. Sono un esempio di questa attenzione alcune modifiche apportate alle prassi assistenziali come la presenza di tre infermieri per intervento in sala operatoria che alla luce delle tipologie di attività da svolgere è stata trasformata nella presenza di due infermieri e un OSS per intervento.

In questa azienda la catena della valorizzazione professionale riguarda tutte le categorie impegnate nell'assistenza: i medici, gli infermieri e il personale di supporto. In particolare, l'*upgrading* progressivo di infermieri e personale di supporto è utilizzato anche come soluzione per rispondere allo *shortage* dei medici. L'azienda sta incrementando l'impiego degli infermieri e del personale di supporto e sta sperimentando nuovi *setting* assistenziali a gestione infermieristica, come nel caso di un nuovo reparto di lungodegenza, nonché la gestione di nuovi servizi per la cronicità.

L'apertura a forme innovative di impiego della professione infermieristica e

alla ricerca di nuovi *setting* assistenziali nell'ASST di Bergamo Ovest è testimoniata anche dalla nomina del 2016 come Direttore Socio Sanitario dell'Azienda di una professionista con un background infermieristico.

L'ASL di Latina: la stretta dei vincoli di sistema

La ASL di Latina è, infine, un esempio delle difficoltà che incontrano le aziende sanitarie che operano nelle regioni in Piano di Rientro nella gestione dello *shortage* del personale. Si tratta, infatti, di realtà che sentono in modo molto significativo i vincoli economici e normativi che il loro stato comporta.

Il vincolo avvertito in modo più incisivo è il blocco del *turn over* che per la ASL di Latina ha implicato dal 2014 al 2016 una riduzione di oltre il 10% dei medici (passati da 516 unità a 452) e del 6% circa degli infermieri (ridotti da 1.340 a 1.269). Il blocco delle assunzioni ha inevitabilmente rallentato il ricambio generazionale (Figura 12.2 e Figura 12.3) e, in parte, ha condizionato la pensione al cambiamento del personale stesso.

A fronte di questa situazione l'azienda avrebbe, quasi più di altre realtà, la necessità di rimodulare il sistema di offerta e lo *skill mix* disponibile al suo interno, ma di nuovo i vincoli economici e normativi ne stanno rendendo più complessa l'azione. Ne sono un esempio il richiamo ad alcuni standard di gestione che impediscono un utilizzo più selettivo e consulenziale del personale medico a fronte di una valorizzazione dell'impiego del personale infermieristico nella gestione dei posti letto specialistici.

La strategia che l'azienda sta cercando di implementare va nella direzione di un potenziamento delle competenze del personale infermieristico che alla fine del 2016 contava una percentuale di laureati solo pari al 5% circa (contro il 57% dell'AOU di Parma), in modo da rafforzarne la professionalità e le possibilità di impiego in funzioni nuove o diverse. Inoltre, è obiettivo della direzione dell'azienda proseguire nelle negoziazioni con i diversi tavoli regionali per ottenere le deroghe e le autorizzazioni necessarie per la sperimentazione di formule assistenziali e organizzative più coerenti con i fabbisogni della popolazione di riferimento e con le esigenze del sistema di governare la spesa sanitaria.

12.4 Conclusioni

Pur nella sua sommarietà, la fotografia fin qui offerta di come il SSN e le aziende che lo compongono abbiano affrontato alcuni temi legati al personale è sufficiente per cogliere molte delle difficoltà che il sistema nel suo complesso ha sperimentato su questo terreno.

I dati da cui è opportuno partire sono quelli offerti dalla Tabella 12.5. – Rapporto infermieri per medico e, paradossalmente, da ciò che dalla tabella stessa non emerge.

Un primo elemento da considerare è la sostanziale stabilità, nei sette anni esaminati, del rapporto infermieri/medici. In assenza di altri fattori, infatti, alcune dinamiche fisiologiche avrebbero dovuto spingere verso un visibile aumento di tale indice. In primo luogo, lo spostamento del baricentro dei sistemi dall'acuzie alla cronicità, comporta un aumento della componente assistenziale che vede come protagoniste principali rispetto a quelle mediche le figure infermieristiche (cure domiciliari, strutture intermedie, monitoraggio e gestione delle patologie...). Guardando poi alle componenti più tradizionali dei sistemi di offerta, la diffusione dei protocolli e di procedure standardizzate, da una parte, e la crescita delle competenze delle professioni sanitarie (es. i percorsi universitari), dall'altra, aprono spazi crescenti per un possibile trasferimento di compiti specifici dai medici alle altre professioni, come del resto già avviene estensivamente nei contesti anglosassoni (USA, UK). A rafforzare, infine, la spinta verso un aumento del rapporto, soprattutto in un contesto limiti stringenti sulla spesa, è il differenziale di costo tra i diversi ruoli per cui ogni figura medica assorbe una spesa equivalente a 2,65 infermieri o a 3,36 operatori di supporto (vedi tab 1.7). Evidentemente ciò dovrebbe portare a sfruttare ogni possibile spazio di sostituzione.

Un secondo elemento da considerare è l'assenza di segnali di convergenza tra le diverse regioni rispetto a un indicatore la cui variabilità è difficilmente ascrivibile a differenti modelli intenzionalmente governati. La contestuale presenza di regioni con meno di due infermieri per medico e di regioni che si attestano intorno ai tre segnala la concreta esistenza di uno spazio per una modifica dello *skill mix* che non è stato minimamente sfruttato.

Assumendo per semplicità la relazione tra infermieri e medici come indicativa della più complessiva questione di quale mix di professioni debba caratterizzare il personale del SSN e del governo della sua evoluzione, di fronte ai dati si può concludere che poco è stato fatto e che i sistemi regionali hanno, di fatto, gestito e mantenuto gli assetti e gli equilibri che venivano dalle dinamiche spontanee del passato. In sintesi è difficile trovare traccia di interventi significativi tesi a modificare le inerzie già presenti nei sistemi.

Una riflessione sul mix di personale non può, comunque, prescindere dalle decisioni prese e da quanto avvenuto sul fronte delle quantità complessive sia in termini di spesa che di unità. Sul primo terreno, da più di un decennio l'obiettivo di mantenere o riportare la spesa per il personale a livello del -1,4% rispetto all'analogo ammontare del 2004 ha rappresentato un vincolo cogente. Tale vincolo dalle regioni in piano di rientro si è progressivamente esteso alle altre, attraverso interpretazioni sempre più restrittive delle condizioni da rispettare per potere essere considerata una "regione in equilibrio". Sul secondo fronte, i numeri attestano una diminuzione complessiva del personale a tempo indeterminato del SSN di circa 40 mila unità su circa 600 mila nel periodo dal 2010 al 2016 (-7%). A fronte di un quadro di bisogni in espansione, si tratta di

una compressione sulle risorse economiche e umane di dimensioni drammatiche che incrocia il tema dello *skill mix change* da più punti di vista.

Indubabilmente, la drastica riduzione della possibilità di *turn over* limita le capacità di interventi intenzionali sulla composizione del personale. Se in ipotesi di “zero assunzioni” le variazioni nel mix dipendono dalla anzianità media delle diverse componenti e tenendo conto di una maggiore anzianità media della componente medica, la sostanziale stabilità del rapporto infermieri medici sembrerebbe, però, indicare una moderata preferenza diffusa nel sistema a privilegiare la sostituzione dei medici in uscita rispetto agli infermieri. In assenza di politiche esplicite si tratterebbe di una dinamica facilmente spiegabile considerando, da una parte, l’infungibilità che caratterizza il mondo medico (specializzazioni che definiscono strettamente l’ambito di operatività) rispetto alla fungibilità della professione infermieristica e, dall’altra, il ruolo che i medici ancora hanno presso l’opinione pubblica. Essi rappresentano infatti l’intero sistema di offerta e sono in grado di generare consenso intorno all’azienda (si pensi, ad esempio, al peso attribuito alla questione delle liste di attesa sulle visite specialistiche).

La drammatica pressione sul personale dovrebbe, al tempo stesso, generare una spinta decisa verso la definizione di politiche esplicite di sistema o, almeno, stimolare l’apertura di un dibattito sullo *skill mix*. E’ infatti difficile immaginare che un sistema tipicamente ad alta intensità di personale come quello sanitario possa “riportare le lancette del personale a prima del 2004”, in un quadro di stabilizzazione complessiva della spesa (programmaticamente in riduzione rispetto al PIL) senza pianificare o, come minimo, ipotizzare un riaggiustamento nell’offerta di servizi e/o del modo con cui essi vengono prodotti. In altre parole, decisioni sulle quantità complessive comportano necessariamente una qualche riflessione sul mix di professioni. In realtà di tale dibattito non sembrano esservi molte tracce.

Le ragioni che possono spiegare la mancata presa di coscienza rispetto a un fenomeno così vistoso sono molte, ma almeno due meritano di essere segnalate. La prima è di carattere essenzialmente ideologico, connaturata in una visione molto diffusa nelle comunità professionali, che tende a vedere il tema dei fabbisogni di personale per silos non comunicanti. Da questo punto di vista, i fabbisogni di medici o di infermieri dipendono esclusivamente dai confini operativi che i diversi saperi e discipline autonomamente si danno (peraltro, costantemente in espansione), senza prendere in considerazione possibili tassi di sostituzione, i quali segnalerebbero aree di sovrapposizione non facilmente accettabili. Di fatto, nella concreta operatività e organizzazione del lavoro, tali aree tendono comunque ad aumentare a seguito sia di una crescente codificazione e standardizzazione dei processi operativi sia della progressiva qualificazione professionale di tutte le categorie di operatori. La seconda attiene alle difficoltà sempre più evidenti che il sistema politico sperimenta nell’affrontare situazioni

che imporrebbero scelte che rischiano di essere impopolari. Così è più facile assumere che vincoli e tagli sulle risorse non producano effetti sui servizi grazie a una inesauribile riserva di sprechi e inefficienze a cui attingere, che prendere atto delle inevitabili conseguenze di vincoli e tagli definendo politiche e priorità.

Le aziende si sono quindi dovute confrontare con i problemi relativi “all’approvvigionamento” del personale in un contesto di sistema che, non riconoscendo il problema, non poteva in alcun modo supportarle. La ricerca ha mostrato come le aziende abbiano concettualizzato e avvertito il problema, provato, nei limiti dei vincoli imposti, a definire alcune linee di risposta, affrontato e tentato di risolvere difficoltà di natura gestionale e operativa.

Ogni azienda considerata ha evidenziato proprie specifiche criticità, ma nell’insieme hanno fornito un quadro sufficientemente rappresentativo di problemi che vanno: dalle difficoltà crescenti di reperimento sul mercato, per alcune specialità, di personale medico; alla problematica possibilità di una efficace selezione del personale infermieristico; alle difficoltà per alcune aziende di trattenere il personale; alle rigidità normative e regolamentari che impediscono una adeguata flessibilità nell’utilizzo del personale a disposizione.

Nonostante gli sforzi messi in campo dalle aziende appare evidente come la natura dei problemi renda quasi impossibile ricercare soluzioni a tale livello. Il tacito trasferimento di vincoli dal sistema alle aziende senza costruire le necessarie condizioni perché queste possano operare nella giusta direzione non solo impedisce lo sfruttamento di spazi di miglioramento possibili, ma finisce per spingere in direzioni che rischiano di essere controproducenti.

Il punto di partenza non può che essere il riconoscimento che il rispetto dei vincoli e degli obiettivi che il sistema, a torto o ragione, si è dato richiede uno sforzo straordinario in termini di ripensamento sia del sistema di offerta che di modalità di organizzazione del lavoro e di produzione dei servizi. Se ai vincoli di natura economica si aggiungono gli effetti della trasformazione nei bisogni, la demografia medica con una rilevante fuoriuscita di medici dal sistema nei prossimi anni, lo *shortage* prevedibile di alcuni specialisti, il tema di fondo che emerge è come creare le condizioni per una organizzazione del lavoro che impieghi meglio le professionalità che richiedono una formazione più lunga e che sono più costose. Si tratta, evidentemente, di pensare a sistemi a “minore densità medica”, ma anche un più adeguato utilizzo della componente infermieristica in relazione al contributo che può venire dal personale di supporto.

In sintesi, rispetto alla situazione attuale, le aziende potrebbero essere aiutate nei loro sforzi da:

- a) un dibattito esplicito su conseguenze, implicazioni e misure da adottare per rispondere alle sfide poste dall’insieme di scelte che il sistema nel suo complesso ha ritenuto di compiere e in particolare quella relativa al contenimento del costo del personale;

- b) l'adozione di obiettivi e vincoli non solo in termini di quantità, ma anche di composizione del personale, anche per aiutarle a resistere alle intense pressioni dell'oggi (la carenza di medici) che minano la possibilità di rispondere alle esigenze di domani (un cambiamento nello *skill mix*);
- c) un sistematico sforzo di rimozione di tutti quei vincoli che, lungi dal presidiare la qualità delle cure e dell'assistenza, rappresentano spesso solo una difesa delle rendite professionali;
- d) la promozione e diffusione di modelli di organizzazione del lavoro che consentono a tutte le categorie di operatori di sfruttare al massimo le loro competenze e abilità.

Bibliografia

- Antunes V., Moreira, J.P. (2013), «Skill mix in healthcare: An international update for the management debate», *International Journal of Healthcare Management*, vol. 6, no. 1, pp. 12-7.
- Bohmer R.M., Imison, C. (2013), «Lessons from England's health care workforce redesign: no quick fixes», *Health Aff (Millwood)*, vol. 32, no. 11, pp. 2025-31.
- Borgonovi E., Cotta R., Filannino C., Trincherò E. (2015), «Trasformazione della geografia dei servizi e ruolo delle professioni sanitarie: un'analisi di casi nella Regione Lazio», in CERGAS (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2015*, Milano, Egea.
- Buchan J., Dal Poz M.R. (2002), «Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, no. 7, pp. 575-80.
- Buchan J., O'May F. (2000), *Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals*, Department of Organization of Health Services Delivery World Health Organization, Geneva.
- Camera dei deputati, Servizio Studi, XVIII Legislatura, La spending review sanitaria 30 giugno 2018.
- Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, Database 2010-2016.
- Coomes R. (2008), «Dr Nurse will see you now», *Bmj*, vol. 337.
- Delamaire M-L., Lafortune G. (2010), «Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, 1815-2015», OECD Publishing, Paris, DOI 10.1787/5kmbrcfms5g7-en.
- Del Vecchio M., Montanelli R., Trincherò E. (2017), «Rafforzamento e diversificazione dei percorsi di carriera della professione infermieristica: stato dell'arte e prospettive», in CERGAS (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea.
- Di Silverio P., Conte A., D'Arenzio M., Ragazzo F., Atzeni D., Fodale A. (2018),

- «Formazione specialistica e programmazione pluriennale», *Dirigenza medica* no. 1 ANAOO.
- Faletti G., Filannino C., Lega F., Sartirana M. (2013), «Prime ricognizioni sul fenomeno del cambiamento dello skill mix nel SSN», in C. Carbone (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea, pp. 465-85.
- Freund T., Everett C., Griffiths P., Hudon C., Naccarella L., Laurant M. (2015), «Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?», *Int J Nurs Stud*, vol. 52, no. 3, pp. 727-43.
- Guest D., King Z. (2004), «Power, Innovation and Problem-Solving: The Personnel Managers' Three Steps to Heaven?», *Journal of Management Studies*, vol. 41, no. 3, pp. 401- 423.
- OECD 2017, «Health at a Glance (2017): OECD Indicators» OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Lega F. (2015), «Finding and supporting a workforce with the right skill mix», <http://healthaffairs.org/blog/2015/01/27/finding-and-supporting-a-workforce-with-the-right-skill-mix/#more-44223>
- Longo F., Ricci, A. (2017), «La sanità italiana a metà del guado, quali direzioni?», in CER GAS (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea.
- Pavolini E., Kuhlmann E. (2016), «Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions», *Health Policy*, vol. 120, no. 6, pp. 654-64.
- Sibbald B., Shen J., Mcbride A. (2004), «Changing the skill-mix of the health care workforce», *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 9, no. 1 suppl, pp. 28-38.
- Tsiachristas A., Wallenburg I., Bond C.M., Elliot R.F., Busse R., van Exel J., Rutten-van Molken M.P., de Bont A., Team M. (2015), «Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review», *Health Policy*, vol. 119, no. 9, pp. 1176-87.
- Vicarelli G., Pavolini E. (2015), «Health workforce governance in Italy», *Health Policy*, vol. 119, no. 12, pp. 1606-12.
- WHO (2006), *The world health report 2006: working together for health*, World Health Organization, France.