

# Rapporto OASI 2022

## 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



## 14 Le politiche di *skill-mix change* per la trasformazione dei servizi

di Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli,  
Marco Sartirana, Francesco Vidè<sup>1</sup>

### 14.1 Introduzione e metodo

L'edizione 2021 del presente Capitolo (Del Vecchio *et al.*, 2021) aveva indagato le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19, mostrando come nel 2020 le scelte delle aziende nell'ambito delle politiche del personale fossero state motivate dall'esigenza di rispondere a una contingenza e non da un disegno strategico. La straordinaria immissione di personale durante la pandemia ha, infatti, replicato lo *skill-mix* esistente, così come la variazione nei comportamenti tra le aziende – ad esempio le forme contrattuali utilizzate per il reclutamento – non sono state motivate da disegni diversi rispetto al futuro, ma, prevalentemente, da quanto era disponibile sui mercati del lavoro locali, anche in ragione delle differenti capacità di attrazione.

Nel contesto dell'emergenza questo era comprensibile, ma guardando ai prossimi anni e alla trasformazione dell'offerta dei servizi richiesta dal PNRR e dal DM77, è necessario che le aziende, nell'ambito della gestione delle risorse umane, abbiano la capacità di formulare obiettivi strategici e riescano a perseguirli in maniera operativa. La diffusione delle Case della Comunità,

---

<sup>1</sup>Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, il § 14.1 è da attribuire a Marco Sartirana, il § 14.2 a Francesco Vidè, il § 14.3 a Roberta Montanelli, il § 14.4 a tutti gli autori, il § 14.5 a Giorgio Giacomelli e il § 14.6 a Mario Del Vecchio.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione tutti i partecipanti all'Osservatorio FIASO Politiche del personale e tutti gli intervistati, in particolare: Barbara Suardi ed Eva Colombo (ASL Vercelli); Adriana Alborghetti e Raffaella Tortelli (ASST Bergamo Est); Achille Di Falco (Azienda ULSS 8 Berica); Rosa Magnoni e Simona Sforzin (APSS Trento); Costanza Ceda, Andrea Contini, Gabriella Di Girolamo e Maria Gaetana Droghi (AUSL Piacenza); Massimo Fabi, Pietro Pellegrini e Stefano Carlini (AUSL Parma); Antonio Brambilla, Immacolata Cacciapuoti e Riccardo Solmi (AUSL Modena); Dario Rosini (Azienda USL Toscana Sud Est); Giuseppe Nicolò (ASL Roma 5); Daniela Mattana (Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli); Agnese Barsacchi e Cristina Gasparri (ASL Rieti); Sara Rosato (ASL Brindisi).

delle COT, degli Ospedali di Comunità e delle UCA, lo sviluppo della figura degli infermieri di famiglia, il potenziamento della telemedicina, l'estensione dell'ADI, richiedono necessariamente un allineamento verticale delle leve di gestione del personale con la strategia aziendale e una integrazione orizzontale tra le stesse. Da un lato, si tratta di definire l'entità degli organici da reclutare o da assegnare alle nuove realtà e ciò non potrà prescindere dalla effettiva disponibilità di competenze sul mercato del lavoro. Dall'altro, è però anche imprescindibile definire meccanismi di programmazione, selezione, inserimento e formazione a livello aziendale, ma anche, e soprattutto, guardare a livello di unità operative agli aspetti di micro-organizzazione del lavoro, stimolando la multidisciplinarietà e multiprofessionalità, ripensando gli *skill-mix* e ridefinendo gli spazi di autonomia e intervento delle diverse professionalità.

Tutto ciò chiama in causa coloro che hanno una particolare responsabilità sulle politiche di gestione del personale, ovvero in primis i Direttori Generali, i Direttori del Personale e i Direttori delle Professioni Sanitarie. Questi soggetti, e le aziende nel loro complesso, possono trovare risposte efficaci rispetto alle sfide poste all'organizzazione del lavoro dalla trasformazione dei servizi territoriali.

Il capitolo, sviluppato in collaborazione con l'Osservatorio FIASO politiche del personale, intende indagare in particolare se e in quale misura le aziende stiano realizzando scelte di *skill-mix change* come via per sostenere le prossime trasformazioni organizzative, anche alla luce delle tensioni nel mercato del lavoro delle professioni sanitarie.

Da un punto di vista metodologico il lavoro si è sviluppato in quattro fasi:

- i. Ricognizione delle caratteristiche del mercato del lavoro all'interno del quale si muovono le aziende sanitarie per inquadrare le domande di ricerca;
- ii. focus group preliminare con i referenti delle aziende dell'Osservatorio "Politiche del personale" di FIASO per identificare – alla luce delle evidenze emerse in OASI 2021, dell'esperienza delle aziende degli ultimi mesi e degli obiettivi del PNRR – le sfide principali per la gestione del personale nelle aziende sanitarie;
- iii. realizzazione di brevi casi studio (n=16), selezionati tra le aziende dell'Osservatorio FIASO e del network Cergas Bocconi, su modalità innovative di organizzazione del lavoro e di *skill-mix change* tramite interviste online con uno o più referenti aziendali (membri delle direzioni strategiche, Direttori del personale, Direttori delle professioni sanitarie, ecc.);
- iv. focus group sui risultati con i referenti delle aziende dell'Osservatorio "Politiche del personale" di FIASO per discutere le evidenze emerse al fine di definire un quadro interpretativo condiviso e proposte di management ed eventualmente di *policy* per il SSN.

Il capitolo è dunque strutturato in una prima parte nella quale viene richiamata la letteratura in tema di *skill-mix change* dalla quale abbiamo estrapolato e adattato un framework per una possibile tassonomia delle opzioni. A questa fa seguito una sintesi dello scenario all'interno del quale si muovono le aziende sanitarie con particolare riferimento alle stime di fabbisogno di personale e alle tensioni sul mercato del lavoro. Seguono la descrizione dei brevi casi, una loro sistematizzazione e interpretazione prima delle conclusioni del capitolo.

## 14.2 La prospettiva della letteratura sullo *skill-mix change*

La letteratura accademica ha a lungo discusso la necessità di modificare lo *skill-mix* del personale sanitario come leva strategica per incrementare l'efficienza e l'efficacia delle cure sanitarie (Sibbald *et al.*, 2004). Il Rapporto OASI 2013 aveva svolto una prima ricognizione sul tema nell'ambito del SSN (Falletti *et al.*, 2013). Le aziende che erogano servizi sanitari sono organizzazioni *knowledge* e *brain intensive*, distinguendosi non solo per l'elevata intensità di personale, ma anche per l'elevata qualificazione delle persone che vi lavorano (Donaldson, 2001; Starbuck, 1992; Lega, 2008). Per questo motivo, la scelta del mix di professionalità e competenze che compongono le aziende sanitarie rappresenta un fattore critico di successo per rispondere in modo efficiente ed efficace a problemi e bisogni sanitari dei pazienti. Cambiare il mix di competenze, responsabilità e attività nell'assistenza sanitaria può contribuire a migliorare gli outcome dei pazienti a parità di costi (Tsiachristas *et al.*, 2015).

La discussione politica e manageriale in tema di *skill-mix* si è prevalentemente focalizzata sulla ridefinizione dei rapporti quantitativi tra le diverse professioni sanitarie: quanti infermieri rispetto al numero di medici, quanti operatori di supporto rispetto agli infermieri. Questa attenzione deriva dai conflitti che fisiologicamente caratterizzano organizzazioni professionali (Currie e Croft, 2015), in cui diversi gruppi «lottano per il “territorio organizzativo” (risorse e posizioni di responsabilità) ed elaborano strategie di sviluppo spesso autoreferenziali rispetto alle finalità istituzionali» (Lega, 2013, p.99).

Tuttavia, la letteratura accademica rappresenta lo *skill-mix* come una leva di gestione multidimensionale (Cunningham *et al.*, 2019), che non si limita alla definizione dei confini tra diversi gruppi professionali, ma supporta allo stesso tempo una riflessione sulla composizione del personale all'interno delle singole professioni (livello intra-professionale), sul set di competenze e responsabilità del singolo operatore sanitario (livello individuale), sulla definizione di nuove professioni e ruoli (livello extra-professionale).

Come affermato da Buchan *et al.* (2001) lo *skill-mix* non può essere ridotto ad un “gioco di numeri”, ma riguarda la valutazione delle competenze e delle professionalità richieste per incrementare la qualità dei servizi sanitari, par-

tendo da un'analisi dei fabbisogni dei pazienti. Questa distinzione richiama la differenza concettuale tra *staff-mix* e *skill-mix* (Dubois e Singh, 2009), dove il primo fa riferimento al raggiungimento di una specifica composizione numerica di diverse tipologie di personale sanitario, mentre il secondo si focalizza sulle competenze degli operatori e il loro effettivo utilizzo all'interno del contesto organizzativo e istituzionale.

Il passaggio da *staff-mix* a *skill-mix* consente di superare una riflessione statica sulla composizione del personale in servizio, introducendo un approccio integrato e dinamico di *skill management* (Dubois e Singh, 2009), finalizzato a sviluppare le competenze, i ruoli e le professionalità sanitarie necessarie per rispondere alle mutevoli condizioni e bisogni esterni.

In questa prospettiva, le aziende possono decidere di adottare diverse strategie di cambiamento dello *skill-mix* del personale sanitario, senza limitarsi alla ridefinizione dei confini inter-professionali in termini quantitativi. In particolare, attraverso una revisione sistematica della letteratura accademica, Sibbald, Shen e McBride (2004) hanno classificato in quattro macro-categorie le politiche e le scelte strategiche di *skill-mix change* (Figura 14.1).

Una prima forma di *skill-mix* è rappresentata dalla possibilità di arricchire le mansioni svolte da una specifica categoria professionale (“*enhancement*”, valorizzazione), incrementandone il livello di responsabilità e autonomia nello

Figura 14.1 **Strategie di *skill-mix change***



svolgimento delle prestazioni. Si tratta, in altre parole, di ampliare i ruoli e le competenze di un particolare gruppo di lavoratori, richiedendo a un professionista di eseguire nuovi compiti che prevedono un livello di responsabilità superiore rispetto a quelli precedentemente svolti, rimanendo sempre all'interno del medesimo ambito disciplinare. A titolo esemplificativo Fay, Jones e Ram (2002) analizzano il caso di infermieri chiamati a coordinare l'assistenza primaria per l'asma.

A livello intra-professionale è possibile attivare una seconda modalità di *skill-mix change*, che prevede lo spostamento delle responsabilità tra specifici gruppi all'interno della medesima professione sanitaria (ad esempio, tra specialisti e non specialisti, oppure tra diverse specialità) (“*delegation*”, delega). In questo modo, l'azienda sanitaria sceglie di delegare lo svolgimento di un compito all'interno dello stesso gruppo professionale. Ad esempio, Grilli *et al.* (1998) hanno studiato l'impatto generato dall'impiego di medici specialisti al posto di medici non specialisti nella cura del cancro.

In una concezione più tradizionale di *skill-mix* è possibile decidere di sostituire una tipologia di professionisti con un'altra (“*substitution*”, sostituzione), allargando l'ampiezza del lavoro di un gruppo di operatori sanitari e modificando i confini tra gruppi professionali. In questa prospettiva inter-professionale, molti studi hanno esplorato ad esempio la possibilità di sostituire medici con infermieri nell'ambito delle cure primarie (Horrocks *et al.*, 2002).

Da ultimo, un cambiamento nello *skill-mix* può essere generato al di fuori dell'attuale configurazione professionale attraverso la progettazione e creazione di ruoli e posizioni di lavoro che richiedono lo sviluppo di specifiche competenze professionali (“*innovation*”, innovazione). In questo caso, non si tratta di incrementare le responsabilità di una figura professionale esistente (valorizzazione), spostare le responsabilità tra diversi soggetti all'interno del medesimo gruppo professionale (delega), oppure trasferire le responsabilità tra diversi gruppi (sostituzione), bensì reclutare e formare una figura professionale innovativa per gestire l'erogazione di uno specifico servizio sanitario (nuovo o esistente). In questo ambito rientrano anche il trasferimento di compiti standardizzati a non professionisti sanitari (“laicizzazione”) o alle macchine (automatizzazione attraverso robotica e intelligenza artificiale).

La scelta di quale strategia adottare dipende dal contesto istituzionale e organizzativo in cui si trovano le aziende sanitarie (Buchan *et al.*, 2000), che possono pertanto adottare diverse politiche di *skill-mix* per accompagnare la trasformazione dei servizi sanitari verso un modello di cure territoriali. In questa prospettiva, il capitolo utilizza il modello proposto da Sibbald *et al.* (2004) con l'obiettivo di sistematizzare le diverse pratiche di *skill-mix* adottate dalle aziende sanitarie per affrontare l'evoluzione verso modelli di sanità territoriale all'interno di quattro possibili scelte strategiche: valorizzazione, sostituzione, delega e innovazione.

### 14.3 Tensioni del mercato del lavoro e ipotesi di *skill-mix change*

Già prima della pandemia, il sistema sanitario del nostro Paese si interrogava su come affrontare lo *shortage* del personale sanitario, ma se allora il fenomeno riguardava fundamentalmente i medici ora, invece, la carenza si è estesa anche alla professione infermieristica, complicando il quadro generale. Durante la fase dell'emergenza sanitaria per rispondere alla situazione sono state sperimentate diverse soluzioni temporanee: richiamo di professionisti in pensione, impiego degli specializzandi e dei neolaureati, utilizzo di personale straniero o militare, superamento dei vincoli per l'esercizio della libera professione. La fase più critica della pandemia è stata anche il momento del superamento dei silos professionali per dare risposte tempestive ai bisogni di salute della popolazione.

Ora, terminata questa fase, siamo di fronte a uno scenario caratterizzato da rilevanti processi di stabilizzazione del personale reclutato in emergenza, accompagnati dagli ancora importanti flussi in uscita dal sistema dovuti ai pensionamenti e dal movimento spontaneo del personale dal settore socio-sanitario a quello sanitario, dal privato al pubblico (e in parte come vedremo dal pubblico alla libera professione) e dalle aziende del Nord a quelle del Sud.

Questa fase si sta, dunque, caratterizzando ancora per gli sforzi profusi dalle aziende, e dal sistema nel suo complesso, per cercare di contrastare la carenza di personale medico e infermieristico e per riequilibrare le disponibilità tra i diversi segmenti. In particolare, si osserva, da un lato, molto impegno e varie iniziative da parte delle Direzioni (Strategiche, del Personale e delle Professioni Sanitarie) in termini di reclutamento per la copertura dei posti vacanti e per assicurare l'erogazione dei servizi e, dall'altro, a livello di sistema, il tentativo di rispondere alla carenza del personale confermando la possibilità di impiego nei servizi degli specializzandi e dei professionisti già in pensione.

Interventi sono stati anche messi in campo per incrementare i posti nelle facoltà di medicina, nelle diverse specialità e nelle facoltà delle professioni sanitarie, azione che però non darà i suoi frutti a breve.

Tanto impegno però sembra non riuscire a compensare le fuoriuscite dal sistema, non solo dovute ai pensionamenti. La stanchezza del personale dopo i mesi della grande emergenza, le condizioni del mercato del lavoro e l'attrattività del sistema pubblico sembrano infatti alla base dell'incremento delle dimissioni volontarie di medici e infermieri talvolta per passare a forme contrattuali meno stabili ma che possono garantire migliori condizioni di lavoro (se non anche più remunerative).

A fronte di questo scenario caratterizzato da una carenza attuale e prospettica di personale medico e infermieristico si è aperta la stagione dell'attivazione dei servizi previsti dal PNRR e dal DM 77 i quali richiedono, in particolare, l'impiego di un numero importante di infermieri. La stima dei fabbisogni di

personale entro il 2026, secondo quanto indicato dal DM 77, si attesta intorno ai 15.250 infermieri (applicando gli standard minimi per i servizi strutture della riforma) che salgono a oltre 22.000 se si considerano gli standard massimi. Il numero previsto di Infermieri di Comunità (19.880) consentirebbe di coprire gli standard (minimi) per le nuove strutture territoriali, pertanto l'attività di infermieristica di comunità vera e propria dovrà necessariamente essere garantita con il solo personale previsto nelle dotazioni delle Case della Comunità. Il calcolo in base agli standard del DM77 non tiene conto, inoltre, del potenziamento dei servizi domiciliari che – nell'ipotesi di estensione al 10% degli over 65enni, garantendo (stima SDA Bocconi) un'ora di assistenza settimanale tramite ADI non solo infermieristica – potrebbe aggiungere ai valori citati 26.000 infermieri circa, portando i valori massimi a quasi 50.000 unità.

Senza dubbio larga parte del personale infermieristico richiesto dal DM 77 deriverà dal reimpiego di chi è già in forza nelle aziende, ma la distanza tra la situazione attuale e la prospettiva di potenziamento dei servizi rima-

Tabella 14.1 **I fabbisogni di personale per le nuove strutture territoriali**

	Infermieri	Assistenti Sociali	Personale di Supporto	Medici	OSS	Alto personale sanitario
<b>Casa della Comunità – Hub</b>						
1.350 da PNRR						
standard minimo	9.450	1.350	6.750			
standard massimo	14.850	1.350	10.800			
<b>COT</b>						
600						
standard minimo	2.400		600			
standard massimo	3.600		1.200			
<b>Unità di Continuità Assistenziali</b>						
600	600			600		
<b>Ospedali di Comunità</b>						
400						
standard minimo	2.800			563.400 ore	1.600	400
standard massimo	3.600			563.400 ore	2.400	800
<b>TOTALE</b>						
standard minimo	15.250	1.350	7.350	600 + 563.400 ore	1.600	400
standard massimo	22.050	1.350	12.000	601 + 63.400 ore	2.400	800
<b>Infermieri di Comunità</b>						
1 ogni 3.000 ab	19.880					
<b>ADI Copertura del 10% degli over 65anni (stima)</b>	<b>26.000</b>					

Fonte: Dati DM 77. Per ADI, stima CERGAS SDA Bocconi

ne evidente. Secondo stime FNOPI, per il prossimo decennio il turnover vedrà fuoriuscite di infermieri dalle aziende sanitarie intorno alle 14.000 unità all'anno e ingressi tra le 11.000 e le 13.500 unità: numeri che non solo non consentono un rafforzamento della presenza della professione nei servizi ma che non garantiscono nemmeno la copertura dei turni così come attualmente organizzati.

A fronte di vincoli sul versante dell'offerta, una possibile risposta a questa situazione è quella di ottimizzare l'impiego delle professioni che registrano le tensioni maggiori, modificando gli equilibri tra esse e, in generale, tra tutto il personale, agendo dunque sullo *skill-mix*. In questo si potrebbe far tesoro di quanto è avvenuto durante la fase acuta della pandemia in cui all'occorrenza sono stati proficuamente modificati i confini tra i silos professionali.

Ciò che si osserva in realtà è, invece, che per rispondere alla tensione sul mercato del lavoro molte aziende sanitarie, private in primo luogo, ma anche pubbliche, si stanno muovendo per reclutare personale infermieristico (e medico) dall'estero, adottando una strategia che mira a rispondere alla crisi aprendo a nuovi mercati piuttosto che alla modifica dei modelli di servizio o quanto meno al cambio degli equilibri tra le professioni in essi impiegate.

La domanda di ricerca che abbiamo voluto percorrere in questo capitolo è dunque se e in quale misura le aziende si stiano interrogando anche sulle trasformazioni organizzative e sulla possibile modifica dello *skill-mix* come forma di risposta agli shortage.

#### 14.4 L'analisi delle esperienze aziendali

Il paragrafo espone le sedici esperienze aziendali analizzate, riconducibili alle strategie enumerate da Sibbald *et al.* (2004) come riportato in Tabella 14.2.

##### • Valorizzazione

*Personale ADI come riferimento dei pazienti – AUSL Modena.*

Al fine di rendere l'assistenza territoriale un punto di riferimento costante per i fabbisogni dei pazienti, riducendo il ricorso, spesso inappropriato, al Pronto Soccorso la sera e nei fine settimana, è stata avviata la riorganizzazione a h12 e 7 giorni su 7 degli orari di lavoro in ambito territoriale. Il cambiamento è stato avviato come progetto pilota nel settore dell'ADI, dove operano esclusivamente professionisti dipendenti. Gli operatori sono in grado di intervenire a domicilio del paziente, anche in maniera non programmata, così da svolgere di fatto un ruolo di triage a domicilio del paziente, valutando se possono dare risposta ai bisogni dei pazienti o se ci sono le condizioni per un eventuale trasferimento in Pronto Soccorso.

Tabella 14.2 **Le esperienze analizzate**

Strategia di <i>skill-mix change</i>	Azienda	Contenuto	Anno di avvio	Referenti intervistati
<b>Valorizzazione</b>	AUSL Modena	Personale ADI come riferimento dei pazienti sul territorio	2021	Direttore Generale, Direttore Sviluppo Organizzativo, referente Direzione Assistenziale
	ASST Bergamo Est	Personale amministrativo come riferimento dei pazienti nelle CdC	2022	Dirigente e referente Professioni Sanitarie e Sociali
	ASL Vercelli	Ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nell'implementazione della telemedicina per cittadini residenti in aree disagiate	2022	Direttore Generale
<b>Delega</b>	ASL Brindisi	Presa in carico del paziente ricoverato in OdC affidata al MMG	1998	Direttore di Distretto
	ULSS 8 Berica	Cure primarie affidate a medici di continuità assistenziale	2022	Direttore Servizi Socio Sanitari
	Azienda USL Toscana Sud Est	Affiancamento agli MMG da parte dei medici delle UCA	2022	Direttore Dipartimento Risorse Umane
<b>Sostituzione</b>	AUSL Modena	Trasferimento di responsabilità a OSS e personale amministrativo	2021	Direttore Generale, Direttore Sviluppo Organizzativo, referente Direzione Assistenziale
	ASL Roma 5	Trasferimento di responsabilità a tecnici della riabilitazione psichiatrica	2015	Direttore DSM e Dipendenze Patologiche
	ASL Vercelli	Riallocazione del personale in ambito amministrativo	2014	Dirigente Professioni Sanitarie
	APSS Trento	Trasferimento di responsabilità al personale ostetrico	2016	Direttore Dipartimento amministrativo ospedaliero territoriale; Direttrice Cure Primarie
	Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli	Risposte allo shortage infermieristico	2022	Direzione Risorse Umane e Organizzazione
<b>Innovazione</b>	AUSL Modena	L'infermiere di famiglia e comunità	2022	Direttore Generale, Direttore Sviluppo Organizzativo, referente Direzione Assistenziale
	AUSL Piacenza	L'infermiere di comunità	2022	Dirigenti Professioni Sanitarie; Direttore di Distretto
	ASST Bergamo Est	L'infermiere di famiglia e comunità	2022	Dirigente e referente Professioni Sanitarie e Sociali
	ASL Rieti	Equipe itineranti, infermiere e ostetrica di comunità – ASL Rieti	2022	Direttore gestione personale di assistenza; Responsabile progetti PNRR
	APSS Trento	L'ostetrica dedicata al percorso nascita	2018	Direttore Dipartimento amministrativo ospedaliero territoriale; Direttore cure primarie

Il processo è stato affiancato da una specifica formazione interna (anche, ad esempio, sull'attività di triage da svolgere a domicilio per ridurre l'inappropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso).

Alla luce del nuovo orario di lavoro si sono anche ridotte le richieste di trasferimento di personale anziano dall'ospedale al territorio, spesso fortemente

supportate dalle sigle sindacali. Al contrario, il personale è stato ringiovanito grazie all'inserimento mirato di operatori neoassunti destinati al territorio, affidando loro alcuni dei turni più scomodi.

L'estensione degli orari di disponibilità verrà progressivamente estesa dall'ADI agli altri servizi territoriali, così da rendere sempre più gli operatori un riferimento alternativo all'ospedale.

#### *Nuove funzioni del personale amministrativo nella Case della Comunità – ASST Bergamo Est.*

Nel territorio in cui opera l'ASST Bergamo Est saranno attivate 11 Case della Comunità entro il 2024, con l'attuale compresenza dei pre-esistenti Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) e delle nuove Case della Comunità. La gestione di questa fase di transizione, unita alla limitata conoscenza da parte degli utenti dei servizi offerti, genera la necessità di valorizzare il ruolo del personale amministrativo come punto di riferimento all'interno delle Case della Comunità per rispondere alle richieste di informazioni, orientamento e indirizzo per l'espletamento delle pratiche amministrative (ad esempio, scelta e revoca del medico di medicina generale e prenotazione delle valutazioni). Attualmente, quindi, il personale amministrativo ricopre un ruolo centrale nella presa in carico delle domande di orientamento dell'utenza, limitando la presenza degli infermieri di famiglia che si recano presso le Case della Comunità solo un'ora al giorno (dalle 13 alle 14) per offrire consulenza rispetto ai casi che il personale amministrativo non ha potuto risolvere in autonomia, come ad esempio la prima valutazione rispetto alla necessità di attivare il supporto di un IFeC a domicilio per un paziente fragile, l'attivazione del servizio territoriale valutazione multidimensionale (STVM), ecc.

#### *Il valore dell'infermiere di famiglia e comunità nell'implementazione della telemedicina indirizzata ai cittadini residenti in aree disagiate – ASL Vercelli*

Presso le aree periferiche dell'ASL Vercelli, in particolare nelle valli, si sta progressivamente aggravando il problema dell'assenza dei medici di medicina generale a causa del progressivo pensionamento dei medici in servizio.

Per tale motivo l'Azienda, a partire da giugno 2022 ha avviato un progetto di telemedicina presso il Comune di Portula, situato in Valsessera. Trattandosi di una piccola località, si poneva il problema di individuare dei locali idonei ad avviare un progetto di telemedicina, creando un collegamento con i medici di medicina generale che operano presso la Casa della Salute di Coggiola.

Sono stati pertanto individuati dei locali adiacenti alla farmacia locale, ma dalla stessa separati, che sono stati occupati dall'ASL attraverso una forma contrattuale atipica, consistente nel pagamento alla farmacia (proprietaria dei locali) di una quota ad accesso del cittadino. Tale forma contrattuale è al momento sperimentale.

In questa prima fase (fino a dicembre 2022), nei locali è stata installata dall'ASL una postazione con computer e stampante, nonché con gli applicativi necessari per dialogare con il medico di medicina generale che opera a Coggiola. Presso i locali, due volte alla settimana, si reca un infermiere di famiglia che riceve il paziente (spesso anziano) e lo assiste nel collegamento via web con il medico e gli stampa la ricetta, se necessaria.

La seconda fase, che partirà a breve, riguarderà la misurazione dei parametri vitali, l'effettuazione di elettrocardiogrammi e l'utilizzo di devices dedicati per esempio per mostrare a distanza e con adeguato ingrandimento determinate parti del corpo, nonché la possibilità di effettuare consulti (come visita di controllo, non prime visite) con il diabetologo e il nutrizionista.

La collocazione dei locali presso la farmacia si è presentata in questo Comune come l'unica possibilità di avere dei locali idonei, in un luogo rassicurante per i cittadini perché "riconosciuto".

È invece in fase di avvio (dal 14 novembre), presso cinque Comuni della Valsermenza e Valmastallone un progetto di telemedicina con il medesimo modello di Portula/Coggiola. In questo caso l'ASL ha stipulato delle convenzioni con i Comuni che hanno messo a disposizione dei locali ad uso ambulatorio, dotati di postazione PC e stampante.

Anche in questo caso i Comuni (Rimella, Cravagliana, Boccioleto, Rimasco e Fobello) non sono particolarmente distanti dalla Casa della Comunità di riferimento, situata a Varallo, ma, nonostante i pochi chilometri, il percorso necessita di un po' di tempo, per le strade non agevoli e gli abitanti (prevalentemente anziani) sono impossibilitati a raggiungere i Comuni vicini perché non vi sono collegamenti pubblici.

Anche in questo caso il progetto prevede l'accesso dell'infermiere di comunità (inizialmente su appuntamento telefonico) per consentire il collegamento con il Medico di medicina generale.

Tutti gli infermieri di comunità sono stati dotati di tablet per avere accesso ai dati dei pazienti e per tracciare le prestazioni erogate.

La finalità del progetto è quella di iniziare a fare medicina proattiva, intercettando per tempo le criticità dei pazienti cronici ed evitare accessi impropri al pronto soccorso.

## • Delega

*Trasferimento di responsabilità tra ospedalieri e MMG negli OdC – ASL di Brindisi.*

L'ASL di Brindisi ha affidato da diversi anni ai MMG la gestione clinica dei pazienti ricoverati nell'Ospedale di Comunità di Cisternino, anticipando quanto oggi previsto come opzione dal DM 77. I MMG garantiscono una presenza quotidiana per seguire i propri pazienti ricoverati e in alcuni casi si coordinano, con forme di turnazione, per seguire anche i pazienti dei colleghi.

Il coinvolgimento attivo dei MMG è favorito dal fatto che l'OdC è dedicato a pazienti residenti nel Comune di Cisternino, pertanto con un numero di MMG ridotto e dislocato in prossimità della struttura. È inoltre previsto un incentivo economico per i MMG per ogni paziente ricoverato, indipendentemente dalla durata della degenza.

La responsabilità igienico sanitaria della struttura è invece in capo a un medico del Distretto, che è anche il soggetto che valida le proposte di ammissione di pazienti formulate dai MMG.

L'assistenza quotidiana h24 è invece garantita da personale infermieristico dedicato, affiancato da fisioterapisti, OSS e ausiliari. In caso di necessità tale personale, laddove non sia presente o disponibile un MMG, può rivolgersi al servizio di guardia medica o al punto di primo intervento che sono dislocati nella stessa struttura. L'azienda non ha ancora proceduto ad adeguare l'esperienza ai dettami del DM 77, che prevede la responsabilità amministrativa dell'OdC sia affidata a personale infermieristico.

#### *Trasferimento di attività da MMG a medici di continuità assistenziale – Azienda ULSS 8 Berica.*

A fronte di una grave carenza di MMG e dell'impossibilità a sostituire coloro che andavano in pensione, l'azienda nel 2022 ha attivato un Presidio territoriale di assistenza primaria che serve una popolazione di circa 6000 abitanti sprovvista di MMG.

Il presidio garantisce assistenza diretta in orario diurno per quattro ore al giorno per quattro giorni alla settimana, a cui si aggiunge un servizio da remoto che copre otto ore al giorno dedicato alla preparazione impegnativa e al monitoraggio a distanza. Il presidio è fisicamente localizzato all'interno della struttura ospedaliera di Noventa Vicentina, che in futuro ospiterà anche la CdC.

Durante le ore di apertura sono disponibili per le visite due medici di continuità assistenziale. Due infermieri, con master in infermieristica di comunità erogano prestazioni ambulatoriali che non richiedono l'intervento medico, svolgono attività di supporto ed educazione sanitaria ai pazienti e sono chiamati a garantire l'integrazione con gli altri servizi territoriali (in particolare l'ADI, presso cui entrambi gli infermieri identificati erano precedentemente impegnati). Le visite sono prenotate dai pazienti tramite un call center gestito da personale amministrativo, anche se in casi di urgenza è consentito l'accesso diretto.

Il presidio ha garantito la presa in carico territoriale dei pazienti, sostituendo di fatto il rapporto individuale con il MMG a quello con l'azienda sanitaria. I riscontri dei pazienti sono positivi e non si sono registrati incrementi nel ricorso al Pronto Soccorso da parte della popolazione. L'azienda sta valutando di replicare il progetto in altre aree a forte carenza di MMG, prevedendo, per alcuni contesti interni di montagna, una maggiore autonomia del personale in-

fermieristico, con ambulatori infermieristici da attivare presso le sedi degli enti locali supportati da strumenti di telemedicina.

*Affiancamento agli MMG da parte dei medici delle UCA – Azienda USL Toscana Sud Est.*

Così come in molte aziende, anche alla Azienda USL Toscana Sud Est l'esperienza del Covid ha rappresentato un'occasione importante per innovare i modelli organizzativi del territorio. In particolare, sono state sperimentate forme di assistenza domiciliare capaci di venire incontro efficacemente alle esigenze dei pazienti. Ciò è stato possibile grazie alla presenza delle USCA, dotate di medici giovani e capaci di utilizzare le tecnologie digitali, affiancati dagli infermieri di comunità. Questi ultimi hanno garantito una preziosa attività complementare rispetto all'assistenza offerta dai MMG, la quale durante la pandemia ha mostrato alcuni limiti nella capacità di dare risposta in maniera coordinata alle esigenze dei pazienti, e di lavorare in maniera integrata con i diversi servizi aziendali.

Con il termine della fase di emergenza pandemica, Regione Toscana, in linea con quanto previsto dal DM 77, ha inteso dare continuità a questo modello. Le nuove UCA, infatti, vengono istituite al fine di gestire e supportare la presa in carico di persone che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità. In questo modo quindi si allarga significativamente il campo assistenziale di intervento dei medici incaricati i quali vengono dotati di ricettario regionale per le prescrizioni mediche. Non mancano tuttavia le difficoltà di implementazione del nuovo modello, sia con riferimento a resistenze da parte di taluni MMG, sia con riferimento a difficoltà poste dai nuovi operatori, in particolare a motivo della minore retribuzione oraria garantita dalle UCA rispetto alle USCA.

• **Sostituzione**

*Trasferimento di responsabilità OSS e personale amministrativo – AUSL di Modena.*

Con l'obiettivo di liberare tempo infermieristico da dedicare all'assistenza territoriale e di valorizzare la professionalità di altri operatori, l'azienda ha deciso, a seguito di adeguata formazione, di coinvolgere gli OSS in attività quali:

- ▶ l'affiancamento operativo ai medici specialisti ambulatoriali prima e dopo le visite;
- ▶ l'attività di front office telefonico per i caregiver dei pazienti che richiedono informazioni;
- ▶ alcune attività nell'ambito dell'ADI, quali il posizionamento e verifica dei drenaggi, la gestione di piaghe da decubito e medicazioni semplici.

Analogamente, alcuni profili amministrativi sono stati coinvolti nell'attività di follow up telefonico dei pazienti cronici.

*Sostituzione di infermieri con tecnici della riabilitazione psichiatrica nelle REMS – Regione Lazio.*

La ASL Roma 5 ospita tre Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), finalizzate ad offrire un trattamento terapeutico e riabilitativo individualizzato per persone con disturbi psichiatrici che hanno commesso reati e sono sottoposte a misure di detenzione.

Nella definizione della dotazione organica delle REMS su proposta della ASL Roma 5 la Regione Lazio ha preferito articolare la presenza del comparto prevedendo una riduzione del personale infermieristico (da 16 a 12 per ciascuna struttura) ed un corrispondente incremento del numero di tecnici della riabilitazione psichiatrica (da 1 a 4), mantenendo costante il numero di operatori socio-sanitari (pari a 6).

La sostituzione di infermieri con tecnici della riabilitazione psichiatrica ha consentito di:

- ▶ far fronte alla strutturale e diffusa carenza di personale infermieristico;
- ▶ erogare trattamenti psichiatrici e psicosociali di alto livello attraverso figure professionali formate e specializzate nella realizzazione di interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica;
- ▶ ridurre il costo del personale, incrementando allo stesso tempo la coerenza dei profili professionali con le attività riabilitative offerte ai pazienti;
- ▶ integrare in un unico setting multidimensionale le attività di assistenza infermieristica con quelle di riabilitazione psichiatrica;
- ▶ incrementare il livello di specializzazione degli infermieri sulle attività di propria competenza, coinvolgendo i tecnici nel presidio delle funzioni riabilitative.

La definizione dei confini professionali tra infermieri e tecnici della riabilitazione psichiatrica è stata favorita attraverso la formulazione di un piano di trattamento e la creazione di uno staff dedicato a ciascun paziente con una chiara divisione dei compiti nella gestione del singolo caso.

Inoltre, la ASL Roma 5 è stata in grado di liberare ulteriori risorse attraverso l'adozione di misure di telemedicina. Le REMS, infatti, prevedono la reperibilità notturna che si è riusciti a vicariare a mezzo utilizzo di una cartella elettronica *WEB based* condivisa, e il supporto dei medici di guardia presso i reparti di psichiatria (che prevedono una guardia attiva h24), che nel proprio turno, possono accedere da remoto alla cartella clinica dei pazienti ricoverati nelle REMS e, dopo essere stati contattati dal personale che lavora presso le strutture, possono disporre modifiche delle terapie in atto oppure il ricovero,

anche in TSO o per stato di necessità con firma digitale presso i propri reparti. In questo modo, la dotazione organica delle REMS di ASL Roma 5 ha ottimizzato la presenza di personale medico all'interno delle strutture, evitando riduzioni o sospensioni dei servizi.

*Nuovi skill-mix per il presidio delle attività amministrative – ASL Vercelli.*

L'ASL di Vercelli, già dal 2014, ha sviluppato iniziative di riallocazione di personale supporto (OSS, Ausiliari socio-sanitari, Operatori di assistenza) in risposta a vincoli contingenti legati all'emergente inidoneità al servizio di assistenza socio-sanitaria da parte di singoli operatori: gli operatori, divenuti inidonei alle mansioni professionali, sono stati impegnati in funzioni di accoglienza e supporto amministrativo<sup>2</sup>. Tale iniziativa è ora oggetto di una mappatura da parte dell'Azienda per valutarne dimensioni effettive (comunque limitate, nell'ordine delle 15 unità) e natura: seppure sviluppato per assicurare l'impiego del personale in servizio, valorizzando contestualmente il tempo-lavoro dei colleghi che rimangono impegnati nell'esercizio delle funzioni più prettamente professionali, questo approccio ha sollevato elementi di criticità di natura differenziata:

- ▶ sotto il profilo contrattuale, si riscontra una difficoltà concreta a dare opportuno riflesso formale (modifica del ruolo contrattuale) al sostanziale spostamento verso contenuti di lavoro amministrativi, prevalentemente per via della base stipendiale meno favorevole che caratterizza – a parità di livello – il ruolo amministrativo;
- ▶ conseguentemente, si riscontra un tema di potenziale iniquità organizzativa legato all'uguale trattamento contrattuale per mansioni significativamente differenti nella natura dell'impegno richiesto;
- ▶ allo stesso tempo, la permanenza nel ruolo tecnico o sanitario del personale destinato a mansioni amministrative irrigidisce l'organico, che è costruito secondo un criterio legato alla natura contrattuale.

Parallelamente, il tema dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle professionalità a disposizione dell'Azienda si scontra con fattori logistici. Il layout delle strutture fisiche, infatti, ha condizionato almeno in parte il fabbisogno di personale che afferisce all'area territoriale: sebbene esista una piastra ambulatoriale presso i due presidi ospedalieri, essa ad oggi non centralizza i punti di erogazione ambulatoriale, che invece sono distribuiti presso le singole strutture di afferenza.

Per rispondere a queste sfide, l'Azienda è attualmente impegnata su due

<sup>2</sup> Questi casi, seppure riguardanti personale concretamente impegnato all'interno delle strutture ospedaliere, fanno capo a servizi del territorio (es. ambulatori).

fronti: (i) assicurare l'affiancamento da parte di personale amministrativo per facilitare i percorsi di transizione professionale e (ii) razionalizzare l'impiego del personale a disposizione, cercando di garantire la coerenza dell'organizzazione formale e di quella sostanziale.

*Trasferimento di responsabilità al personale ostetrico nel percorso nascita – APSS Trento.*

Nell'ambito dell'attivazione e strutturazione del percorso nascita, la Provincia ha stabilito che l'ostetrica possa prescrivere gli esami previsti per ogni trimestre nei LEA per il monitoraggio della gravidanza: restando esclusa l'attività prescrittiva che consegua a un quesito diagnostico, viene affidata all'ostetrica la possibilità di gestire autonomamente un ricettario "bianco". Attraverso questo intervento, che ha comportato tra il 2015 e il 2016 un'istruttoria legislativa e una deliberazione da parte della Giunta provinciale (DGP 1445/2015), si è inteso affidare all'ostetrica una più ampia autonomia operativa con l'obiettivo di (i) valorizzarne la competenza professionale e (ii) semplificare e superare procedure ridondanti. All'interno del percorso nascita l'ostetrica può prescrivere, per i diversi trimestri, gli esami previsti dalla norma come esenti; la donna con gravidanza fisiologica oppure a basso rischio ha quindi la possibilità di avere accesso, tramite l'ostetrica, alle impegnative per effettuare tutti gli esami ematochimici previsti, senza dover passare dal medico. È da segnalare che tale processo ha riscontrato supporto anche da parte del personale medico e che, di conseguenza, l'azienda sta valutando gli spazi di percorribilità di interventi simili (quale, a titolo di esempio, l'impiego di retinografi da parte degli ortottisti nell'ambito dello screening della retinopatia diabetica).

*Gestione dello shortage infermieristico – Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli.*

Lo *shortage* del personale infermieristico rappresenta un fenomeno di dimensioni internazionali e interessa, in maniera trasversale, pressoché tutte le strutture che operano nei servizi di assistenza socio-sanitaria sul territorio del nostro Paese. Tra gli operatori del privato accreditato che stanno affrontando questo problema c'è l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, il cui gruppo comprende 3 Ospedali Classificati e un IRCCS. Per le caratteristiche del modello di servizio, tale sfida assume contorni particolarmente complessi. Guardando alla funzione di produzione, infatti, la necessità di mantenere i livelli di servizio al livello attuale (vale a dire, senza chiudere posti letto accreditati) si scontra con l'effetto combinato della ridotta disponibilità di infermieri con (i) i requisiti di accreditamento fissi, definiti dal terzo pagante (il servizio sanitario pubblico), (ii) i limiti alla fungibilità tra professioni, definiti all'atto dell'accREDITAMENTO, (iii) i profili di responsabilità – formali e sostanziali – connessi all'eventuale esercizio di un rapporto di sostituzione tra

famiglie professionali (si pensi, ad esempio, alla responsabilità sanitaria legata alla necessità di somministrare specifici farmaci durante un turno, in mancanza di un infermiere) e (iv) gli effetti contrattuali – in termini di irrigidimento della struttura di costo per il personale – dell’eventuale spostamento tra livelli a fronte della richiesta di coprire mansioni e responsabilità ulteriori.

La Provincia Lombardo Veneta – Fatebenefratelli, a fronte di una crescente difficoltà nel garantire l’approvvigionamento di personale infermieristico (anche in forma indiretta, per tramite delle cooperative), sta sviluppando strategie differenziate per ridefinire il mix delle professionalità necessarie per assicurare i livelli quali-quantitativi di servizio richiesti dall’accreditamento. Si apre ad esempio la prospettiva di fare leva sul contributo di profili professionali differenti (ad esempio, gli educatori nel caso delle strutture per la psichiatria) a supporto della turnistica. Con riferimento all’infermiere, gli spazi di ridefinizione della geometria del team appaiono più ridotti, specialmente per alcuni servizi per i quali i contenuti di competenza professionale risultano ad oggi non delegabili.

#### • **Innovazione**

*L’infermiere di famiglia – AUSL Modena.*

L’azienda ha avviato nel 2022 un gruppo di lavoro interno per delineare il profilo dell’infermiere di famiglia. Sono state definiti ruoli e funzioni dell’IFeC nei diversi ambiti di assistenza (comunitario, domiciliare, ambulatoriale) con riferimento ai diversi fabbisogni di salute dei pazienti in funzione dei livelli di stratificazione del rischio. Sono state quindi definite in maniera analitica le core competence degli IFeC in ambito tecnico-specialistico (nelle macro aree: educazione e prevenzione, diagnosi e presa in carico, pianificazione del percorso, gestione del trattamento, valutazione) e relazionale (relazione con pazienti e stakeholder esterni, e con colleghi) nonché i requisiti formativi essenziali.

*L’infermiere di Comunità – AUSL Piacenza.*

L’azienda ha avviato un progetto pilota di infermieristica di comunità in alcuni contesti rurali di montagna particolarmente disagiati. Questa esperienza, come le successive che saranno presentate con riferimento all’infermieristica di famiglia/comunità, mostra una dimensione di innovazione organizzativa di prossimità e di sviluppo della professionalità infermieristica, rispetto all’espressione di competenze specifiche di presa in carico delle persone appartenenti alla comunità di riferimento, dimostrando responsabilità e autonomia nelle risposte ai complessi bisogni di salute intercettati. Grazie ad un accurato accertamento della popolazione, da parte degli infermieri, analizzando i profili di comunità, e visitando a domicilio le persone over 65 “invisibili” cioè non conosciute né dagli operatori del sociale né dai sanitari, si effettuerà uno screening dei pro-

blemi di salute sociosanitari dei cittadini individuando le condizioni di fragilità e di rischio che necessitano di progetti /interventi di prevenzione e promozione della salute.

I tre Infermieri di comunità reclutati, auspicando, in una fattiva collaborazione con tutti gli attori formali ed informali, MMG, Assistenti Sociali, Società Civile, Volontariato, ecc., che a vario titolo si occupano del benessere delle persone, svolgeranno un ruolo di integrazione creando un tessuto connettivo che in modo sinergico potrà sviluppare progetti di cura personalizzati.

Gli infermieri di comunità nel corso della settimana saranno presenti in più sedi di lavoro, come negli ambulatori infermieristici dedicati a prestazioni assistenziali, nelle Case della Comunità di riferimento, ma anche in aree messe a disposizione dai Comuni coinvolti, per condividere con gli assistenti sociali le necessità delle persone, avendo l'opportunità di informare e orientare la popolazione stessa.

La sede di lavoro più importante rimane comunque la casa, come primo luogo di cura, ove l'infermiere di comunità avrà il privilegio di conoscere la famiglia e i caregiver, valutando i punti di forza e fragilità e progettando un piano di cura multi-professionale, che avrà tra le finalità più importanti la centralità della persona responsabilizzandola nel self care, ma anche erogando direttamente prestazioni infermieristiche ai pazienti segnalati dai MMG.

In prospettiva, se sarà possibile superare gli attuali vincoli dovuti alla normativa privacy, gli IFeC potranno anche utilizzare la scala di valutazione RiskER, uno strumento regionale per la stratificazione della popolazione sulla base dei fattori di rischio, così da poter effettuare – in sinergia con i MMG che hanno in carico i pazienti – attività di medicina di iniziativa anche per coloro che non sono ancora arruolati nei PDTA rivolti ai pazienti affetti da patologie croniche.

#### *L'infermiere di famiglia – ASST Bergamo Est.*

L'azienda ha attivato infermieri di famiglia, suddivisi in nuclei composti da tre infermieri l'uno, capaci così di offrire una copertura h12 6 giorni su 7.

Oltre a collaborare con i PUA, come sopra descritto, gli infermieri di famiglia prestano assistenza domiciliare ai pazienti che, segnalati da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e ambulatori specialistici ospedalieri, non sono presi in carico dall'assistenza domiciliare integrata e sono privi di caregiver. In qualche caso si tratta di pazienti che non sono in carico a nessun MMG.

L'azienda sta investendo sullo sviluppo di forme efficaci di collaborazione tra IFeC e MMG. Soprattutto dove MMG hanno un elevato numero di pazienti, gli IFeC offrono infatti un supporto prezioso per svolgere attività a domicilio, per valutare l'aderenza terapeutica, ecc.

*Equipe itineranti, infermiere e ostetrica di comunità – ASL Rieti.*

L'azienda ha attivato equipe itineranti (infermieri, OSS, assistenti sociali, psicologi ecc.) e team di infermieri e ostetriche di comunità, per consolidare l'assistenza socio-sanitaria di prossimità in aree rurali del territorio reatino, attraverso il coordinamento da parte di una Centrale Operativa Aziendale. Su input del MMG, del PUA o degli specialisti, gli operatori si recano al domicilio del paziente e ne intercettano, monitorano e prendono in carico i bisogni assistenziali o, nel caso in cui non fossero gestibili in loco, attivano il servizio più adatto per offrire una risposta adeguata (es. unità di degenza infermieristica, ambulatorio a basso rischio ostetrico o consultorio). I professionisti, per svolgere la propria attività, utilizzano la cartella socio-assistenziale informatizzata, accessibile da tablet, i cui dati confluiscono in una piattaforma di telemedicina aziendale che consente il tracciamento delle attività e il monitoraggio delle condizioni di salute del paziente anche da parte degli specialisti della Asl e dei MMG, anch'essi abilitati ad accedere alla piattaforma. Inoltre, la Asl sta progressivamente dotando i professionisti di apparecchiature per effettuare, a domicilio o presso gli ambulatori infermieristici, elettrocardiogrammi, ecografie e altre prestazioni, visualizzabili anche dagli specialisti competenti (es. cardiologo), i quali, accedendo alla piattaforma di telemedicina aziendale possono trasmettere, in tempi rapidi e dalla propria postazione, il referto.

Per la realizzazione delle attività descritte, è stata condotta una reingegnerizzazione del processo assistenziale infermieristico e più in generale dell'ADI che ha portato, nel periodo 2019-2022, a un incremento sia del numero dei pazienti assistiti in ADI (+ 96%) che delle prestazioni erogate (+ 43%). Il coordinamento del servizio descritto, in linea con le indicazioni del PNR, del DM77 e delle linee guida regionali, sarà gestito dalle COT che la Asl di Rieti sta implementando al fine di garantire la presa in carico del paziente e un'efficace gestione delle transizioni tra i diversi setting assistenziali con impatti positivi sulla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e sui ricoveri inappropriati.

*L'ostetrica dedicata nel percorso nascita – APSS Trento.*

L'azienda, consolidando un progetto sperimentale avviato da alcuni anni<sup>3</sup>, ha realizzato un percorso nascita in cui il personale ostetrico svolge in autonomia il ruolo di riferimento per le donne in gravidanza. L'obiettivo è assicurare alle utenti la tempestiva presa in carico e la pianificazione di tutti i controlli necessari dall'inizio della gravidanza alla fine del puerperio, da parte della stessa professionista durante l'intero percorso.

A partire dal 2018 il percorso nascita è stato costruito e realizzato con un

<sup>3</sup> Già nel 2013-2014 il Trentino aveva partecipato a una sperimentazione nell'ambito dell'Euregio Tirolo-Alto Adige-Trentino, in cui si era sperimentato un progetto di presa in carico delle gravidanze a basso rischio da parte delle ostetriche.

coinvolgimento progressivo dei territori (dai più marginali ai più urbani), e il tasso di adesione al primo colloquio ostetrico (vale a dire il rapporto tra primi colloqui eseguiti e parti di donne residenti nel territorio) a fine 2021 è stato del 80,2%, in crescita tendenziale costante rispetto all'avvio del progetto<sup>4</sup>. Per le gravidanze fisiologiche oppure a basso rischio, l'ostetrica che ha partecipato al primo colloquio propone alla donna di essere seguita, per tutta la gravidanza fino al puerperio, nel consultorio di sua residenza. Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi, la valorizzazione dell'offerta consultoriale ha implicato il trasferimento di un numero significativo di ostetriche per garantire il parametro previsto di 6 ostetriche/300 donne seguite; inoltre, è stato necessario assicurare la copertura di servizio per le aree meno prossime alle strutture ospedaliere (attivando la reperibilità su 24 ore di un'ostetrica nelle zone in cui non è presente un presidio con punto nascita). Il percorso è stato più volte rivisto a affinato, partendo da un approccio iniziale di *over triage* (stima prudenziale del rischio), per passare nel tempo alla configurazione attuale che assicura elevati livelli di sicurezza delle cure<sup>5</sup>.

## 14.5 Discussione dei risultati emergenti

L'osservazione dei casi aziendali considerati risulta di particolare interesse nella fase attuale per una serie di ragioni, già brevemente accennate nei primi paragrafi di questo capitolo: la combinazione tra dinamica dell'offerta professionale e dinamica dei bisogni esterni, specialmente a valle della fase acuta dell'emergenza pandemica, ha aperto per le aziende nel SSN l'opportunità di rimodellare i rapporti professionali all'interno dell'organizzazione (Del Vecchio e Giacomelli, 2020). Prendendo a prestito un'espressione della quale negli ultimi anni si è forse abusato, si potrebbe dire che le aziende si sono trovate di fronte alla possibilità di disegnare una "nuova normalità" dell'organizzazione professionale, potendo sfruttare la maggiore (ma certamente transitoria) malleabilità dei confini e un certo grado di fungibilità delle aree percepite come meno caratterizzanti le diverse professioni, comunque impensabile prima del Covid-19. Se la prima e fisiologica risposta non poteva che essere quella dell'aumento dimensionale dell'offerta (Del Vecchio *et al.*, 2021), i tempi della progressiva normalizzazione del contesto esterno e gli indirizzi espliciti della norma (PNRR e DM 77) rendono l'attuale un'occasione irripetibile per osservare e analizzare quali tattiche o strategie possano essere messe in campo dalle aziende sanitarie

<sup>4</sup> A fine 2019 il rapporto era pari al 71,7% mentre due anni prima, a fine 2017, era pari al 46,8%.

<sup>5</sup> Nel periodo di implementazione del percorso nascita non si sono riscontrate anomalie sui principali indicatori né si sono verificati eventi sentinella (come, ad esempio, l'aumento dei parti precipitosi).

pubbliche. La rassegna di casi presentata nel paragrafo precedente, pertanto, ha necessariamente uno scopo descrittivo e non prescrittivo, se non altro perché quello che è stato raccontato è quanto è stato possibile raccogliere sulla base di occasione e capacità. Nondimeno, si osservano alcune tendenze che non sembrano essere frutto del caso o della parzialità delle esperienze selezionate.

Anzitutto, una quota rilevante degli interventi studiati riguarda l'arricchimento del contenuto professionale (casi di *valorizzazione*) o l'attivazione di nuovi ruoli (casi di *innovazione*): in tutte queste circostanze, le aziende hanno lavorato sull'organizzazione della professione, oppure su servizi per i quali si è resa necessaria l'organizzazione di un certo profilo professionale. Dall'analisi dei casi di riorganizzazione degli spazi di esercizio relativo all'interno di una professione (*delega*) oppure tra professioni (*sostituzione*) si trae l'impressione di un sostanziale raffreddamento della situazione "magmatica" immediatamente successiva alla fase acuta dell'emergenza. Più in linea con i dettami tradizionali del professionalismo (Del Vecchio e Giacomelli, 2020) le aziende sembrano aver percorso preferibilmente gli spazi di ampliamento del perimetro professionale nella direzione del terreno, meno presidiato, dei servizi territoriali (laddove, cioè, il rischio di contendibilità era più limitato), redistribuendo le risorse in maniera coerente con gli indirizzi sovra-nazionali e ministeriali, ma senza tuttavia incidere in modo sostanziale sui rapporti *tra* le diverse professioni.

Laddove l'effettiva delega o trasferimento sono invece accadute, questo sembra da ricondurre, più che alla manifestazione di un disegno aziendale predefinito, a situazioni di forza maggiore (*shortage* dei profili richiesti, impossibilità contingente di collocare i profili a disposizione sui servizi necessari, etc.), profilandosi un'interpretazione degli interventi in questione come casi di strategia *emergente* (Mintzberg e Waters, 1985). In ogni caso, gli interventi di *skill-mix change*, nelle varie forme in cui sono stati osservati nell'ambito dei casi analizzati, sembrano riflettere sforzi orientati alla modifica dell'assetto professionale di erogazione esistente, ma non necessariamente al superamento delle logiche sottostanti. In altre parole, quand'anche i confini relativi siano stati ridisegnati nella logica di migliorare l'efficienza complessiva della catena del valore (Birch *et al.*, 2020), l'assetto che ne è risultato non sembra aver abbandonato le logiche tipiche della burocrazia professionale. Per tali motivi, i casi osservati sembrano da ricondurre più alla categoria dello *staff-mix* che dello *skill-mix change*. In sintesi, secondo questa interpretazione, si tratterebbe di cambiamenti non intenzionalmente guidati, ma spinti da dinamiche esterne che vengono, a loro volta, raccolte dalle singole professioni, senza che le aziende riescano a ricondurli a disegni coerenti o almeno ricomporli in una "narrazione" unitaria.

Una seconda tendenza comune, che merita attenzione nel quadro della territorializzazione dei servizi, riguarda il consolidamento degli strumenti e dei meccanismi che caratterizzano i nuovi modelli di assistenza. L'esigenza di ripensare i modi tradizionali di assistenza e cura a partire dalla domanda (i bi-

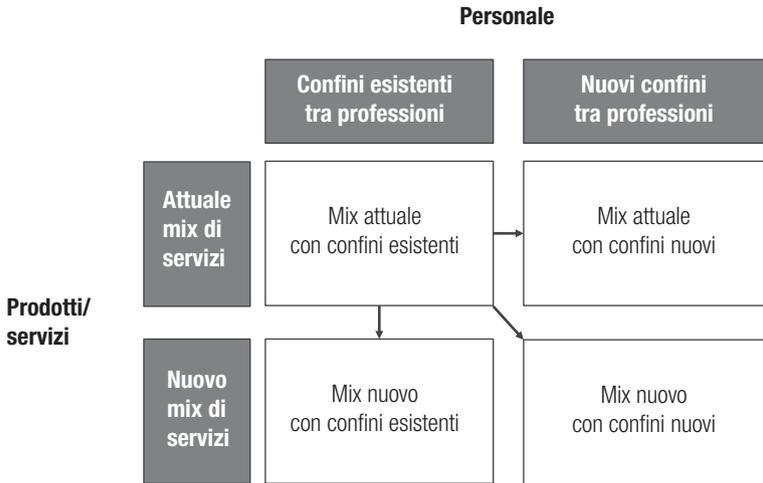
sogni del paziente), superando i meccanismi di erogazione guidati dall'offerta (Zangrandi e Fanelli, 2022), è stata sottolineata dalla missione 6 del PNRR e sembra trovare risonanza diffusa nei casi analizzati. Il rafforzamento degli strumenti di presa in carico secondo criteri di prossimità al paziente, e non invece ai luoghi tradizionali di erogazione, sembra infatti aver facilitato l'attivazione di configurazioni di servizio multi-professionali, sotto il coordinamento di una figura pivotale (l'infermiere oppure l'ostetrica di comunità, nei casi considerati). Gli obiettivi della teleassistenza sono evidentemente molteplici, a partire dalla maggiore appropriatezza di erogazione nel *setting* ospedaliero, maggiore equità nell'accesso ai servizi (si pensi alla valorizzazione dei consulenti, nel caso di Trento), alla continuità della presa in carico. Tra quelle di maggiore rilievo, in riferimento al tema oggetto del presente capitolo, vanno sottolineate la valorizzazione delle competenze dei professionisti e la migliore efficienza nell'impiego delle risorse umane e strutturali a disposizione delle aziende (Martini *et al.*, 2022).

Sul piano culturale, infine, la decisa spinta alla territorializzazione dei servizi sanitario-assistenziali sembra aver modificato la percezione delle professioni (specialmente di quella infermieristica, che ha trovato centralità nella figura dell'IFeC) in merito allo status del lavoro professionale sul territorio, rispetto al tradizionale primato dell'ospedale.

L'analisi delle esperienze approfondite in questo capitolo ha evidenziato, inoltre, come gli interventi di modifica dello *skill-mix* non dipendano esclusivamente dalla ridefinizione dei contenuti del lavoro professionale (arricchimento, allargamento) o dei confini (inter o intra) professionali. Al contrario, sottolineano l'importanza di interpretare le traiettorie di *skill-mix change* come prodotto degli interventi di riorganizzazione delle professioni, da un lato, e della configurazione dei servizi, dall'altro (Figura 14.2). In questa prospettiva, si possono osservare le traiettorie di cambiamento nelle aziende sanitarie come combinazione di interventi sul mix di prodotti/servizi offerto (attuali o innovativi in termini di contenuti o di modalità di accesso/erogazione) e sull'organizzazione del personale (ridefinizione dei confini professionali) e che evidenziano diversi livelli di possibile innovazione.

Lungi dal voler fornire una cornice di interpretazione stringente dei casi aziendali, questa rappresentazione intende introdurre nel dibattito sullo *skill-mix change* una prospettiva multidimensionale in cui, accanto alla necessaria riflessione intorno alle professioni, si consideri anche la trasformazione dei servizi. Con riferimento alle esperienze analizzate, è interessante notare che all'introduzione di più o meno nuove forme di servizio ha fatto seguito l'istituzione di figure professionali nuove o, sarebbe meglio dire, rinnovate nella direzione della specializzazione (si pensi ai casi di Bergamo, Modena, Piacenza e Rieti). Molto più rari, e purtroppo interessanti, sono i casi in cui l'introduzione di un nuovo servizio è stata accompagnata da un ripensamento dei

Figura 14.2 **Traiettorie di cambiamento: servizi e *skill-mix***



confini relativi tra professioni (si pensi al caso del “ricettario bianco” ad uso delle ostetriche, a Trento). Le combinazioni possibili sono numerose, di cui molte rimangono ancora da esplorare. Di particolare interesse, oltre a quanto effettivamente rilevato nell’ambito dei casi analizzati, è quindi ciò che nelle esperienze aziendali prese in considerazione non è stato riscontrato: gli spazi di ulteriore sviluppo delle strategie di *skill-mix change* sono approfonditi nel paragrafo seguente.

## 14.6 Conclusioni

Mentre nella discussione sono state svolte alcune considerazioni su quanto abbiamo trovato nelle aziende, le conclusioni vengono, quasi paradossalmente, dedicate a quanto non abbiamo trovato, a ciò che sembrerebbe mancare, ma che ci aspettavamo di trovare quando abbiamo avviato la ricerca. Come già sottolineato, due dinamiche dell’ambiente legittimavano l’attesa di vedere le aziende visibilmente impegnate in processi di cambiamento sul terreno dello *skill-mix change*, ovvero di una ridefinizione dell’organizzazione del lavoro e di una redistribuzione dei compiti che intenzionalmente modificasse i tradizionali confini posti da professioni, specialità e specializzazioni codificate.

La prima dinamica è quella dello *shortage* di specialisti medici che da almeno cinque anni affligge le aziende del SSN, e non solo loro, a cui se è recentemente aggiunta una analoga difficoltà di reperimento di personale infermieristico. Se una risposta al problema poteva venire da una intensificazione degli sforzi sul piano dell’“approvvigionamento” di professionisti e di lavoro

professionale, come è effettivamente avvenuto, anche interventi mirati a una diminuzione del fabbisogno tramite una redistribuzione di compiti e responsabilità sarebbero stati analogamente importanti. L'epidemia, poi, da una parte, ha acuito i fabbisogni e reso più teso il mercato del lavoro, dall'altra, però, ha indebolito le barriere professionali e disciplinari e "costretto" professionisti e aziende a praticare estesamente lo *skill-mix change*, lasciando così una base di esperienze che avrebbe potuto essere messa a frutto.

La seconda è quella che PNRR e DM 77 hanno innescato. La spinta decisa verso la territorializzazione, insieme all'ancoraggio offerto ai processi di cambiamento dai rilevanti investimenti tecnologici e infrastrutturali previsti, impongono alle aziende, a ritmi scanditi in maniera esogena, di "popolare" di professionisti i nuovi servizi e i nuovi *setting* di cura. Si tratta di un terreno spesso inesplorato la cui progressiva occupazione dovrebbe spingere le aziende a una riflessione su saperi, competenze e modelli di servizio, in altre parole su come organizzare la risposta ai bisogni anche in relazione alla quantità e alle competenze delle risorse umane concretamente mobilitabili.

In realtà poco di tutto ciò è stato riscontrato. Le difficoltà incontrate nell'individuare esperienze significative sembrerebbero indicare non solo un limitato impegno delle aziende su questo terreno, ma anche, e soprattutto, una loro debole percezione della criticità del tema, da cui deriverebbe l'assenza di una riflessione sistematica e di interventi conseguenti. È sempre possibile che la discrepanza tra attese ed evidenze raccolte sia ascrivibile alle capacità dei ricercatori e alle strategie di ricerca impiegate, ma se così non fosse, o lo fosse solo in parte, sarebbe utile, sia in termini di ricerca che di dibattito, provare a comprendere le eventuali cause e individuare possibili direttrici di intervento. In questa prospettiva, alla ricerca delle cause, almeno tre ipotesi, in parte correlate, potrebbero essere utilmente considerate.

Se il punto di partenza è l'esistenza di un gap tra criticità poste dall'ambiente e risposte delle aziende, è possibile che tali criticità non siano così urgenti e intense o, perlomeno, non siano percepite come tali. La territorializzazione, con le esigenze che essa pone, è in parte legata ai tempi di realizzazione delle infrastrutture, case della comunità in primis, e questi eccedono il brevissimo periodo che è l'orizzonte temporale tipico delle aziende sanitarie pubbliche e delle loro direzioni. La percezione di una criticità e la sua traduzione in azioni conseguenti è poi collegata al quadro delle risposte ritenute possibili e adeguate anche sotto il profilo dei tempi necessari per ottenere almeno una attenuazione delle criticità. Questo potrebbe spiegare come anche la risposta alla tensione intensamente e da più tempo avvertita, quella relativa allo *shortage* di professionisti, sia rimasta nell'alveo più tradizionale dell'approvvigionamento e non si sia estesa all'ambito dello *skill-mix change*.

Una prospettiva diversa potrebbe considerare il ruolo degli "agenti del cambiamento" (Rebora e Meneguzzo, 1992) nel raccogliere le spinte provenienti

dall'ambiente, amplificarne il segnale e produrre un "senso di urgenza". Gli agenti del cambiamento sono per qualche ragione coinvolti e interessati al cambiamento, al tempo stesso devono avere sufficienti strumenti per poter decifrare la situazione anche in termini di azioni da porre in essere. La loro collocazione naturale, nel caso delle questioni qui poste, non potrebbe che essere nelle aree che all'interno delle aziende per missione organizzativa si occupano del personale. Purtroppo sono note le debolezze delle aziende su questo terreno e, in particolare, un orientamento prevalente alle funzioni amministrative rispetto ai temi gestionali (Del Vecchio *et al.*, 2020). Ciò lascia le aziende in una situazione nella quale l'attenzione e il presidio sul tema non è affidato ad alcun meccanismo sistematico, per cui solo casualmente, e per la spinta di eventuali attori interessati per motivi diversi e contingenti, le aziende stesse riescono a esprimere livelli di intervento adeguati.

Da ultimo bisogna prendere in considerazione le professioni (discipline). Le spinte per un cambiamento nei ruoli e nelle competenze dei professionisti in relazione ai nuovi ambiti e modalità di intervento potrebbero, infatti, essere state raccolte dalle professioni. In questa ipotesi sarebbero le professioni in quanto tali che, attraverso strumenti e meccanismi loro propri, avrebbero guardato e guarderebbero con interesse alle trasformazioni in atto e agli scenari in formazione per sfruttare le opportunità ed evitare le minacce. In questo caso lo *skill-mix change* diventa un fenomeno che non esce dai perimetri della professione, ridefinendo o creando nuove specializzazioni all'interno, mentre la professione nel suo insieme cerca di occupare nuovi spazi. Se lo *skill-mix change* viene affrontato prevalentemente dalle professioni, è comprensibile che indagini a livello aziendale facciano fatica a trovare tracce significative. Innanzitutto, le dinamiche intra-professionali sono meno visibili e monitorate di quelle che coinvolgono più professioni. Bisogna poi considerare come il baricentro venga inevitabilmente spostato al di fuori dell'azienda (la professione e le sue rappresentanze), mentre i riflessi all'interno delle aziende hanno luogo all'interno di silos organizzativi di matrice professionale su cui le aziende hanno molto spesso scarsa visibilità, affidando loro una delega completa sulla gestione delle persone e sull'organizzazione del lavoro.

Le possibili ragioni che possono spiegare perché le aziende sembrerebbero non considerare con sufficiente attenzione e impegno le opportunità offerte dallo *skill-mix change* non possono essere una giustificazione, ma devono rappresentare uno stimolo affinché il SSN affronti una questione centrale per il suo futuro. Non è questo il contesto per provare anche solo a riassumere la riflessione che sorregge tale giudizio. È sufficiente richiamare come un insieme di dinamiche: la demografia della popolazione e delle professioni, l'allungamento dei percorsi formativi, la codificazione dei saperi che facilita il trasferimento dei compiti, l'evoluzione tecnologica, la moltiplicazione delle professioni spingono, e in una certa misura, impongono di ricercare l'equilibrio tra offerta

e domanda di professionisti nel sistema non solo sul lato dell'offerta (di quanti e quali professionisti avremo bisogno fra 5, 10 o 15 anni), ma anche su quello della domanda.

Portare la questione al livello di attenzione che merita non è ovviamente un compito semplice e implica un impegno di un insieme di attori su fronti diversi. Due terreni fra gli altri possono risultare decisivi.

Il primo attiene alla necessità di riuscire a ricondurre il dibattito e i disegni che attraversano il sistema sanitario e immaginano il suo futuro a fare i conti con alcuni dati di realtà. È difficilmente comprensibile, per esempio, che, come continua ad accadere, attori di grande responsabilità nel sistema di fronte alle tensioni sul mercato del lavoro dei medici perorino la liberalizzazione degli ingressi a medicina, fingendo, auspicabilmente, di ignorare che ogni decisione su questo fronte presa oggi produce i suoi effetti fra almeno dieci anni ed è rispetto a quel futuro che dobbiamo ragionare. Così come è poco comprensibile la continua produzione di standard di personale senza nessun riferimento alla disponibilità di professionisti in quantità tale da soddisfare gli standard. I numeri della Tabella 1. in questo capitolo sono esemplari in tal senso.

Il secondo è la necessità di portare l'attenzione di tutti gli attori coinvolti sui reali processi in atto. Anche se spesso non intenzionalmente guidati e in misura non soddisfacente rispetto alle esigenze, processi di *skill-mix change* e, in generale, di indebolimento dei confini professionali nella concreta pratica di erogazione dei servizi si stanno diffondendo nel sistema. Si tratta, come si è cercato di fare in questo capitolo, di individuare e valorizzare le esperienze, anche attraverso schemi interpretativi che possano fungere da guida per tutti i soggetti coinvolti e aumentarne la replicabilità.

Un'ultima notazione riguarda il quadro strategico di riferimento nel quale inserire lo *skill-mix change* a livello di sistema. I principali soggetti cui è possibile affidare la responsabilità della trasformazione sono essenzialmente due: da una parte, le professioni e le loro rappresentanze e, dall'altra, il SSN e le aziende. In termini molto semplificati è perciò possibile immaginare due scenari diversi.

Nel primo sono le professioni a guidare il cambiamento, rinegoziando tra loro, e in accordo con il SSN e le esigenze che esprime, i reciproci confini in termini meno rigidi e più coerenti rispetto alle evoluzioni in atto. A livello di aziende tale scenario vedrebbe un ruolo centrale nell'innovazione affidato alle partizioni organizzative che le stesse professioni esprimono.

Il secondo scenario vedrebbe le aziende come protagoniste. Si tratterebbe per le aziende di appropriarsi dell'organizzazione del lavoro, pur rispettando la natura professionale dei servizi erogati, attraverso un profondo ripensamento sul ruolo e le competenze dei servizi del personale e una rifocalizzazione sugli aspetti professionali degli attuali servizi delle professioni e delle direzioni sanitarie. A livello centrale le rappresentanze delle professioni e il SSN nei suoi

organi centrali dovrebbero definire i perimetri professionali di massima e garantire, comunque, uno spazio adeguato all'azione delle aziende.

I due scenari prefigurano evoluzioni a diversa velocità e intensità di cambiamento, ma in questo momento l'importante è che il sistema si metta in moto.

## 14.7 Bibliografia

- Birch S., Gibson J., McBride A. (2020), «Opportunities for, and implications of, skill-mix changes in health care pathways: Pay, productivity and practice variations in a needs-based planning framework», *Social Science & Medicine*, 250, 112863.
- Buchan, J., Ball, J., O'May, F. (2001), «If changing skill-mix is the answer, what is the question?», *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(4): 233-238.
- Cunningham, J., O'Toole, T., White, M., Wells, J.S.G. (2019), «Conceptualizing skill-mix in nursing and health care: An analysis», *Journal of Nursing Management*, 27: 256-263.
- Currie G., Croft C. (2015), «Examining hybrid nurse managers as a case of identity transition in healthcare: Developing a balanced research agenda», *Work, Employment and Society*, 29(5): 855–865.
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi-Pessina E. e Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2001, Milano, Egea, pagg. 558–577.
- Del Vecchio M., Giacomelli, G. (2020), «Personale e Sanità: un'agenda per il management delle Risorse Umane nel SSN e nelle sue aziende», *Mecosan*, 114: 11-31.
- Del Vecchio M., Montanelli R., Sartirana M., Vidè F. (2021), «Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19», in Cergas (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2021, Milano, Egea.
- Donaldson L. (2001), «Reflections on knowledge and knowledge intensive firms», *Human relations* 54(7), Sage Publications Sage CA: Thousand Oaks, CA: 955–963.
- Dubois C.A., Singh D. (2009), «From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management», *Human Resources for Health*, 7(1), 1-19.
- Faletti G., Filannino C., Lega F., Sartirana M. (2013), «Prime ricognizioni sul fenomeno dello skill-mix nel SSN», in Cergas (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2013, Milano, Egea.
- Fay, J.K., Jones, A., Ram, F.S.F. (2002), «Primary care based clinics for asth-

- ma» (Cochrane Review), in *The Cochrane Library, Issue 3*, Oxford: Update Software.
- Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, Labianca R, Sheldon TA, Liberati A. (1998), «Do specialists do it better? The impact of specialisation on the processes and outcomes of care for cancer patients», *Annals of Oncology*, 9: 365–374.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. (2002), «Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care provide equivalent care to doctors», *British Medical Journal*, 324: 819–823.
- Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive: schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea.
- Lega F. (2013), *Management della sanità: Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Milano, Egea.
- Martini L., Apuzzo L., Pandolfi D. (2022), «La teleassistenza nell'ambito della sanità territoriale», *Monitor*, vol. 47, Agenas.
- Mintzberg H., Waters J.A. (1985), «Of strategies, deliberate and emergent», *Strategic management journal*, 6(3), 257-272.
- Powell M.J., Brock D.M. e Hinings C.R. (1999), «The changing professional organization», *Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law*, Routledge London: 1–19.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1992), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, UTET.
- Sibbald B., Shen J.m McBride A. (2004), «Changing the skill-mix of the health care workforce», *Journal of Health Services Research and Policy*, 9 (suppl. 1), pp. 28-38.
- Starbuck W.H. (1992), «Learning by knowledge-intensive firms», *Journal of management Studies*, 29(6): 713–740.
- Zangrandi A., Fanelli S. (2022), «Impatti organizzativi: cosa significa la telemedicina nei reparti, nelle professioni e nelle continuità assistenziali», *Monitor*, vol. 47, Agenas.