

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

14 Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle agenzie per il lavoro*

di Carlo De Pietro

14.1 Obiettivi della ricerca

Il capitolo tratta del lavoro interinale nel sistema sanitario, adottando il punto di vista delle agenzie per il lavoro che «somministrano» il lavoro alle aziende italiane che erogano servizi sanitari: ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS pubblici e privati, policlinici, case di cura ecc.¹

Lo studio rientra nell'ambito di una ricerca più ampia, condotta dal CERGAS Bocconi e suddivisa in due *tranche*: la prima ha come interlocutore le agenzie per il lavoro; la seconda le aziende sanitarie che ricorrono al lavoro temporaneo, includendo l'analisi delle convenienze e delle problematiche gestionali che esso comporta.

Questo capitolo rappresenta un prodotto intermedio della prima *tranche* della ricerca.

Gli obiettivi del capitolo sono i seguenti:

- esplorare l'entità del fenomeno «lavoro interinale» all'interno delle aziende sanitarie italiane, con un *focus* particolare sul personale infermieristico;

* La ricerca è stata possibile grazie alla disponibilità delle agenzie per il lavoro: Adecco Italia SpA, ALI SpA, Archimede SpA, GE.VI. SpA, La Dominus srl, Obiettivo Lavoro SpA, Quanta Agenzia per il lavoro SpA, Temporary SpA.

Un ringraziamento particolare va a Maria Elena Brockhaus, Maria Luisa Cammarata, Daniele Federico, Antonio Iamele, Roberto Meneghello, Nando Odescalchi, Pia Petrocca, Mario Piccinato, Nicoletta Spina, Giovanni Tarantino. La responsabilità di quanto scritto rimane ovviamente dell'autore.

¹ Nel capitolo le espressioni «lavoro interinale», «lavoro temporaneo» e «somministrazione di lavoro a tempo determinato» sono usate come sinonimi. Ciò perché, nonostante la dizione corretta secondo l'attuale normativa sia la terza (cfr. par. 14.2) e in realtà la somministrazione si distingue dall'interinale per avere potenzialità di adozione molto più ampie, è usuale parlare di «interinale» o «temporaneo» nel dibattito italiano e internazionale.

- operare una ricognizione delle concrete esperienze di somministrazione a tempo determinato maturate dalle agenzie per il lavoro collocate nel settore sanitario italiano;
- discutere le prospettive della fornitura di lavoro temporaneo nel sistema sanitario italiano nelle percezioni delle agenzie, specialmente con riferimento agli infermieri;
- verificare la presenza di eventuali specificità che, nella visione delle agenzie, caratterizzano il settore sanitario e le aziende che erogano prestazioni sanitarie. L'eventuale presenza di tali differenze è indagata lungo più dimensioni, legate alle condizioni giuridico-istituzionali del pubblico impiego, all'alta professionalizzazione del sistema (e dunque alla presenza delle professioni codificate per il personale sanitario), alle competenze manageriali delle aziende.

La scelta di adottare il punto di vista delle agenzie ci sembra particolarmente efficace per evidenziare le caratteristiche del settore sanitario e per poterlo confrontare con gli altri, grazie al fatto che tutte le agenzie coinvolte nell'indagine operano anche su settori diversi da quello sanitario.

Nonostante la rilevanza del tema, le indagini condotte in Italia sul lavoro interinale nel sistema economico complessivo non hanno adottato il punto di vista delle agenzie.

Gli studi disponibili preferiscono infatti le dimensioni giuridica, psicologica, organizzativa o delle relazioni industriali.

Con riferimento al settore sanitario, si assiste all'emergere veloce del fenomeno del «lavoro interinale», senza che questo sia stato ancora fatto oggetto di analisi sistematiche da parte degli attori coinvolti: le organizzazioni sindacali, le associazioni di parte datoriale (ARAN, AIOP, FIASO, Federsanità ecc.), le associazioni delle agenzie per il lavoro (AILT, APLA) e le istituzioni di studio e ricerca.

La mancanza d'informazioni e analisi sistematiche è imputabile per gran parte alla novità del fenomeno, a sua volta frutto di più processi:

- le recenti riforme del mercato del lavoro e il rinnovato ruolo delle agenzie (cfr. par. 14.2);
- la crescente richiesta di personale infermieristico, soddisfatta solo in parte sul mercato del lavoro interno (cioè italiano);
- l'internazionalizzazione del mercato del lavoro, che per l'Italia ha significato un'accelerazione dei flussi d'immigrazione e che rende più facile – da un punto di vista sia culturale sia operativo – il reclutamento all'estero.

Il presente capitolo rappresenta un primo, parziale tentativo di rimediare a questa lacuna di analisi.

14.2 La somministrazione di lavoro a tempo determinato: un inquadramento generale

14.2.1 Il passato

A differenza di altri paesi, in Italia il lavoro temporaneo era tradizionalmente proibito o comunque reso pratica eccezionale (Colucci 2004, p. 143)². Il quadro è assai cambiato negli ultimi dieci anni. Le principali tappe di tale processo sono la legge 196/1997, la legge 30/2003 e il D.lgs. 276/2003.

La legge 196/1997 – o «pacchetto Treu» – ha introdotto il lavoro temporaneo nel nostro ordinamento, pur mantenendo un atteggiamento di diffidenza nei confronti di tale tipologia contrattuale. Tale pregiudizio è venuto meno con il Libro Bianco pubblicato dal governo nel 2001. Gli obiettivi dichiarati erano la riduzione della disoccupazione, il miglioramento della qualità del lavoro e l'aumento della coesione sociale. A tal fine, il Libro Bianco proponeva la liberalizzazione dei servizi per l'impiego, modalità che facilitassero il passaggio dalla scuola al lavoro, la riforma dei sussidi di disoccupazione così da incentivare la ricerca attiva di un nuovo lavoro. I modelli culturali sottostanti alle proposte erano quelli dell'Europa settentrionale, in primo luogo Regno Unito e Paesi Bassi. La legge 30/2003 – o «legge Biagi» – ha recepito tali evoluzioni, ha integrato il disegno di riforma con riguardo alle forme del lavoro cosiddetto atipico e ai servizi per l'impiego, ha dato delega al governo per legiferare su tali temi (cfr. Liebman 2004).

14.2.2 L'attuale normativa

Il D.lgs. 276/2003 dà «Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro». Il decreto istituisce la «somministrazione di lavoro», intendendo «la fornitura professionale di manodopera, a tempo indeterminato o a termine» (art. 2, c. 1, lett. a). Abilitate a somministrare manodopera sono le agenzie per il lavoro (artt. 4 e 5) autorizzate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e iscritte nell'apposito albo disponibile su www.welfare.gov.it. «La somministrazione di lavoro a tempo determinato è ammessa a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo, anche se riferibili all'ordinaria attività dell'utilizzatore» (art. 20, comma 4)³.

Il lavoro interinale o, meglio, la «somministrazione di lavoro a tempo determi-

² L'intermediazione privata di lavoro era proibita dalla legge 264/1949 e i servizi per l'impiego erano affidati in esclusiva a strutture pubbliche.

³ È questa una delle maggiori differenze rispetto al lavoro interinale disciplinato dalla legge 196/1997. Lì infatti il ricorso al lavoro interinale era limitato al «mero soddisfacimento di esigenze di carattere temporaneo o eccezionale» (Tiraboschi 2005, p. 23). Ciò non significa, peraltro, che il ricorso alla somministrazione ex D.lgs. 276/2003 sia completamente libero: pur nella formula ampia adottata dal legislatore, l'azienda utilizzatrice è comunque tenuta a dare una «ragione effettiva e comprovabile» di tale necessità (*ibid.*).

nato», è una forma atipica di lavoro subordinato che si basa quindi sull'interazione di tre soggetti: il somministratore (cioè l'agenzia per il lavoro), l'azienda utilizzatrice e il lavoratore. L'utilizzatore conclude il contratto con il somministratore e si avvale delle prestazioni del lavoratore. Per la durata della somministrazione, il lavoratore svolge la propria attività nell'interesse dell'utilizzatore, secondo le modalità e sotto il controllo dello stesso, pur essendo assunto e retribuito dall'agenzia.

Il lavoratore ha diritto a un trattamento retributivo non inferiore a quello corrisposto ai dipendenti di pari livello dell'azienda utilizzatrice. Concretamente, ciò significa che il CCNL applicato è quello di riferimento dell'azienda utilizzatrice (nel caso di aziende sanitarie, si applicherà dunque il CCNL sanità pubblica o sanità privata).

La durata massima di una «missione» del lavoratore presso un'azienda utilizzatrice è di due anni, a cui possono aggiungersi eventuali proroghe, fino ad arrivare a 48 mesi in totale.

14.2.3 L'evoluzione sul mercato

Al momento della stesura del presente capitolo (giugno 2005), le agenzie per il lavoro iscritte alla «sezione 1» del Ministero⁴ erano 75, per un totale di circa 2500 filiali sull'intero territorio nazionale.

Per le dimensioni complessive del lavoro temporaneo, possiamo considerare le stime fornite dalle associazioni delle agenzie e relative al 2004 (AILT, APLA, Confinterim 2005):

- le missioni instaurate nel corso dell'anno sono state 1.060.000 e le missioni attive nell'anno (comprese quelle instaurate nel 2003) sono state 1.180.000;
- i lavoratori occupati con contratti di somministrazione sono stati 502.000⁵;
- i lavoratori *full-time equivalent* sono stati 154.410 (calcolati tenuto conto delle ore effettivamente prestate per ciascuna missione);
- l'età media dei lavoratori era di 32 anni e circa il 49 per cento era in possesso di un diploma di scuola media superiore o laurea.

Data l'introduzione recente del lavoro temporaneo nel nostro ordinamento, si tratta di dati che confermano un ruolo crescente della somministrazione come modalità d'impiego sul mercato del lavoro italiano.

⁴ L'albo del Ministero contiene sezioni per le diverse funzioni che le agenzie possono svolgere (somministrazione, intermediazione, ricerca e selezione, supporto alla ricollocazione professionale). La sezione 1 elenca le agenzie autorizzate alla somministrazione di tipo generalista, quella rilevante per la nostra ricerca.

⁵ Tale cifra è inferiore al numero delle missioni, in quanto conta i lavoratori, anche quando essi siano stati somministrati più di una volta nel corso dell'anno.

14.3 Metodo

La ricerca, di tipo esplorativo-descrittivo, si è svolta in cinque fasi:

- individuazione delle agenzie per il lavoro operanti in Italia;
- invio alle agenzie di una lettera in cui s'illustravano obiettivi e contenuti della ricerca. L'invio è stato fatto via posta elettronica all'indirizzo di richiesta informazioni presente sul sito di ciascuna agenzia. Alla lettera di accompagnamento si allegavano altri tre documenti:
 - una «scheda anagrafica», volta a capire se le singole agenzie lavorano con le aziende sanitarie e, se sì, a recuperare alcuni dati di base delle proprie attività in generale e nel settore;
 - una «scheda intervista al responsabile settore sanità», da utilizzare per le interviste con le agenzie interessate a partecipare alla ricerca. A causa della diversa organizzazione delle agenzie, l'interlocutore previsto era indicato genericamente come il «responsabile del settore sanità», intendendo in ogni caso un interlocutore con conoscenza di tale mercato;
 - una «scheda intervista ai lavoratori», da utilizzarsi con due lavoratori somministrati dall'agenzia e individuati da quest'ultima⁶. Limiti di tempo e alcune difficoltà nei rapporti con le agenzie contattate ci hanno successivamente portato a decidere di non svolgere tali interviste;
- interviste – *de visu* o telefoniche – alle persone individuate come «responsabili del settore sanità». Ciascuna intervista è durata circa un'ora;
- stesura del presente capitolo;
- invio delle bozze alle agenzie per avere il loro consenso alla pubblicazione.

Delle 69 agenzie presenti sulla lista del Ministero nel marzo 2005, 15 hanno dichiarato di non somministrare alcun lavoratore ad aziende erogatrici di servizi sanitari. Delle rimanenti 54, dieci hanno dato disponibilità a partecipare alla ricerca. Di queste, due sono state escluse dall'indagine: in un caso, poiché l'attività sul settore sanitario risultava marginale rispetto al complesso delle missioni attivate e comunque sporadico; nel secondo caso, poiché l'agenzia era appena stata autorizzata e il numero di missioni attivate era poco significativo.

Le otto agenzie comprese nella ricerca mostrano alta variabilità nelle dimensioni complessive (sia come fatturato, sia come missioni attivate), nella rilevanza del settore sanitario e del personale infermieristico sul totale delle proprie attività, nelle modalità di reclutamento di tale personale ecc. Tali differenze, da un lato, rendono più difficile e meno significativo un confronto diretto tra grandezze molto difformi; dall'altro, offrono un ventaglio di esperienze che evidenziano la pos-

⁶ Nonostante le possibili distorsioni che tale indicazione può comportare, la nostra necessità principale era di facilitare l'adesione delle agenzie alla ricerca.

sibilità di sentieri di sviluppo e modalità di offerta anche molto diversi da parte delle agenzie per il lavoro in questo settore.

In complesso, le agenzie che hanno partecipato alla ricerca, pur non essendo tutte quelle che operano in tale mercato, hanno impiegato nel 2004 circa 2000 persone, delle quali oltre la metà straniere. Se confrontiamo questo dato con il totale degli infermieri iscritti all'IPASVI⁷, si tratta di una percentuale decisamente ridotta, ma che diviene visibile se concentriamo l'analisi rispetto ad alcuni contesti locali e alle coorti più giovani della professione.

14.4 Il contesto istituzionale e di mercato

Il sistema sanitario italiano negli ultimi anni è stato testimone di cambiamenti importanti con riferimento alle condizioni del mercato del lavoro e alla gestione del personale. In buona parte, tali cambiamenti sono frutto di dinamiche che si sono sviluppate a livello di sistema economico complessivo, collegate all'aumento del benessere delle famiglie e dei livelli d'istruzione, all'evoluzione dei sistemi di *welfare*, alle sfide poste ai tradizionali modelli di rappresentanza sindacale ecc. Il presente capitolo non approfondirà tali temi.

Si vogliono tuttavia citare qui – senza pretesa d'esaustività – tre diversi piani di riforma e cambiamento il cui impatto sul sistema sanitario italiano è certamente rilevante. Ci riferiamo alle riforme del sistema delle professioni sanitarie, a quelle del pubblico impiego e alla messa in discussione dei «confini» delle organizzazioni. Nei primi due casi si tratta di dinamiche particolari del settore sanitario (il processo di professionalizzazione per alcune occupazioni sanitarie) o comunque non generalizzabili all'intero sistema economico (le riforme del pubblico impiego). La terza dinamica riguarda invece, in grado diverso, il sistema economico generale.

14.4.1 Le riforme delle professioni sanitarie

Un primo fenomeno che ha avuto impatti importanti sul mercato del lavoro nel sistema sanitario italiano è costituito dall'accelerazione del processo di professionalizzazione per numerose occupazioni sanitarie. Ci riferiamo, in particolare, alle 22 professioni sanitarie per le quali la legge 42/1999 ha stabilito la natura di professioni autonome sulle proprie sfere di responsabilità, eliminandone i residui di subordinazione e ausiliarità nei confronti delle altre professioni di più lunga tradizione e, in primo luogo, della professione medica. Il percorso di professionaliz-

⁷ La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI raggruppa i collegi professionali degli infermieri istituiti nelle province italiane. Per poter esercitare la propria professione, gli infermieri devono essere iscritti agli appositi albi tenuti presso i collegi.

zazione è poi proseguito con la legge 251/2000, che ha istituito la dirigenza e i corsi di laurea specialistica per le stesse professioni.

La numerosità degli operatori delle 22 professioni sanitarie – oltre 500.000 persone in Italia – rende particolarmente rilevante tale fenomeno, che necessita di almeno due considerazioni: una che riguarda in generale le logiche professionali e il loro impatto su mercato del lavoro e gestione del personale, l'altra che riguarda gli aggiustamenti che a questo punto si rendono necessari per trovare un diverso assetto alla divisione del lavoro nelle aziende sanitarie.

Con riferimento al primo aspetto, è interessante notare come il processo di professionalizzazione in sanità abbia accelerato durante gli anni Novanta, cioè proprio nello stesso periodo in cui il sistema delle professioni liberali era fatto oggetto di critiche crescenti e di proposte di riforma⁸.

Il sistema sanitario italiano si è infatti arricchito di nuove professioni senza mettere in alcun modo in discussione quelle già presenti. Ma il sistema delle professioni codificate ha effetti cruciali per il mercato del lavoro. Per citare i principali, si considerino i seguenti punti:

- i percorsi formativi delle professioni sanitarie sono lunghi e, soprattutto, costosi per la collettività. La combinazione di tali fattori, insieme al bisogno di garantire un adeguato numero di professionisti dediti alla tutela della salute, richiede un'attenta programmazione del numero di persone che si avviano alla professione. La principale leva per tale controllo è la definizione dei numeri chiusi ai corsi di laurea, stabiliti da Regioni, Ministero e sistema delle professioni;
- il sistema delle professioni frammenta il mercato del lavoro, dal momento che determina *ex lege* competenze non fungibili tra una professione e l'altra. Così, non si potrà parlare di un unico mercato del lavoro, ma di tanti mercati quante sono le professioni codificate: alla fisiologica dimensione geografica della segmentazione si aggiunge dunque quella professionale;
- la stessa frammentazione è poi replicata sulla rappresentanza sindacale (i sindacati «di mestiere») e quindi sulle relazioni industriali: l'identità offerta dal sistema delle professioni diviene base per l'appartenenza sindacale;
- la regolamentazione dei profili professionali e dei percorsi formativi ostacola la mobilità internazionale dei professionisti, che dovranno chiedere al Ministero della Salute il riconoscimento dei titoli ottenuti all'estero.

Il secondo aspetto rilevante riguarda la necessità di rivedere il sistema di divisione

⁸ In realtà, il dibattito pubblico si è per lo più concentrato sulle professioni liberali attive in campo economico e giuridico, prime tra tutte avvocati e commercialisti. In tal senso, sia la Commissione europea, sia un'apposita commissione del Parlamento italiano, hanno messo sotto accusa le rendite monopolistiche di tali professioni e l'inefficacia del controllo esercitato dagli ordini sulle competenze e sui comportamenti degli iscritti.

del lavoro tra le diverse professioni che operano in sanità. In tal senso, le principali questioni aperte dal processo sopra descritto appaiono due:

- la necessità di rimodulare le responsabilità affidate, da una parte, a medici, biologi, psicologi, veterinari ecc. e, dall'altra parte, alle 22 professioni *ex legge 42/1999*. È difatti evidente che la maggiore professionalizzazione di queste ultime rappresenta, in ogni caso, un'oggettiva sfida – o minaccia – per lo *status* e le attività in passato affidate alle professioni tradizionali;
- la necessità d'identificare figure che sostituiscano gli infermieri e le altre neo-professioni nelle attività meno qualificate. Si tratta cioè di capire quali sono queste attività, di programmare il numero degli Operatori Socio-Sanitari e degli OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria. Inoltre, si tratta di definire le responsabilità d'infermieri e altre professioni *ex legge 42/1999* sulla gestione di tali nuovi operatori (in primo luogo, in termini di gestione del personale), anche rispetto alle responsabilità assegnate invece ai direttori delle strutture operative delle aziende sanitarie.

14.4.2 Le riforme del pubblico impiego

Le riforme che hanno caratterizzato nei primi anni Novanta le pubbliche amministrazioni italiane – e, tra esse, il Servizio Sanitario Nazionale – non potevano risultare efficaci senza un'adeguata azione sullo statuto giuridico del personale e un ripensamento complessivo dei sistemi di gestione. In altre parole, la contrattualizzazione⁹ del pubblico impiego (D.lgs. 29/1993 e seguenti modifiche) ha rappresentato un elemento fondamentale del più complessivo progetto di ridisegno delle pubbliche amministrazioni italiane e di modifica delle loro prassi gestionali. In generale, gli ultimi anni si sono caratterizzati per un marcato processo di convergenza nella disciplina dei rapporti d'impiego pubblici e privati. Di più, la tendenza è stata nel senso di veder prevalere le logiche tradizionalmente tipiche del settore privato.

Le riforme del pubblico impiego hanno portato a revisioni profonde nel mercato del lavoro e, soprattutto, nelle pratiche di gestione. Il sistema di gestione tradizionale, improntato al paradigma giuridico-normativo dei modelli sociologici classici di burocrazia, è stato progressivamente integrato e sostituito da

⁹ La riforma, sebbene ricordata come «privatizzazione» del pubblico impiego, è più correttamente etichettabile come «contrattualizzazione». Essa infatti non equipara il regime giuridico dei dipendenti pubblici a quello dei dipendenti privati. Inoltre, la riforma non ha riguardato tutte le pubbliche amministrazioni, lasciando alla disciplina pubblicistica la gestione dei comparti per i quali la tutela degli interessi collettivi porta a privilegiare statuti più tradizionali di pubblico impiego. Nel caso di tali settori non contrattualizzati, i rapporti giuridici restano cioè determinati dai pubblici poteri, caratterizzati da una posizione sovra-ordinata rispetto agli interessi individuali, a garanzia dell'indipendenza dell'azione pubblica. È questo il caso delle forze dell'ordine, della magistratura o della carriera prefettizia ecc.

logiche più propriamente aziendali¹⁰. Il passaggio a un paradigma di matrice manageriale ha ridotto gli elementi di rigidità che hanno caratterizzato il mercato del lavoro e la gestione del personale fino al recente passato e ha incentivato prassi gestionali più flessibili (si consideri per esempio, il passaggio dal concetto di «pianta organica» a quello di «dotazione organica») e più varie, capaci cioè di adattarsi maggiormente alle condizioni specifiche della singola azienda, del singolo contesto locale ecc. In tale logica, risultano coerenti i più ampi spazi lasciati a contratti d'impiego atipici, quali il lavoro interinale.

Infine, è utile osservare come le riforme del pubblico impiego abbiano avuto effetti sull'intero sistema sanitario italiano, e non soltanto sul sottoinsieme rappresentato dalle aziende sanitarie pubbliche. Ciò a ragione della preponderanza del SSN quale datore di lavoro nel sistema sanitario, da cui deriva un «effetto trascinamento» sulle aziende sanitarie private¹¹.

14.4.3 Una diversa concezione dei confini aziendali

L'ultimo fenomeno che vogliamo qui ricordare riguarda l'ampio ricorso che le aziende sanitarie – così come, più in generale, il sistema delle aziende italiane – hanno fatto negli ultimi anni a forme di collaborazione diverse dal contratto di lavoro a tempo pieno e indeterminato¹². Gli elementi sui quali appare utile ragionare sono almeno due:

- da un lato, le esigenze della produzione flessibile fanno sì che le aziende cerchino una pari flessibilità anche nella quantità e nella composizione del fattore lavoro, e cioè dell'*input* fondamentale nei processi aziendali;

¹⁰ Per tutti, cfr. Borroni (2000, pp. 165 e ss.), Borroni (2004), De Pietro (2005, pp. 83 e ss.), Dragonetti *et al.* (2002).

¹¹ Un esempio efficace di tale influenza riguarda i processi di contrattazione collettiva nazionale. In genere, i CCNL della sanità privata sono sottoscritti tra parte sindacale (per esempio, CGIL-FP Sanità) e datoriale (per esempio, AIOP) dopo che gli stessi sindacati hanno sottoscritto con l'ARAN (l'Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle pubbliche amministrazioni, che fa da parte datoriale per la contrattazione dei diversi comparti della pubblica amministrazione) il contratto del comparto sanità pubblica: è evidente che da tale sequenza deriva che gli istituti e le condizioni contrattate per l'SSN siano spesso replicati per la sanità privata. In generale, le condizioni – retributive e di altra natura – stabilite per l'SSN diventano il riferimento naturale sia per il mercato del lavoro in sanità, sia per la gestione del personale all'interno delle aziende sanitarie. La teoria economica parla a tale proposito di potere monopsonistico del datore di lavoro pubblico, che costituisce il principale – se non l'unico, nel caso di monopsonio puro – acquirente di prestazioni lavorative sul mercato del lavoro. In tale situazione, peraltro, è evidente che il datore di lavoro monopsonistico sfrutterà l'elevato potere contrattuale che detiene, per ottenere condizioni migliori di quelle che sarebbe capace di ottenere in un contesto di mercato caratterizzato da gradi più elevati di concorrenza.

¹² Per un'introduzione circa la conseguenze della flessibilità del lavoro nelle organizzazioni cfr. Negrelli, Quarantino (2001). Per una rassegna delle forme di flessibilità nella pubblica amministrazione italiana, cfr. Bandini, De Pietro (2003). Per una lettura critica del fenomeno più generale, cfr. Gallino (2001).

- dall'altro, sono gli stessi confini dell'azienda a essere messi in discussione, con le riflessioni su cosa è attività *core* e quindi, in prima battuta, non esternalizzabile dell'azienda, e cosa invece è attività *periferica* e quindi più facilmente oggetto di esternalizzazione.

Nel primo caso, è evidente che anche le aziende sanitarie – sebbene forse con gradi inferiori rispetto ad altri settori – cerchino di «variabilizzare» il costo del lavoro, così da mantenerlo coerente con l'andamento quali-quantitativo delle attività erogate. La somministrazione risulta essere una modalità particolarmente efficace per perseguire tale obiettivo.

Rispetto al secondo caso, l'esperienza recente del settore sanitario dimostra, da un lato, come sia difficile individuare le attività aziendali *core*; dall'altro, che anche per le attività considerate *core* le aziende fanno spesso ricorso a personale esterno, non essendo più evidente una corrispondenza diretta tra centralità delle risorse umane rispetto alle attività aziendali e necessità di attivare rapporti di lavoro a tempo indeterminato. In tal senso, il nuovo ruolo assunto dalle agenzie per il lavoro appare paradigmatico. Si tratta infatti del tentativo di sviluppare attori che, con competenze specialistiche e vincolati a requisiti di qualità e al controllo da parte delle istituzioni pubbliche, si occupano di reclutamento, selezione e formazione sul mercato del lavoro. Le agenzie non svolgono più una funzione solo surrogatoria rispetto a emergenze contingenti delle aziende (picchi nella produzione ecc.), ma si pongono come potenziali *partner* specializzati in una relazione di più lungo periodo. Da un ruolo surrogatorio si passa cioè, quantomeno nelle intenzioni, a un ruolo di complementarietà.

14.5 Il mercato del lavoro infermieristico

«In Italia mancano da 40.000 a 100.000 infermieri»: sono questi i titoli dei giornali ed è questo il sentire comune. Ma numeri così variabili sono sintomo di ambiguità. Più in generale, è il concetto stesso di scarsità a lasciare spazio a più interpretazioni. Chi stabilisce quali sono i bisogni? In base a quali considerazioni? Infine, se c'è carenza, quali sono gli ostacoli che impediscono ai meccanismi di mercato di muovere verso l'equilibrio tra domanda e offerta?

Si tratta di questioni che meriterebbero trattazioni approfondite, che esulano dagli obiettivi del capitolo¹³. In ogni caso, si considerino gli aspetti considerati di seguito.

¹³ Per una definizione teorica della scarsità di personale infermieristico dal punto di vista dell'analisi economica, cfr. Feldstein (2002), Folland *et al.* (2001, pp. 338-44), Phelps (2003, pp. 308-10). Per un'analisi sul campo nel SSN italiano, cfr. Palese *et al.* (2001) e Palese (2004). Per i motivi alla base della scarsità di personale infermieristico, cfr. Antonazzo *et al.* (2002), Camerino *et al.* (2004), Holmas (2002), Janiszewski Goodin (2003), Newman e Maylor (2002).

Le ipotesi che stanno alla base dei ragionamenti sulla carenza – o «emergenza» – infermieristica si basano su assunzioni che non valgono, in generale, per gran parte degli altri settori economici. In particolare:

- è esclusa la possibilità di qualunque sostituibilità tra gli *input* lavorativi – cioè tra le diverse professioni, il che segmenta il mercato del lavoro in tanti «sotto-mercati» quante sono le professioni;
- i bisogni clinici sono stabiliti dal personale sanitario, in base a valutazioni che considerano la sola efficacia attesa e non anche l'efficienza (e, più in generale, non si preoccupano di considerare i vincoli dati dalla scarsità di risorse – in primo luogo quelle economiche – disponibili nel contesto cui ci si riferisce). In complesso, il sentire tradizionale del personale sanitario ignora il problema dei costi, che viene così delegato a politici e *manager*.

Le possibili spiegazioni della carenza di infermieri sono numerose. Tra queste, quelle più frequentemente additate sono le seguenti:

- i livelli retributivi, insufficienti a garantire un'offerta di lavoro sufficiente;
- le condizioni di lavoro, caratterizzate da turni sulle ventiquattro ore, alto coinvolgimento emotivo (e rischio di *burn-out*), richieste sempre maggiori da parte dell'utenza e delle aziende ecc.;
- la scarsa sostituibilità tra professioni, già citata sopra;
- i cambiamenti nei bisogni e nelle richieste dell'utenza, in buona parte legati a dinamiche strutturali tipo l'invecchiamento della popolazione, la maggiore frequenza di malattie croniche, lo spostamento del *focus* dalla cura all'assistenza ecc. Infine, i «rimedi» più citati per sanare tale carenza sono:
- l'aumento dei livelli retributivi, sia generalizzato all'intero sistema, sia differenziato su scala geografica o aziendale (le cosiddette gabbie salariali);
- la riduzione dei costi privati della formazione, per esempio, grazie a borse di studio messe a disposizione dalle Regioni per la frequenza dei corsi di laurea (in genere la contropartita richiesta dalla Regione è l'impegno a restare a lavorare per il SSR per un certo periodo di tempo dopo la laurea);
- il miglioramento delle condizioni di lavoro, per esempio, grazie alla revisione dell'organizzazione dei turni di lavoro, all'apertura di asili aziendali ecc.;
- una maggiore sostituibilità interprofessionale;

Una conferma della carenza sofferta quantomeno in alcune Regioni italiane viene dall'indagine Excelsior, che coinvolge il mondo delle imprese appartenenti ai settori dell'industria e dei servizi privati. L'indagine è promossa da Unioncamere in accordo con il Ministero del lavoro e l'Unione Europea e si basa sulle previsioni delle imprese circa il fabbisogno di personale e le assunzioni da fare nell'anno successivo. Con riferimento alla Lombardia e all'anno 2003, le imprese lombarde indicavano nell'«infermiere professionale» la figura professionale di più difficile reperimento: le imprese che reputavano difficile il reperimento erano il 95 per cento di quelle intenzionate ad assumere (Feliziani 2004, pp. 37-41).

- una maggiore flessibilità nei livelli salariali, in modo che aziende e sistema sanitario possano accomodare meglio l'offerta di lavoro;
- il ricorso a personale straniero, previo riconoscimento di equipollenza per i profili professionali che lo richiedono¹⁴.

14.6 I risultati delle interviste

Quello delle agenzie per il lavoro è un settore recente e in pieno sviluppo, in cui il grado di concorrenza risulta particolarmente accentuato e le esperienze maturate sono spesso trattate con riservatezza. Per tali ragioni, e per gli stessi contenuti dell'intervista, i risultati saranno discussi in questa sezione senza riferimento diretto ai nomi delle agenzie. Per lo stesso motivo, si è deciso di procedere con un'analisi trasversale, per singolo tema, invece che trattare ciascun'agenzia come singolo caso di studio.

Le agenzie, quando sembra utile riportare commenti puntuali, saranno etichettate come «agenzia 1», «agenzia 2» ecc. Nel seguito, si riportano le risposte fornite a ciascuna domanda dell'intervista, coi relativi commenti.

14.6.1 La percezione circa le dinamiche complessive del mercato

1. A suo parere il ricorso alla somministrazione di lavoro temporaneo da parte delle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie è:	Crescente	Stazionaria	Decrescente
	6	2	0

Le agenzie sono sostanzialmente concordi nel considerare crescenti gli spazi per la somministrazione di lavoro a tempo determinato nel settore sanitario.

2. Qual è, in particolare, la dinamica relativa al personale infermieristico?	Crescente	Stazionaria	Decrescente
	7	1	0

¹⁴ A sua volta, il ricorso a personale straniero può essere causa di «carenze» nel paese di origine, dando luogo a un vero e proprio *brain drain*. È questo per esempio, il caso del personale infermieristico sudafricano, reclutato in gran numero dal National Health Service britannico, che lascia il paese africano sguarnito di professionalità critiche per affrontare la pandemia di AIDS in corso. Un ragionamento simile potrebbe valere per l'immigrazione in Italia d'infermieri provenienti dall'est Europa. Il fenomeno risulta ancor più grave quando si considerino gli investimenti – in primo luogo in formazione – fatti dai paesi di origine, investimenti di cui essi non recupereranno i frutti. Il problema ha dato luogo a un ampio dibattito circa le pratiche volontarie che i paesi d'immigrazione potrebbero mettere in atto in modo da compensare i paesi d'emigrazione. Pratiche di «reclutamento etico» potrebbero per esempio, prevedere che a fronte di 1.000 professionisti che vengono reclutati, le organizzazioni che realizzano tale reclutamento (ospedali, Servizi Sanitari Regionali ecc.) s'impegnino a garantire la formazione di 2.000 nuovi professionisti presso il paese di origine. Per approfondimenti, cfr. Martineau *et al.* (2004).

La percezione di un mercato in crescita è ancora più forte e condivisa quando si consideri il personale infermieristico. A tale proposito, i commenti più interessanti risultano i seguenti:

- a parere dell'agenzia 1 – che è l'unica ad avere risposto «stazionaria» – la rilevanza concreta dell'«emergenza infermieristica» è con tutta probabilità minore di quanto dichiarato dalla stampa. A riprova di ciò, l'agenzia afferma che i numerosi tentativi fatti di offrire infermieri proprio alle aziende che lamentavano – a volte anche sui giornali – gravissime carenze di personale, hanno per lo più dato luogo a risposte del tipo «no grazie, l'organico è al completo». Per tale ragione, l'agenzia 1 afferma che sul mercato la sensazione è di un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta;
- l'agenzia 2 giudica leggermente crescente la dinamica relativa al personale infermieristico, dopo un *boom* sperimentato tra il 2002 e il 2004, a seguito dell'abolizione – nel 2000 – delle quote all'immigrazione per gli infermieri;
- l'agenzia 5 ritiene che fino a pochissimi anni fa il reclutamento di personale straniero fosse considerato un rimedio per gravi carenze quantitative, mentre oggi va emergendo una maggiore attenzione all'aspetto qualitativo (anche per le attività di ricerca e selezione svolte dalle agenzie);
- l'agenzia 6 ritiene che, nonostante la domanda sia crescente, la carenza di personale italiano persiste, a causa di remunerazioni in linea con quelle di professioni più comode e, soprattutto, a causa di mansioni poco apprezzate, soprattutto quelle legate alla pulizia intima dei pazienti. La possibilità di soddisfare la domanda passa allora attraverso il reclutamento di personale straniero, per il quale però le procedure di Ministero della salute, Ministero degli interni (questure), Ministero del lavoro e delle politiche sociali, collegi IPASVI, risultano essere variabili nelle diverse province e, in generale, onerose. Ciò potrebbe portare a un'uscita delle agenzie da tale settore professionale, non tanto per carenza di domanda, quanto per le difficoltà poste al reclutamento internazionale.

	Sì	No
3. Ci sono differenze marcate tra le diverse Regioni/località italiane per il personale che lavora in sanità e, in particolare, per quello infermieristico?	6	2

La differenza più citata dalle agenzie è collegata all'asse longitudinale nord-sud, con le Regioni del Centro-Nord più soggette alla carenza d'infermieri e quindi più attratte dai contratti di somministrazione. L'agenzia 2 collega tale maggiore ricettività anche al maggior grado di apertura al personale straniero del mercato del lavoro settentrionale, facilitato da una maggiore presenza d'immigrati e quindi abituato alla presenza di lavoratori stranieri.

Meno concorde il giudizio, sempre legato all'asse nord-sud, circa il ruolo di strutture pubbliche e private: l'agenzia 3 rileva come attori chiave nel nord le aziende sanitarie private, mentre nelle Regioni meridionali le richieste proverreb-

bero dalle aziende sanitarie pubbliche; l'agenzia 5 trova che il sud esprima una domanda debole, a meno delle case di riposo private.

L'agenzia 7 mette in luce anche il ruolo svolto da alcune Regioni, che hanno attivato canali gestiti in proprio per il reclutamento internazionale di personale infermieristico da utilizzare presso le proprie strutture sanitarie pubbliche (ASL, AO ecc.). È questo, in particolare, il caso della Regione Emilia Romagna e della Regione Veneto¹⁵. Da tali iniziative possono derivare difficoltà commerciali per le agenzie che vogliano rivolgersi alle aziende sanitarie pubbliche di quelle Regioni. Per lo stesso motivo, il mercato potenzialmente più significativo per le agenzie diviene quello delle aziende sanitarie private¹⁶.

14.6.2 Le specificità del pubblico impiego

L'intervista conteneva una sezione volta a discutere l'eventuale impatto della normativa del pubblico impiego sul lavoro interinale nelle aziende pubbliche e, più in generale, nel settore sanitario, profondamente influenzato dalla presenza dell'attore pubblico e dalla regolamentazione a tutela di interessi collettivi.

4. Ci sono differenze marcate per l'utilizzo attuale e prospettico della somministrazione di lavoro temporaneo tra aziende sanitarie pubbliche e private?	Sì	No
	6	2

Le differenze citate a tale proposito riguardano:

- l'organizzazione del lavoro: nel pubblico impiego gli infermieri fanno i «turnoni», che aggravano i problemi di organico (agenzia 1);
- i livelli retributivi: il privato riconosce un'indennità professionale maggiore e, nel caso di case di cura orientate a un'utenza ad alto reddito, le mance possono integrare in modo significativo la retribuzione (agenzia 1)¹⁷;
- il controllo: molte persone preferiscono lavorare nel pubblico per godere di maggiori gradi di libertà (agenzia 1);
- il ricorso alle agenzie: le aziende pubbliche «ci pensano su cento volte» prima di ricorrere alla somministrazione, il che si traduce in «molti contatti, pochi contratti», e quando lo fanno è perché «sono con l'acqua alla gola» (agenzia 2);

¹⁵ Il Veneto ha privilegiato il reclutamento di personale che, residente in Sud America, aveva comunque i titoli per ottenere la cittadinanza italiana. La Regione ha anche attivato procedure che, d'intesa con il Ministero, accelerassero l'iter di riconoscimento delle qualifiche professionali. Il programma, interessante, ha comunque evidenziato diversi problemi di gestione e di fatto non sembra poter costituire un'esperienza di facile replicabilità in altre Regioni.

¹⁶ In Regione Emilia Romagna l'esperienza è stata condotta insieme all'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), riducendo quindi ulteriormente le possibilità per le agenzie.

¹⁷ Nel caso di strutture orientate a pazienti ricchi, la stessa composizione sociale dell'utenza potrebbe essere un fattore appetibile per alcuni lavoratori (agenzia 1).

- i bandi fatti dalle aziende pubbliche per i contratti di somministrazione contengono spesso clausole vessatorie, che arrivano a ipotizzare il diritto al recesso senza preavviso a favore dell'azienda utilizzatrice (agenzia 2);
- un elemento percepito come critico dalle agenzie riguarda le procedure di contrattazione. L'obbligo della gara d'appalto nel pubblico comporta infatti tempi più lunghi e procedure più complesse (agenzia 5), con il risultato che le aziende private hanno fatto maggiore ricorso alla somministrazione perché «più libere di gestire la trattativa» (agenzia 4). Inoltre, trattandosi di procedure a evidenza pubblica, la maggiore concorrenza sui prezzi tende a sfavorire gli aspetti dell'offerta legati alla qualità (agenzia 3). Infine, la complessità procedurale delle gare e l'investimento burocratico che ne consegue (preparazione della documentazione richiesta) «limita la partecipazione a poche agenzie» (agenzia 7).

Sul tema degli appalti da parte delle aziende sanitarie pubbliche, le agenzie lamentano poi un uso distorto dell'appalto alle cooperative. A queste, secondo la normativa, può essere affidata infatti la gestione di un servizio, ma non la somministrazione di lavoro, riservata *ex D.lgs. 276/2003* alle sole agenzie per il lavoro¹⁸. A detta di queste ultime, le cooperative in molti casi forniscono *lavoro* e non *servizi*, da cui un'impropria concorrenza a scapito delle agenzie.

5. La normativa del pubblico impiego (reclutamento e selezione attraverso il concorso pubblico, sistema classificatorio di inquadramento contrattuale ecc.) pone difficoltà alla somministrazione di lavoro temporaneo?	Sì	No	Non risponde
	3	4	1

In generale, non sembra che le regole che informano la gestione del personale nelle aziende sanitarie pubbliche abbiano un impatto rilevante per le agenzie. Nonostante ciò, i problemi non mancano. Uno sembra riguardare l'uso strumentale che le aziende pubbliche fanno della somministrazione. Esse infatti attivano in parallelo sia le procedure concorsuali ordinarie, sia la gara per la somministrazione: quest'ultima è nella sostanza usata come sistema di reclutamento veloce e certo, a fronte dei rischi legati al concorso, in termini di concreta disponibilità di candidati, tempi lunghi e possibili intoppi, per esempio, per cause intentate presso i tribunali amministrativi regionali (agenzia 2).

L'agenzia 4, che preferisce non rispondere alla domanda 5, cita come aspetto centrale la redazione del bando di gara, che può essere più o meno focalizzato sugli aspetti economici, su quelli di qualità, sull'esperienza o altro.

¹⁸ La gestione del servizio implica piena responsabilità e autonomia della cooperativa in tema, tra gli altri aspetti, di gestione del personale. Con la somministrazione invece la gestione del personale – definizione di turni, mansioni ecc. – è responsabilità dell'azienda utilizzatrice.

	Sì	No
6. In particolare, il divieto della chiamata diretta come modalità di assunzione ha effetti concreti sull'appetibilità e l'utilizzo dei contratti di somministrazione da parte delle aziende sanitarie pubbliche?	6	2

Le agenzie in generale confermano che la normativa relativa ai concorsi pubblici rende meno appetibile, *coeteris paribus*, la somministrazione per le aziende sanitarie pubbliche. Queste infatti non possono usare la somministrazione come «lungo periodo di prova», alla fine del quale assumere via chiamata diretta, poiché tenute necessariamente a espletare un concorso¹⁹. L'agenzia 6, in particolare, risponde «no» alla domanda, affermando che le aziende pubbliche, se intenzionate a trattenerne una persona valida, trovano «le scappatoie» per farlo (la stessa tesi è sostenuta dall'agenzia 8, che pure ha risposto «sì» alla domanda).

	Sì	No
7. In particolare, ritiene che i «blocchi delle assunzioni» determinati dalla normativa (legge finanziaria, provvedimenti regionali ecc.) avvantaggi la somministrazione di lavoro temporaneo alle aziende sanitarie pubbliche, che ricorrono a tale istituto per «aggirare» quei blocchi?	7	1

I ripetuti interventi normativi volti a limitare le assunzioni nel settore pubblico in genere non si applicano ai lavoratori reclutati attraverso contratti di somministrazione e rendono quindi appetibile tale tipologia d'impiego²⁰. Per l'agenzia 5, si tratta di un elemento fondamentale, anche se ci sono da considerare due elementi ulteriori:

- in molte zone geografiche il personale infermieristico disponibile è assai scarso e quindi, anche in assenza di blocchi, la domanda non potrebbe essere soddisfatta sul mercato del lavoro locale;
- è poco verosimile che le singole aziende sanitarie riescano a reclutare in prima persona sul mercato del lavoro extraregionale o, addirittura, extranazionale: in tal caso, il ricorso a intermediari specializzati come sono le agenzie sembra sostanzialmente una scelta obbligata.

Esistono però dei distinguo. Per l'agenzia 6, il problema non è rilevante per il personale infermieristico, per il quale in gran parte delle strutture la dotazione orga-

¹⁹ In altri settori, invece, «il lavoro interinale, per gli imprenditori, ha sostituito il periodo di prova e permette di sperimentare sul campo il lavoratore [...]. Ciò è avvalorato dalla percentuale di assunzioni che da temporanee diventano definitive: la media nazionale è del 30-35 per cento» (Martinelli 2004, p. 81). Per un'analisi riferita alle aziende sanitarie, cfr. Grande (2001, pp. 51-3).

²⁰ Secondo Poti (2001, p. 98), «in una fase in cui le nuove assunzioni sono assoggettate a limitazioni dettate dalla legge finanziaria, cresce l'interesse verso forme di reperimento di personale sia pure per periodi temporanei. [...] Le opportunità del lavoro interinale risiedono appunto nella possibilità di acquisire rapidamente risorse già formate per fronteggiare situazioni contingenti».

nica non è soddisfatta e quindi il problema non sono gli eventuali blocchi alle assunzioni, quanto l'indisponibilità di infermieri sul mercato del lavoro. L'agenzia 7 infine fa notare come alcune regioni escludano il personale infermieristico da tali misure restrittive.

8. Ancora, ritiene che la somministrazione di lavoro temporaneo sia uno strumento per risolvere la rigidità interregionale delle retribuzioni pubbliche, così da alleviare i problemi di carenza di personale per certe professioni (per esempio, gli infermieri)?	Sì	No	Non risponde
	1	5	2

Le agenzie in generale non credono che la somministrazione permetta di aggiustare i salari, in modo da ottenere condizioni di equilibrio tra domanda e offerta sul mercato del lavoro. Ciò è dovuto in primo luogo al fatto che le condizioni retributive rimangono nei fatti quelle determinate dal CCNL ed eguagliano quindi quelle riconosciute al personale dipendente delle aziende. La retribuzione dunque rimane costante. I disequilibri sono quindi risolti non tanto attraverso la flessibilità della leva retributiva, quanto dalla disponibilità di persone che, o perché provenienti da paesi a basso reddito, o perché italiani in attesa di entrare stabilmente nelle aziende, trovano utile lavorare con le agenzie. A detta dell'agenzia 2, la difficoltà di usare la somministrazione per rendere più flessibili le politiche retributive è spesso frutto delle posizioni sindacali interne alle aziende. L'agenzia 6, con riferimento al personale infermieristico, non ritiene che il problema sia la rigidità salariale – le aziende, essa sostiene, possono ricorrere a varie forme d'incentivazione per agire sulla leva retributiva – quanto la difficoltà di trovare sul mercato del lavoro locale persone disposte a svolgere mansioni ritenute scomode o faticose. In tal senso, di nuovo, le agenzie allargano il bacino di reclutamento a disposizione delle aziende, in particolare attingendo al mercato internazionale e risolvendo le carenze di personale sul mercato locale.

9. Infine, ordini le ragioni che spingono le aziende sanitarie pubbliche a ricorrere alla somministrazione di lavoro temporaneo, in base alle sue percezioni e a quanto informalmente viene detto nelle aziende (7 max; 1 min; 0 nullo)

	Agenzia 1	Agenzia 2	Agenzia 3	Agenzia 4	Agenzia 5	Agenzia 6	Agenzia 7	Agenzia 8	Totale
Aggiramento blocchi assunzioni	0	4	4	7	7	—	2	6	30
Assetti produttivi non previsti	0	3	2	2	3	—	3	4	17
Convenienza economica all'utilizzo	0	3	3	0	1	—	1	0	8
Convenienza gestionale (per esempio, assenze ecc.)	5	6	5	5	4	—	7	6	38
Punte di lavoro (stagionalità, calamità ecc.)	4	6	6	2	5	—	6	1	30
Smaltimento monte ferie non godute	7	6	1	2	2	—	5	1	24
Sostituzione di lavoratori assenti	6	6	7	6	6	—	4	1	36

Le agenzie hanno fornito risposte molto diverse alla domanda 9. Ciò riduce la valenza dei risultati aggregati, riportati sulla colonna dei totali. In ogni caso, si rileva ampia convergenza nel giudicare positiva la convenienza gestionale della somministrazione e, come prevedibile, scarsa la sua convenienza economica. D'altro canto, su tale ultimo punto viene rilevato come un'attenta considerazione dei costi legati alle procedure concorsuali (agenzia 8) e, più in generale, migliori sistemi d'imputazione dei costi relativi al personale dipendente (agenzia 4), potrebbero far rivedere tale giudizio e rivalutare la convenienza anche economica della somministrazione. In ogni caso, sarebbe probabilmente necessario prevedere anche per il personale sanitario la possibilità della somministrazione a tempo indeterminato (o *staff leasing*), oggi prevista dal D.lgs. 276/2003 soltanto per alcuni particolari tipi di servizio (agenzia 4)²¹.

In generale, le agenzie considerano stabile l'attività delle aziende sanitarie e quindi ritengono poco rilevante la possibilità di avere «assetti produttivi non previsti» (l'agenzia 2 in ogni caso lo ritiene più probabile nelle aziende sanitarie private che in quelle pubbliche).

Un altro atteggiamento che accomuna le agenzie con riguardo al personale infermieristico è la ricerca di missioni che abbiano durata prolungata. La regola empirica sembra quella di non essere interessati a missioni di durata inferiore a sei mesi (agenzie 1, 2, 5, 8). Sintomatica di tale atteggiamento è l'affermazione dell'agenzia 1: «le missioni spot non m'interessano. Io i miei infermieri non me li brucio così».

È evidente che l'appetibilità del personale infermieristico sul mercato, la loro professionalità elevata, rende più forti i lavoratori e le agenzie:

- nel caso del personale italiano – che per esempio, costituisce la quasi totalità delle missioni per l'agenzia 1 – la necessità è di fornire opportunità apprezzate dagli infermieri, che conoscono la propria appetibilità sul mercato e restano legati all'agenzia soltanto se questa è in grado di offrire esperienze di una certa durata e professionalizzanti;
- nel caso del personale straniero – che costituisce gran parte del personale somministrato dalle restanti agenzie – la necessità di missioni lunghe si spiega, tra le altre cose, con i costi anche logistici che tipicamente la mobilità di tali lavoratori implica: per esempio, la necessità di trovare loro un alloggio.

²¹ L'art. 20, comma 3, del decreto prevede lo *staff leasing* per i servizi di consulenza e assistenza nel settore informatico; per i servizi di pulizia custodia e portineria; per servizi di trasporto di persone e merci da e per lo stabilimento; per la gestione di biblioteche, parchi musei, archivi, magazzini, servizi di economato; per attività di consulenza direzionale, assistenza alla certificazione, sviluppo organizzativo, gestione del personale; per attività di marketing, analisi di mercato, funzione commerciale, per la gestione di *call-center*. Accanto a questi, la lettera i) dello stesso comma ammette la somministrazione a tempo indeterminato «in tutti gli altri casi previsti dai contratti collettivi di lavoro nazionali o territoriali».

In ogni caso, oltre ai motivi riportati alla domanda 9, le agenzie citano:

- la carenza di personale, risolta dalle agenzie importando dall'estero personale altrimenti non disponibile sul mercato locale (agenzia 8);
- la già citata difficoltà di trovare personale disponibile a svolgere mansioni considerate scomode o faticose dal personale italiano (agenzia 6).

Infine, l'agenzia 1 ritiene che in alcuni casi la somministrazione possa essere funzionale anche al tentativo delle aziende sanitarie di ridurre le tensioni di cassa, rimandando i pagamenti dovuti all'agenzia.

14.6.3 Gli impatti della regolamentazione professionale

Accanto alla normativa del pubblico impiego, un altro elemento tipico del settore sanitario che comporta conseguenze rilevanti per il mercato del lavoro e la gestione del personale in sanità è il sistema delle professioni codificate (per tutti, cfr. Tousijn 2000 e De Pietro 2005).

10. Ritiene che l'impatto delle professioni codificate (ordini, collegi, profili professionali definiti ex lege) sul mercato del lavoro e sulla gestione del personale nel settore sanitario sia:	Particolarmente marcato	Contenuto	Ininfluenza	Non risponde
	4	2	1	1
11. La codificazione delle competenze tecnico-professionali operata dal sistema delle professioni costituisce un riferimento utile, affidabile ed efficace per le agenzie oppure, al contrario, costituisce un ostacolo alla loro azione?				

La percezione di un settore in cui la regolamentazione professionale è più marcata che nel resto del sistema economico è confermata dalle agenzie. Peraltra tale specificità è vissuta in senso positivo («l'IPASVI garantisce»; agenzie 2, 3, 4), anche se può rendere oneroso e lungo il reclutamento internazionale (agenzie 3 e 5). Fuori dal coro è l'agenzia 6, che ritiene tale regolamentazione indebolita dalla carenza di personale, il che rende difficile effettuare qualunque tipo di valutazione delle competenze individuali e dei comportamenti. Sempre in tema di verifica delle competenze, diverse agenzie affermano di verificare le credenziali dei candidati (agenzie 1 e 8).

12. Qual è il suo giudizio sul programma ECM?

In complesso, la formazione ECM non sembra una preoccupazione particolarmente sentita dalle agenzie, sebbene la necessità di un programma d'aggiornamento permanente raccolga pareri favorevoli (agenzie 3, 4, 5). Forse la principale eccezione è l'agenzia 1, che si distingue da gran parte delle altre per lavorare quasi esclusiva-

mente con personale italiano, verosimilmente più sensibile alla necessità di soddisfare i debiti formativi del programma ministeriale. In generale, il personale somministrato dalle agenzie (1, 2) usufruisce di corsi erogati *in house* dalle aziende utilizzatrici. In alcuni casi, l'agenzia 1 si è attivata per far partecipare i propri infermieri a corsi esterni o comunque ha supportato chi si è cercato i corsi da solo. Tra gli interlocutori più informati affiora la preoccupazione circa le possibili conseguenze economiche di tale formazione (l'agenzia 6 sostiene che le aziende utilizzatrici si rivolgono alle agenzie chiedendo loro di finanziare la formazione).

13. Come si integrano la formazione offerta dall'agenzia (e finanziata dal fondo FormaTemp) e il programma ECM?

L'integrazione con FormaTemp (fondo cui le agenzie per il lavoro versano un contributo per finanziare la formazione del personale somministrato) è considerata sostanzialmente nulla. In generale, FormaTemp riscuote giudizi non positivi e in ogni caso non sembra riuscire ad adattarsi alla formazione specializzata necessaria al settore infermieristico (soltanto l'agenzia 3 vede spazi per una potenziale integrazione)²².

14. Quali sono i contenuti tipici della formazione da voi erogata al personale sanitario e a quali fornitori vi affidate?

Con riferimento alla domanda 14, le principali attività formative riguardano il personale reclutato all'estero e saranno discusse nel par. 14.6.6.

14.6.4 Le competenze manageriali delle aziende sanitarie e della funzione gestione del personale

Le agenzie coinvolte nella ricerca operano in svariati settori economici. Esse quindi costituiscono un osservatorio privilegiato per giudicare delle specificità e delle competenze manageriali presenti nelle aziende sanitarie, confrontate a quelle degli altri settori.

15. Quali sono i principali interlocutori delle agenzie interinali (a esclusione degli adempimenti amministrativi formali, gestiti dai servizi acquisti e appalti, personale ecc.)?

Nel questionario, la domanda 15 prevedeva tre possibili risposte: «direzione sani-

²² La centralità della manutenzione del valore delle competenze per i lavoratori flessibili, e quindi della formazione, è evidente, tanto che la stessa lettura che i sindacati danno della difesa dei diritti passa sempre meno per la sola difesa degli aspetti più tradizionali – cioè posto di lavoro e livello retributivo – per spostarsi alla difesa dell'appetibilità delle competenze individuali sul mercato del lavoro (in tal senso, cfr. Trentin 2001).

taria», «dipartimento infermieristico»²³ e una terza opzione, «altro», per la quale si chiedeva di specificare.

Le risposte fornite non permettono un'illustrazione tabellare. In generale, gli interlocutori citati più di frequente sono il dipartimento infermieristico (soprattutto in fase di primo contatto e di determinazione del fabbisogno; agenzia 2), l'ufficio provveditorato per le gare nelle aziende pubbliche, la direzione sanitaria, l'ufficio risorse umane. Tale ampio ventaglio d'interlocutori conferma la natura diffusa della funzione di gestione del personale nelle aziende sanitarie e la presenza forte di logiche organizzative che si rifanno all'appartenenza professionale (è il caso del dipartimento infermieristico).

16. Come giudica le competenze medie degli uffici HR delle aziende sanitarie rispetto agli altri settori?	Più elevate	In linea	Più deboli
	0	5	3

In generale, le agenzie considerano medio-basse le competenze di gestione del personale presenti nelle aziende del settore. Non mancano peraltro ambiti di giudizio positivi, per esempio, circa la conoscenza delle esperienze presenti nel territorio di riferimento (agenzia 4). Al contrario, l'agenzia 1 trova che le aziende sanitarie – pubbliche e private – prestino una considerazione spesso insufficiente nei confronti del personale infermieristico, limitandosi a una gestione incapace di valorizzarne il ruolo e la professionalità.

17. Ritiene che in media le competenze degli uffici HR (human resources) delle aziende sanitarie private, rispetto alle pubbliche, siano:	Più elevate	In linea	Più deboli
	2	5	1

Le competenze di gestione del personale nelle aziende sanitarie private sono giudicate sostanzialmente in linea con quelle delle aziende pubbliche. La chiave di lettura più convincente sembra quella dell'agenzia 2, che rileva grandi differenze sia tra le aziende pubbliche, sia tra le aziende private: più che differenze sistematiche basate sulla proprietà o la forma giuridica, le diverse percezioni potrebbero quindi essere il frutto delle esperienze concretamente condotte da ciascuna agenzia, anche considerato il numero limitato di contratti stipulati da ciascuna di esse nel settore.

14.6.5 Le motivazioni dei lavoratori

Le domande 18 e 19 erano state pensate come «controllo» rispetto alle interviste ai lavoratori.

²³ Qui inteso in senso generico, così da poter comprendere le varie dizioni di dipartimento dell'assistenza, servizio o ufficio infermieristico, SITRO, DITRO ecc.

Però, come detto nel par. 14.3, queste non sono state svolte. Riteniamo in ogni caso utile riportare le risposte fornite dalle agenzie.

18. Quali sono i motivi che spingono le persone verso le agenzie, specialmente con riferimento al personale del ruolo sanitario (infermieri ecc.)?

19. I lavoratori considerano la somministrazione una modalità di lavoro provvisoria (magari per entrare nel mercato del lavoro) o di lungo periodo?

In generale, le agenzie distinguono nettamente le motivazioni del personale italiano da quelle del personale straniero.

Gli italiani considerano la somministrazione un modo per entrare nel mondo del lavoro, per conoscere meglio le possibilità offerte nelle diverse tipologie di aziende, per impiegare al meglio il tempo in attesa dei concorsi pubblici del SSN (agenzia 1).

L'orizzonte temporale dipende da numerosi fattori, non ultimo dalle condizioni del mercato del lavoro e le opportunità concretamente presenti nella propria zona di residenza.

A tale proposito, però, alcune agenzie lamentano le difficoltà che gli italiani hanno nello spostarsi lontano dalla propria residenza (soprattutto quando si tratti di trasferirsi dal sud al nord, dove i costi di vita e trasferimento consumano buona parte degli stipendi; agenzia 6).

Gli stranieri, soprattutto quando provenienti da paesi a reddito marcatamente più basso di quello medio italiano, considerano la somministrazione come un'ottima occasione per lavorare, guadagnare bene e a volte anche come prima tappa per percorsi di emigrazione definitivi (agenzia 5). Inoltre, l'agenzia spesso costituisce per gli stranieri un efficace mezzo per ottenere servizi molto utili e risolvere potenziali problemi (agenzia 3): si pensi ai corsi di lingua italiana spesso erogati dalle agenzie, alla gestione gratuita delle procedure per il riconoscimento dei titoli professionali, alle varie forme di assistenza logistica (alloggio, biglietti di viaggio). Se la somministrazione è quindi vista come un «pacchetto di servizi» assai attraente per le persone che, ancora all'estero, vogliono entrare in Italia, essa diviene meno appetibile per gli stranieri che sono già in Italia e che spesso sono capaci di trovare lavoro senza dover ricorrere alle agenzie (agenzia 8).

In generale, la somministrazione per gran parte degli stranieri rappresenta un progetto di medio-lungo termine. Per l'agenzia 2, il 50 per cento di tali lavoratori ha come obiettivo quello di stabilirsi definitivamente in Italia, per il restante 50 per cento si tratta invece di un'esperienza che dura qualche anno, il tempo necessario per mettere da parte risparmi sufficienti e poi rientrare nei paesi di origine. Le diverse valenze della somministrazione per italiani e stranieri determina anche una maggiore *retention* per questi ultimi.

14.6.6 Il reclutamento internazionale

20. Avete esperienza di reclutamento internazionale?

21. Prevedete azioni particolari in tal senso?

22. Ordini le principali difficoltà per la somministrazione di lavoro temporaneo del personale sanitario straniero (6 max; 1 min; 0 nullo)

	Agenzia 1	Agenzia 2	Agenzia 3	Agenzia 4	Agenzia 5	Agenzia 6	Agenzia 7	Agenzia 8	Totale
Accomodation e altra logistica	3	2	5	6	1	—	4	2	23
Differenze culturali/valoriali	0	2	4	1	3	—	6	1	17
Lingua	4	2	6	5	4	—	5	1	27
Qualità delle competenze tecnico-professionali	5	0	2	2	2	—	3	2	16
Retention	0	1	1	3	5	—	2	4	16
Riconoscimento formale qualificazioni professionali	6	1	3	4	6	—	1	1	22

Sei agenzie delle otto che hanno partecipato alla ricerca somministrano personale infermieristico esclusivamente straniero, o quasi. Si tratta dunque di un fenomeno importante, in parte facilitato dalla codificazione delle competenze offerte dai percorsi formativi e dal riconoscimento dei titoli a opera del Ministero della salute.

Le due eccezioni sono l'agenzia 1, che ha preso in considerazione il reclutamento internazionale ma ha poi desistito a causa della complessità procedurale²⁴, e l'agenzia 4, che somministra personale anche straniero ma non ha alcuna forma di reclutamento strutturato, anche se afferma di voler verificare nel prossimo futuro se investire in tal senso.

Le altre agenzie hanno investito con decisione nel reclutamento internazionale. Il Riquadro 14.1 descrive le esperienze maturate da ciascuna.

Il processo di reclutamento internazionale prevede diversi passaggi. Per gli infermieri non cittadini dell'Unione Europea essi sono i seguenti:

- presentazione dei titoli di studio (copia conforme) all'ambasciata italiana del paese di provenienza e successiva dichiarazione di equipollenza dei titoli da parte del Ministero della salute italiano;
- presentazione della richiesta di nulla-osta presso la questura;

²⁴ La simpatica espressione usata è «tra Ministero della salute, Ministero del lavoro, IPASVI, alloggi, finisce che diventi uno 007».

Riquadro 14.1 **Le esperienze di reclutamento internazionale di personale infermieristico.**

Agenzia 2

L'agenzia 2 è stata con tutta probabilità la prima a muoversi: già nel 2002 aveva infatti creato una propria società in Romania e aveva iniziato con i primi contratti di lavoro temporaneo alla fine di quell'anno. Nel 2005 è stata aperta una seconda filiale rumena.

Per il reclutamento l'agenzia dichiara di non avere alcun problema. Molto maggiori sono le criticità connesse con il processo amministrativo sopra descritto. Da ultimo, l'istituzione nel marzo 2005 del cosiddetto sportello unico (UTG) presso le prefetture: sulla carta un provvedimento teso a concentrare più passaggi in capo a un unico ufficio, in realtà un servizio partito con molte difficoltà e in numerose prefetture un servizio che non c'è. Se prima di tale innovazione il tempo che passava tra la sottoscrizione del contratto di somministrazione e l'avvio dell'attività lavorativa era, con ragionevole certezza, di due mesi, oggi l'agenzia lamenta una situazione sostanzialmente bloccata, con evidenti conseguenze sulla capacità dell'agenzia di rispettare i contratti stipulati.

Per la lingua, l'agenzia fornisce già in Romania un corso di italiano di durata annuale, alla fine del quale i lavoratori sostengono l'esame IPASVI (la federazione dei collegi invia una persona in Romania). Poi, un altro corso è erogato durante la prima settimana di permanenza in Italia. Durante la seconda settimana è invece previsto un corso di natura professionale, con aula di mattina e affiancamento di pomeriggio. Per la formazione linguistica e professionale (*ex ante* e continua) e per favorire l'inserimento lavorativo (*on the job*), l'agenzia utilizza i fondi Formatemp.

La continuità della presenza, dalla Romania fino all'avviamento al lavoro, è un elemento che l'agenzia 2 considera un proprio punto di forza distintivo.

Agenzia 3

Anche l'agenzia 3 ha aperto una sede all'estero, in Ungheria, per il reclutamento di personale. Oltre a tale sede, l'agenzia ha sottoscritto un accordo con una società rumena per il reclutamento.

L'agenzia tiene un corso di lingua italiana prima presso il paese di origine, poi in una struttura residenziale a Gorizia, dove ai contenuti linguistici si affiancano quelli sul codice deontologico IPASVI, sul funzionamento del sistema sanitario italiano e sulla normativa di settore. A tenere i corsi è una società dello stesso gruppo di cui fa parte l'agenzia, specializzata in servizi di formazione.

L'agenzia si preoccupa anche di fornire – a pagamento – gli alloggi al personale somministrato.

Gli infermieri ungheresi, in qualità di cittadini dell'Unione Europea, non hanno necessità del visto per entrare in Italia. È comunque necessario presentare una domanda al Ministero della salute, che può avere esito positivo o negativo. Nella valutazione dei titoli extra-UE, il Ministero entra nel merito del percorso formativo valutando le materie e il numero di ore studiate, mentre per i comunitari richiede un attestato in cui l'autorità competente del paese UE che ha rilasciato il titolo dichiara che il percorso formativo è conforme alle specifiche direttive dell'Unione Europea. Per i professionisti comunitari, il Ministero della salute rilascia un nulla osta all'iscrizione all'IPASVI (mentre per gli extra-UE emette un decreto di riconoscimento).

Agenzia 5

L'agenzia 5 ha cominciato a somministrare infermieri stranieri secondo un processo strutturato a partire dalla fine del 2003. Anch'essa ha aperto una filiale in Romania e sta valutando la fattibilità di insediamenti in altri paesi dell'Europa dell'Est. Oltre che da questi due paesi, gli infermieri somministrati vengono da Serbia-Montenegro, Brasile, Perù. Nei programmi dell'agenzia c'è l'intenzione di valutare il possibile reclutamento anche in altri paesi dell'Europa dell'Est e dal centro e sud America.

L'agenzia eroga corsi di lingua italiana (due/tre mesi) e poi di legislazione sanitaria (due/tre settimane) già all'estero. Alla fine del corso d'italiano gli infermieri sostengono l'esame IPASVI. All'arrivo in Italia è previsto un ulteriore breve corso. Una criticità lamentata relativamente al processo ammini-

Riquadro 14.1 (segue)

strativo è data dalle diverse modalità adottate per l'iscrizione da parte dei singoli collegi provinciali IPASVI.

In alcuni casi di aziende sanitarie private l'agenzia ha accompagnato all'estero anche il dipartimento infermieristico dell'azienda utilizzatrice, così da coinvolgerla nella selezione.

Infine, l'agenzia organizza la ricerca degli alloggi per gli infermieri. Inoltre, essa a volte anticipa il costo del biglietto aereo o eroga piccoli anticipi al personale appena arrivato per far fronte alle prime spese di soggiorno. A tal fine, l'agenzia ha intenzione di sottoscrivere apposite convenzioni che permettano agli infermieri stranieri di ottenere prestiti a tassi agevolati.

Agenzia 6

L'agenzia 6 ha reclutato in Romania, preferendo operare direttamente attraverso inserzioni sulla stampa locale (anche in italiano) e non associarsi invece a società locali, spesso considerate poco affidabili. La selezione si basa soprattutto sul curriculum, dal quale si evinca che la persona ha esercitato la professione per almeno quattro anni negli ultimi sette.

Problemi gravissimi, a detta dell'agenzia, riguardano il carattere aleatorio del processo burocratico, che non permette di stimare tempi certi per i vari passaggi, con il doppio rischio per le agenzie di risultare inadempienti rispetto ai contratti di somministrazione e di dover «pagare gli infermieri senza poterli avviare al lavoro». In particolare, si lamenta una grave incertezza relativa alla richiesta del permesso di soggiorno fatta alle questure: alcune di esse infatti rilasciano il permesso (il «modulo A4») il giorno successivo alla presentazione della domanda; altre invece rilasciano una ricevuta provvisoria, per rilasciare solo in seguito – anche dopo sei mesi – il permesso vero e proprio. In assenza di quest'ultimo, però non è possibile l'iscrizione all'IPASVI, a sua volta condizione necessaria per poter lavorare. Ulteriori difficoltà sono create dai collegi IPASVI, che mostrano regole e comportamenti diversi tra province e, in alcune sedi, sembrano poco propensi a favorire l'iscrizione.

Agenzia 7

L'agenzia 7 ha da poco cominciato a reclutare nelle repubbliche dell'ex Jugoslavia (Serbia-Montenegro, Croazia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia). Nei programmi futuri c'è l'intenzione di valutare il possibile reclutamento in Romania e anche in Turchia. In Serbia l'agenzia si avvale della collaborazione di un partner locale della propria capogruppo, affiancato da una persona distaccata dall'agenzia italiana; altrettanto sarebbe fatto in Romania.

L'agenzia organizza corsi di lingua italiana a Belgrado. All'arrivo in Italia, essa fornisce alloggio in apposite foresterie.

Agenzia 8

Gli infermieri somministrati dall'agenzia sono principalmente peruviani, rumeni e albanesi. Il reclutamento è organizzato in loco attraverso inserzioni sulla stampa, internet, passaparola. Nei programmi futuri c'è l'intenzione di valutare se aprire filiali in loco.

L'agenzia organizza corsi di lingua all'estero. All'arrivo in Italia provvede a fornire *accomodation* (a volte fornita dalle stesse aziende utilizzatrici).

- invio della documentazione al lavoratore, che quindi si rivolge all'ambasciata italiana per chiedere il visto;
- entro otto giorni dall'arrivo in Italia, richiesta presso la questura del permesso di soggiorno per motivi di lavoro;

- esame di conoscenza della lingua italiana da svolgersi presso l'IPASVI;
- iscrizione al collegio IPASVI;
- inizio attività lavorativa²⁵.

Nonostante alcuni recenti provvedimenti abbiano facilitato il reclutamento internazionale (per esempio, fino a marzo 2005 i lavoratori a fine missione che non avessero proroghe presso la stessa azienda utilizzatrice dovevano rientrare nel proprio paese; ora invece è possibile ricollocarli presso un'altra azienda senza rimpatrio), si tratta evidentemente di un processo complesso, oneroso (circa 600 euro a infermiere tra traduzioni autenticate, tasse ecc.; agenzia 6), con tempi lunghi e soprattutto, lamentano le agenzie, incerti.

Tali problemi sono confermati dalle risposte e dai commenti alla domanda 22: le difficoltà amministrative sono indicate come decisamente superiori a quelle lì previste. L'agenzia 3 cita come principale problema – e anzi al momento come situazione bloccata – i tempi necessari al rilascio del nulla osta da parte della questura²⁶. L'agenzia 6 considera rilevanti i problemi indicati nella domanda, se risolti quelli burocratici.

23. Svolgete o prevedete di svolgere azioni volte a mitigare gli effetti del brain drain sui sistemi sanitari dei paesi di origine?

Infine, soltanto due agenzie hanno preso in considerazione azioni di reclutamento etico, volte a compensare il *brain drain* (letteralmente, drenaggio di cervelli) di cui soffrono i paesi di origine. L'agenzia 5, nell'ambito di un accordo stipulato con un'università brasiliana, si è impegnata a favorire il rientro in Brasile dopo due anni d'impiego in Italia degli infermieri. L'agenzia 7, dal canto suo, ha provato ad accordarsi fin da subito con le autorità pubbliche dei paesi di reclutamento per mettere in atto misure compensative, ma finora non ha trovato alcuna disponibilità.

14.7 Discussione

1. La somministrazione di personale infermieristico nel sistema sanitario italiano è una realtà. Ancora limitata nei numeri assoluti, ma caratterizzata da una dinamica crescente e accompagnata da azioni specifiche messe in atto dalle agenzie per il lavoro.

Le prospettive di mercato per l'interinale con riguardo agli infermieri sono

²⁵ Tra i passaggi non segnalati, c'è quello presso la direzione provinciale del Ministero del lavoro. Ciò in quanto per gli infermieri la normativa prevede un regime «fuori quota», non soggetto alle quote di flussi immigratori determinati annualmente dal Ministero.

²⁶ L'altro principale problema citato dall'agenzia è la concorrenza delle cooperative.

legate a diversi fattori di fondo, tra i quali certamente l'evoluzione dei bisogni e dei modelli assistenziali, la capacità di governare i flussi d'ingresso nella professione (in primo luogo attraverso i numeri chiusi nei corsi di laurea) capaci di equilibrare domanda e offerta di lavoro, le dinamiche del mercato internazionale del lavoro. Ma esistono due elementi più specifici che possono influenzare in modo marcato lo sviluppo della somministrazione:

- il primo elemento è il confronto con le cooperative, i cui comportamenti sono oggetto di critiche crescenti, in primo luogo – e prevedibilmente – da parte delle stesse agenzie. I professionisti gestiti da cooperative sociali e studi professionali associati sono diverse migliaia e costituiscono quindi una quota di mercato che almeno in parte potrebbe passare alle agenzie (alcune delle quali peraltro hanno tra i propri azionisti proprio le cooperative; cfr. Fatiguso 2005, p. 17);
- il secondo elemento è la possibile estensione della somministrazione a tempo indeterminato (*staff leasing*) anche alle professioni sanitarie. Si tratta solo di un'ipotesi, a oggi neanche troppo probabile, ma che renderebbe possibili accordi di *partnership* di lungo periodo tra le aziende sanitarie e le agenzie e potrebbe quindi avere un impatto rilevante sui numeri di professionisti intermediati da queste ultime.

2. La ricerca ha messo in luce esperienze assai varie – per qualità e quantità – nella somministrazione di personale infermieristico, rendendo difficile l'individuazione di regole generali o modelli di azione comuni.

La stessa eterogeneità ha dato alcune indicazioni importanti. La prima è che il ricorso alla somministrazione non è esclusivo né del pubblico né del privato. Ci sono agenzie che lavorano sostanzialmente con il privato (1, 2, 6), altre invece hanno portafogli distribuiti tra aziende pubbliche e private (3, 4, 5, 8). In genere, il numero di contratti di somministrazione di ciascuna agenzia è limitato e non permette di trarre conclusioni generali. In altri termini, i risultati finora conseguiti potrebbero essere più il frutto di condizioni contingenti, che di deliberati orientamenti commerciali.

3. Le aziende pubbliche sembrano avere un atteggiamento piuttosto strumentale nei confronti della somministrazione, considerata alla stregua di rimedio di ultima istanza per aggirare i vincoli posti dalla normativa nazionale o regionale alle assunzioni o alla spesa per il personale, oppure comunque come strumento per risolvere gravi carenze – temporanee o strutturali che siano – con un orizzonte di breve periodo, in una logica «tappabuchi» (smaltimento monte ferie accumulato ecc.). Da ciò deriva anche la percezione di un sostanziale disinteresse alla qualità del personale somministrato, in un'ottica che privilegia invece il risparmio al momento della gara.

Le aziende private mostrano atteggiamenti più variegati, in linea con l'estrema disomogeneità – per dimensioni, attività ecc. – delle strutture. In alcuni casi la

somministrazione riguarda piccolissimi contingenti di persone, per periodi anche prolungati. Altre volte – specie con riferimento ai grandi gruppi ospedalieri – le agenzie sembrano svolgere un ruolo di *partner* strategico di medio-lungo periodo, cui si demandano le attività di reclutamento e selezione.

4. Sia per le aziende pubbliche, sia per quelle private, la principale necessità resta comunque quella di far fronte alla carenza di personale sul mercato locale e, a volte, alla non piena disponibilità degli italiani di svolgere le mansioni a minor contenuto professionale tra quelle previste per l'infermiere. In tal senso, le agenzie svolgono un ruolo di reclutatore capace di agire su un mercato geografico assai più vasto di quello disponibile all'azienda. Ciò è vero per gli italiani in casi particolari: neolaureati in attesa di entrare nelle strutture pubbliche al primo concorso disponibile, giovani infermieri che vogliono fare esperienze differenziate durante i primi anni della propria attività professionale, persone interessate a lavorare in strutture selezionate, spesso private. Ma ciò è certamente vero soprattutto per gli infermieri stranieri, per i quali le agenzie svolgono un prezioso ruolo di primo supporto alle scelte di migrazione e durante le fasi d'inserimento lavorativo in Italia. È evidente che il reclutamento internazionale costituisce un canale immediato per porre rimedio alle carenze.

5. In linea con tale lettura è l'estremo interesse che le agenzie hanno mostrato per il reclutamento internazionale.

Le esperienze strutturate messe in atto dalle agenzie contattate – spesso anche per numeri molto modesti di lavoratori – rappresenta una delle principali «scoperte» della ricerca. Nonostante le difficoltà oggettive dell'iter amministrativo, il panorama è quello di una vera e propria «caccia», con le agenzie fisicamente «sguinzagliate» nei diversi continenti.

L'esperienza ancora recente lascia aperte scelte anche marcatamente diverse. Innanzi tutto con riguardo al bacino di reclutamento: se la Romania e in generale l'Est europeo rimangono i principali mercati di origine, il reclutamento avviene anche in America meridionale, e c'è già chi guarda alla Turchia.

Gran parte delle agenzie hanno sviluppato canali di reclutamento direttamente nei paesi di provenienza, ma utilizzando modalità diverse: apertura di filiali proprie, *partnership* con società locali, inserzioni gestite dall'Italia o comunque senza strutture permanenti. Differenze analoghe riguardano le politiche di *accommodation* e altri aspetti logistici.

Infine, il reclutamento all'estero raccoglie giudizi estremamente diversi tra le agenzie: c'è chi ha valutato l'ipotesi per poi decidere di non svilupparlo, c'è chi ci ha provato con investimenti importanti ma reputa eccessive le difficoltà incontrate – specie per il processo amministrativo burocratico italiano – e sta valutando un'uscita dal mercato, c'è chi continua a investire in modo significativo, c'è infine chi sta guardando con interesse a seguire tali esperienze di reclutamento strutturato e specializzato.

Bibliografia

- AILT, APLA, Confinterm (2005), *La somministrazione in Italia. Stime anno 2004*, su www.confinterim.it (24 giugno 2005).
- Antonazzo E., Scott A. *et al.* (2002), «The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature», *Health Economics*, n. 12, pp. 465-78.
- Bandini F., De Pietro C. (2003), «La flessibilità nella Pubblica Amministrazione», in M.C. Bombelli e D. Cuomo (a cura di), *Il tempo al femminile*, Milano, Etas.
- Borgonovi E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. (2004), «Dalla gestione amministrativa alla gestione manageriale», in Formez – Dipartimento della Funzione Pubblica per l'Efficienza delle Amministrazioni, *Gestione delle risorse umane. Strumenti e orientamenti. La privatizzazione del lavoro pubblico 1993-2003*, Roma.
- Camerino D., Lusignani M. *et al.* (2004), «L'intenzione di lasciare la professione infermieristica», *La Medicina del Lavoro*, n. 95, vol. 5, pp. 354-64.
- Colucci M. (2004), «Italy», in Blanpain R., Graham R. (a cura di), *Temporary Agency Work and the Information Society*, The Hague, Kluwer.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- Dragonetti S., Pozzi A. *et al.* (2002), *Il personale delle aziende sanitarie*, 2ª e., Milano, Giuffrè.
- Fatiguso R. (2005), «Dall'Est la carica dei 60mila», *Il Sole-24 Ore*, 10 giugno, p. 17.
- Feldstein P.J. (2002), *Health care economics*, V ed., Delmar.
- Feliziani D. (2004), «Il mercato del lavoro lombardo, con particolare riferimento al ruolo dell'intermediazione», in Corno R. (a cura di), *Mestieri per il lavoro*, Milano, Guerini.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M. (2001), *The Economics of Health and Healthcare*, 3rd edition, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Gallino L. (2001), *Il costo umano della flessibilità*, Roma-Bari, Laterza.
- Grande R. (2001), «Nuove opportunità di flessibilità nei rapporti di lavoro delle amministrazioni e aziende pubbliche», *Mecosan*, n. 38, pp. 47-56.
- Holmas T.E. (2002), «Keeping Nurses at Work: A Duration Analysis», *Health Economics*, n. 11, vol. 6, pp. 493-503.
- Janiszewski Goodin H. (2003), «The Nursing Shortage in the United States of America: An Integrative Review of the Literature», *Journal of Advanced Nursing*, n. 43, vol. 4, pp. 335-50.
- Liebman S. (2004), «Diritto del lavoro: dal Libro Bianco al D.lgs. 276 del 2003», *Economia & management*, n. 6, pp. 53-60.

- Martineau T., Decker K., Bundred P. (2004) «“Brain Drain” of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action», *Health Policy*, n. 70, pp. 1-10.
- Martinelli P. (2004), «Gli operatori della mediazione del lavoro», in R. Corno (a cura di): *Mestieri per il lavoro*, Milano, Guerini.
- Negrelli S., Quarantino L. (2001), «La sfida della flessibilità nei rapporti di lavoro», in D. Boldizzoni e L. Manzolini (a cura di), *Creare valore con le risorse umane*, Milano, Guerini.
- Newman K., Maylor U. (2002), «The NHS Plan: Nurse Satisfaction, Commitment and Retention Strategies», *Health Services Management Research*, n. 15, vol. 2, pp. 93-115.
- Palese A. (2004), «L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione», *Mecosan*, n. 51, pp. 93-100.
- Palese A., Battistello M. *et al.* (2001), «Le strategie per affrontare la carenza di infermieri in undici aziende sanitarie: un'analisi descrittiva», *Assistenza infermieristica*, n. 20, vol. 4, pp. 203-10.
- Phelps C.E. (2003), *Health economics*, III ed., Boston, Addison-Wesley.
- Poti U. (2002), *Lavoro pubblico e flessibilità*, Soveria Mannelli, Rubbettino.
- Tiraboschi M. (2005), «Un argine contro gli abusi», *Il Sole 24 Ore*, 23 febbraio, p. 23.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, il Mulino.
- Trentin B. (2002), «Conoscenza, lavoro, innovazione», *Gli argomenti umani*, n. 9, pp. 9-18.