

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

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

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



11 Rispondere alle carenze di personale medico nel sistema sanitario: tra attrattività dei presidi periferici e forme di lavoro non convenzionali¹

di Claudio Buongiorno Sottoriva, Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana, Francesco Vidè²

11.1 Introduzione

Nelle ultime due edizioni del presente capitolo (Del Vecchio *et al.*, 2021 & 2022) si è discusso dapprima delle politiche di reclutamento e gestione del personale immesso nel sistema sanitario durante l'emergenza pandemica e poi delle necessità di personale nei diversi – e numerosi – *setting* territoriali attivati nell'ambito del DM 77 e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Già lo scorso anno sottolineavamo, dunque, la necessità di una strategia di gestione delle risorse umane, che trascendesse l'accidentale e ripensasse *skill-mix* e dotazioni di personale, dopo gli anni della crisi finanziaria e del debito pubblico, che aveva ristretto notevolmente lo spazio di manovra.

La carenza di operatori sanitari nelle aree periferiche rappresenta un problema internazionale (WHO, 2021). Diversi Paesi, infatti, si trovano a dover gestire aree territoriali in cui la popolazione ha un accesso insufficiente ai servizi sanitari a causa della carenza di personale (AHEAD, 2022). Questo fenomeno si acuirà ulteriormente considerando la curva demografica, ovvero l'invecchia-

¹ Ringraziamo le aziende che hanno raccontato le loro esperienze, in particolare Asl Alessandria, Asl Latina, Asst Sette Laghi e Aulss Pedemontana. Si ringraziano per la preziosa collaborazione tutti gli intervistati, in particolare: Luigi Vercellino, Pier Paolo Scaroni, Federico Nardi, Luigi Pollarolo, Danilo Baccino, Danilo Chirillo, Federico Bertolo, Enrico Raspino (Asl Alessandria), Sergio Parrocchia, Paolo Margheron, Salvatore di Maggio, Monica Iorio, Angelo Nocca, Raffaele Papa, Armando Sparagna (Asl Latina), Antonio di Caprio, Andrea Favaro, Maria Irma Dramissino, Andrea Micaglio, Giovanni Morani e Antonio Pepe (Aulss Pedemontana), Elena Reborà, Battistina Castiglioni, Fabio Buzzetti, Francesco Surace, Diego Baù, Massimo Bignotti, Anna Maddalena Iadini, Riccardo Pavesi (Asst Sette Laghi), Antonio De Luca (Cooperativa Kairos), Cristian Perez (CMP Global Medical Services), Antonio Magliocca (BMC H24 Assistance).

² Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, i § 11.1 e 11.4 sono da attribuire a Claudio Buongiorno Sottoriva, i § 11.2 e 11.3 a Francesco Vidè, il § 11.5 a Claudio Buongiorno Sottoriva, Giorgio Giacomelli, Marco Sartirana, Francesco Vidè, il § 11.6 a Roberta Montanelli e il § 11.7 a Mario Del Vecchio.

mento del personale sanitario, che determinerà la necessità di sostituire un numero significativo di operatori. Le carenze di professionisti sanitari minacciano, quindi, l'esigenza di garantire a tutti i cittadini equità nell'accesso alle cure, con un impatto significativo sull'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso. Il fenomeno della carenza di personale è nel frattempo divenuto un tema sempre più rilevante nel dibattito pubblico anche italiano, specialmente per le figure mediche e infermieristiche. Le mancanze sono di volta in volta rilevate a livello di sistema sanitario³, includendo sia le strutture pubbliche che quelle private, di servizio sanitario nazionale⁴, con uno sguardo rivolto in prevalenza al settore pubblico, a livello di singole aziende⁵ o, infine, a singoli territori e presidi al loro interno⁶. La pluralità di livelli è collegata con la molteplicità di fattori che intervengono nell'allocazione di professionisti nel mercato del lavoro sanitario.

Le carenze, infatti, potrebbero essere motivate dal disallineamento tra la domanda di personale e la formazione di nuovi professionisti da parte del sistema universitario; dalla ridotta attrattività delle offerte di lavoro da parte delle aziende sanitarie, che vedono i propri concorsi scarsamente partecipati o le loro offerte di lavoro rifiutate; dalla maggiore attrattività di impieghi più flessibili, come la libera professione, o nel settore privato o all'estero; dalla poca attrattività dei presidi localizzati in aree periferiche.

Tuttavia, l'immissione di nuovi medici nel sistema è già definita almeno per i prossimi 10-11 anni e, secondo le nostre stime poco dopo il 2030 il *gap* accumulato negli ultimi anni sarà completamente riassorbito e si tramuterà in un eccesso di medici. Dunque basta sedersi «sulla riva del fiume» e aspettare? In questo contesto, infatti, le aziende sanitarie si confrontano con fattori in massima parte imm modificabili, come ad esempio il numero di professionisti disponibili, quelli in formazione, il numero di posti messi a bando, il loro salario.

Vi sono almeno due ragioni per cui, invece, non si può soltanto temporeggiare: (i) le carenze che il sistema sanitario, o alcune sue parti, sta vivendo, sono una realtà, e dunque le iniziative locali sono rilevanti perché permettono di affrontare e sopportare meglio il presente; (ii) le criticità già presenti nel sistema, oggi esaltate dalle carenze e dagli squilibri nell'offerta di professionisti, sono destinate a restare anche in tempi di maggiore abbondanza: ad esempio, elementi come la qualità del lavoro, l'eterogenea attrattività delle specialità me-

³ Ad es. ANSA (https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/01/25/rapporto-crea-mancano-30.000-medici-e-250.000-infermieri_42db1fde-ea5b-4904-92dc-5198899267bc.html)

⁴ Ad es. AGI (https://www.agi.it/data-journalism/medici_infermieri_pensioni_quota_100-4882899/news/2019-01-23/)

⁵ Ad es. Nurse24 (<https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/carenza-infermieri-opsi-taranto-chiede-ispezione-ministero.html>)

⁶ Ad es. Alto Adige (<https://www.altoadige.it/cronaca/carenza-di-medici-e-infermieri-alto-adige-tra-i-territori-pi%C3%B9-colpiti-1.3405087>)

diche, la difficoltà a definire i fabbisogni di personale a fronte della variabilità degli afflussi ai servizi nelle aree soggette a stagionalità delle presenze, le difficoltà a reclutare e trattenere i professionisti nei presidi periferici, la riduzione o stagnazione generalizzata delle risorse a disposizione del SSN.

11.2 Scopo del capitolo e metodi di ricerca

All'interno di questo capitolo si inquadra il tema dello *shortage* di personale medico tentando dapprima di definirlo e quantificarlo, per poi approfondire due ordini di questioni ad esso legate.

- i. L'impegno delle aziende nell'attrarre professionisti, in particolare da allocare presso i propri presidi periferici.
- ii. Il ricorso delle aziende a forme di reclutamento e inquadramento del personale «non canoniche» come l'esternalizzazione dei servizi, che in questo capitolo è declinata nell'ambito dei Pronto Soccorso (PS).

Ci siamo concentrati su aziende che i) hanno riscontrato problemi di attrattività nei propri presidi periferici, e che ii) hanno sperimentato l'esternalizzazione, per alcune discipline, a società o cooperative.

Abbiamo identificato aziende sanitarie territoriali (Asl di Alessandria, in Piemonte; Asl di Latina, nel Lazio; Asst Sette Laghi, in Lombardia; Ulss 7 Pedemontana, in Veneto) che includono nel loro territorio vari presidi di dimensioni medio-piccole e localizzati in aree periferiche. Sebbene nella letteratura internazionale sulle politiche sanitarie non esista una definizione univoca di area periferica (in inglese *rural* o *remote area*), tra le caratteristiche di questi territori figurano prevalentemente la ridotta densità abitativa e la distanza dai centri urbani di maggiori dimensioni a motivo delle condizioni oro-geografiche, della scarsità di vie di comunicazione, ecc. Le quattro aziende che abbiamo selezionato sono inoltre esse stesse localizzate in contesti periferici all'interno della propria regione, dal momento che la città principale del territorio è di relativamente ridotte dimensioni e, da un punto di vista dell'attrazione dei professionisti sanitari, scontano la concorrenza di altri grandi poli metropolitani presenti nella stessa regione o in aree limitrofe.

Da un punto di vista metodologico la ricerca si è sviluppata in due fasi:

- i. Analisi desk finalizzata ad approfondire il dimensionamento dello *shortage* di personale, specialmente medico, previsto in Italia e analisi della letteratura internazionale sul tema dell'attrattività e della gestione del personale in situazioni di tensione nel mercato del lavoro.

- ii. Svolgimento di ventotto interviste con il personale delle aziende sanitarie oggetto di analisi. In particolare, sono stati intervistati membri delle direzioni strategiche (direttori generali o sanitari, o altri dirigenti apicali da loro segnalati), direttori e professionisti dei reparti di ortopedia-traumatologia e cardiologia, direttori di medicine d'urgenza o PS, dirigenti di cooperative o società a cui vengono esternalizzati turni di PS. Nell'analizzare i dati qualitativi sono emersi come particolarmente rilevanti i framework di Weinhold e Gurtner (2014) e di Henkens *et al.*, (2008) che hanno quindi guidato l'interpretazione dei risultati.

Il capitolo è dunque strutturato in tre sezioni. Innanzitutto, vengono richiamati i principali spunti tratti dalla letteratura internazionale in tema di attrattività delle aziende sanitarie e di gestione delle tensioni nel mercato del lavoro, seguiti da un'analisi critica in merito alla programmazione dei fabbisogni e alla carenze di personale medico nel contesto italiano. Segue un approfondimento dei quattro casi analizzati rispetto a fattori di attrattività ed esternalizzazioni nei PS. Da ultimo, le evidenze raccolte nei casi vengono sistematizzate e interpretate sulla base dei framework teorici prima delle conclusioni del capitolo.

11.3 Shortage di personale: determinanti e strategie nella letteratura internazionale

La letteratura accademica ha affrontato il tema dello *shortage* di personale attraverso due prospettive di ricerca: (i) l'analisi dei fattori che influenzano la scelta dei professionisti sanitari di lavorare o meno in contesti remoti e che possono determinare la carenza di personale (es. Weinhold e Gurtner, 2014; Couper *et al.*, 2007; Richards *et al.*, 2005); (ii) l'identificazione delle strategie e degli interventi che possono essere adottati per correggere l'inequiva distribuzione del personale sanitario tra aree urbane e periferiche e per far fronte alle tensioni nel mercato del lavoro (es. Wilson *et al.*, 2009; Henkens *et al.*, 2008; Grobler *et al.*, 2015; Buykx *et al.*, 2010).

Con riferimento al primo punto, le principali criticità che determinano lo *shortage* di personale presso aziende sanitarie periferiche sono state classificate in sei categorie (Weinhold e Gurtner, 2014).

- i. Condizioni infrastrutturali: la collocazione geografica in aree remote rappresenta un primo ostacolo all'attrazione di professionisti sanitari e causa della diffusa carenza di personale. Infatti, la distanza dai centri urbani e da luoghi di aggregazione, l'inadeguatezza del sistema dei trasporti, la limitata diffusione di infrastrutture di comunicazioni elettroniche possono

disincentivare la scelta dei professionisti di prestare servizio presso aree periferiche in cui rischiano di sostenere costi aggiuntivi per spostamenti e connettività;

- ii. Condizioni socio-culturali: una diretta conseguenza della collocazione delle aziende sanitarie in aree periferiche è l'isolamento sociale che rischia di impattare sia il professionista sanitario sia il suo nucleo familiare. Si pensi, per fare alcuni esempi, alle possibili limitate opportunità di lavoro per il coniuge oppure all'assenza di strutture scolastiche qualificate per i figli. Tutto questo riduce potenzialmente la platea degli operatori interessati a un posto di lavoro in queste zone.
- iii. Condizioni politiche: la definizione del quadro normativo e le scelte di politica sanitaria possono influenzare l'organizzazione del sistema di offerta dei servizi (ad esempio, il livello dei finanziamenti e la distribuzione delle strutture sul territorio), riducendo l'interesse e la convenienza a prestare servizio in zone remote;
- iv. Condizioni relative al sistema educativo e formativo: il sistema educativo può incrementare la preferenza a stabilirsi e lavorare in determinati territori attraverso la possibilità di accedere ad una formazione professionale continua, l'inserimento nel percorso formativo di sessioni dedicate all'assistenza sanitaria in aree periferiche, la collocazione delle scuole di specializzazione (ad esempio, con riferimento alla tendenza dei professionisti neo-specializzati ad iniziare a lavorare dove si sono specializzati);
- v. Condizioni relative all'organizzazione del lavoro professionale: le scelte che vengono prese a livello organizzativo da parte delle aziende sanitarie possono influenzare l'ampiezza della mancanza di personale. In questo senso, il livello di isolamento professionale, la scarsità di casistica ospedaliera, le ridotte opportunità di formazione e il minore accesso a dotazioni tecnologiche rappresentano elementi organizzativi e professionali che scoraggiano gli operatori sanitari a prestare servizio nelle aree periferiche;
- vi. Condizioni relative al trattamento economico: la remunerazione dei professionisti può avere un impatto sia direttamente (ad esempio, con il trattamento stipendiale) sia indirettamente (ad esempio, attraverso le opportunità di libera professione).

Riguardo al secondo ambito di ricerca, la letteratura accademica ha proposto diversi schemi interpretativi attraverso cui classificare gli interventi utili per affrontare il fenomeno e offrire risposte a queste criticità, sia a livello di sistema sia a livello aziendale. Tra i contributi più significativi, si evidenzia il *framework* proposto da Wilson e colleghi (2009), che individuano alcune leve di gestione del personale e di sistema utilizzabili per ridurre l'iniqua distribuzione di personale medico:

- i. Selezione, per inserire nel sistema educativo e nelle aziende sanitarie profili coerenti con i fabbisogni dei sistemi sanitari periferici;
- ii. Formazione, per stimolare l'interesse alla medicina di comunità attraverso la progettazione e la realizzazione di percorsi formativi;
- iii. Incentivi, per sostenere da un punto di vista economico-finanziario la prestazione di servizio presso aree periferiche;
- iv. Supporto, per creare le opportunità professionali e le condizioni organizzative necessarie per rendere attrattivi i posti di lavoro nelle zone remote;
- v. Leva coercitiva, per «forzare» la presenza di operatori sanitari in contesti periferici attraverso specifici interventi normativi o indicazioni degli ordini professionali.

Altri studi si focalizzano sulle strategie che possono essere adottate per affrontare la carenza di personale all'interno di un mercato del lavoro «teso», cioè con un numero maggiore di posti di lavoro disponibili rispetto al numero di lavoratori disposti o in grado di occuparli. In particolare, vengono identificate quattro strategie che le organizzazioni possono adottare per incrementare l'offerta (Henkens *et al.*, 2008):

- i. incrementare l'offerta di lavoro dei professionisti attualmente in servizio (ad esempio, incoraggiando il personale a fare straordinari, incentivando i part-time a lavorare ore extra, richiamando i dipendenti in pensione);
- ii. attrarre e rivolgersi a nuovi gruppi di potenziali lavoratori (per esempio lavoratori stranieri);
- iii. apportare aggiustamenti strutturali alla propria funzione di produzione (ad esempio, sostituendo la tecnologia al capitale umano per l'erogazione di alcuni servizi);
- iv. esternalizzare il lavoro attraverso *outsourcing* del personale e collaborazione con agenzie esterne.

In questo contesto, il presente capitolo si pone l'obiettivo di approfondire come le aziende sanitarie italiane stiano affrontando il tema della carenza di personale medico, con particolare riferimento all'attrazione di nuovi professionisti per ampliare l'offerta di lavoro e all'esternalizzazione di parte della forza lavoro attraverso appalti a cooperative. Per la riorganizzazione dei servizi si rimanda agli altri capitoli e, in particolare, al Capitolo 9, relativo all'organizzazione dei PS.

11.4 Carenze di personale medico in Italia: tra programmazione e adattamento

L'Italia si è da più di un lustro dotata di strumenti normativi e modelli statistici per la determinazione dei fabbisogni di professionisti. La normativa⁷ stabilisce che, nel calcolo, siano considerati «obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali; modelli organizzativi dei servizi; offerta di lavoro; domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa». Definire i fabbisogni di professionisti, dunque, implica considerare congiuntamente la domanda (cioè quanti professionisti sono richiesti oggi e quanti in futuro, che a loro volta sono influenzati dai modelli e livelli di servizio desiderati, nonché dai bisogni, attuali e prospettici, delle popolazioni di riferimento) e l'offerta (cioè quanti professionisti sono a disposizione al tempo presente, quanti saranno formati e quanti usciranno dalla forza lavoro in futuro).

Masnack e McDonnel (2010) ritengono questa operazione particolarmente difficoltosa, perché *nel tentativo di isolare uno qualsiasi degli elementi, lo si trova intrecciato con tutto il resto dell'universo*, dovendo tenere in considerazione innumerevoli fattori che si influenzano vicendevolmente. Esistono infatti diverse criticità quando occorre determinare i fabbisogni di personale sanitario. Occorre, *in primis*, considerare che una qualsiasi modifica al sistema formativo in essere produrrà i suoi primi effetti tra un numero di anni pari almeno alla durata della formazione del professionista, pertanto, ogni *policy* relativa ai percorsi formativi avrà effetti visibili soltanto nel medio-lungo periodo, ben oltre le tempistiche dei cicli politici.

Esiste poi uno sbilanciamento dell'enfasi posta su domanda e offerta: le riflessioni sul tema della carenza di professionisti muovono spesso dal presupposto che il problema risieda nelle dinamiche legate alla seconda. Quest'ultima è sufficientemente facile da modellare e i suoi meccanismi sono chiari, divenendo preponderante nel dibattito pubblico. Invece, il tema della domanda e dei bisogni di salute è solitamente assunto come stabile, quando invece è una delle variabili principali (Birch *et al.*, 2013).

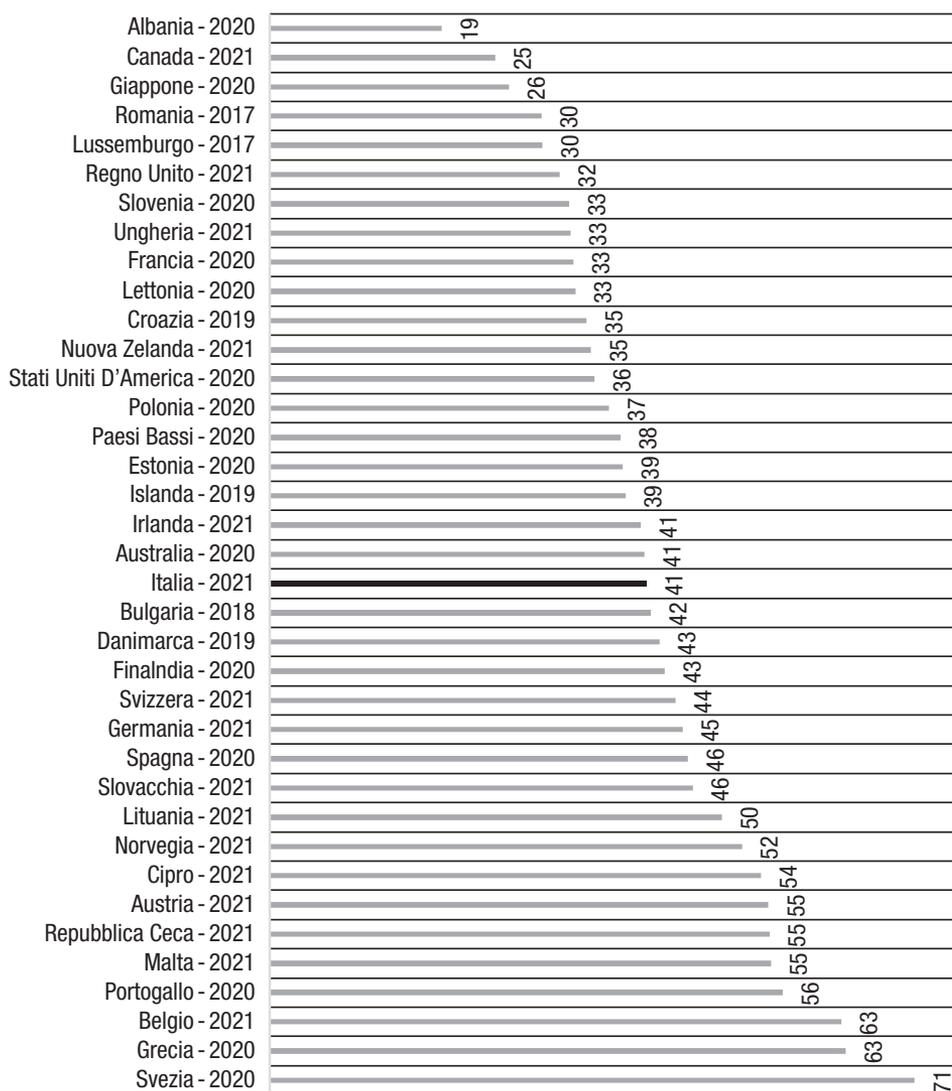
Esistono inoltre numerosi attori coinvolti, formalmente o informalmente, nei processi decisionali (ad es. ministeri, università, regioni e province autonome, ordini professionali, sindacati), che devono operare tenendo in considerazione, più o meno consapevolmente, una parte di mercato direttamente controllata (le aziende sanitarie pubbliche), una direttamente influenzata (le strutture private accreditate) e una solo regolata (strutture e professionisti operanti sul mercato privato). Inoltre, il processo di determinazione dei fabbisogni non è necessariamente coordinato alle decisioni relative al finanziamento ed è autonomo rispetto alla definizione degli standard di servizio.

⁷ Art. 6 ter, d.lgs. n.502/1992.

Nell'ultimo periodo, inoltre, le carenze di personale hanno riguardato anche altri paesi, tanto che l'OECD ha dichiarato che *le carenze di skill nella forza lavoro sanitaria sono un tema globale, che affligge Paesi di regioni diverse e diversi livelli di reddito* (OECD & International Labour Organization, 2022, p. 10 e ss.) a tutti i livelli, internazionale, nazionale, locale (WHO, 2022).

Se si osserva la densità di medici ogni 10.000 abitanti, nel 2021 l'Italia ne

Figura 11.1 **Medici ogni 10.000 abitanti per paesi europei e altri principali paesi occidentali**



Fonte: World Health Organisation (2023)

contava 41. Tra i principali paesi europei, Spagna e Germania si collocano al di sopra (rispettivamente 46 e 45) mentre Francia e Regno Unito al di sotto (33 e 32). L'Italia mostra dunque una densità medica nella media, e invece una densità infermieristica particolarmente ridotta, ben al di sotto dei confronti europei, fatta eccezione per la sola Spagna (WHO, 2022).

Concentrando l'analisi sulla situazione italiana e, in particolare, sulla dinamica di impiego nel SSN, occorre notare che il personale del SSN nel 2021 si è attestato al valore più alto dal 2013 ed ammonta a circa il 97% del personale registrato nel 2009. Limitando l'analisi alla componente medica, per ogni 100 medici presenti nel SSN nel 2009, oggi ne sono presenti 96, per una riduzione assoluta di 4.453 unità. Si tratta di una contrazione che nasconde dinamiche eterogenee tra territori e nei sotto-periodi. Le regioni che hanno registrato contrazioni molto consistenti sono prevalentemente nel sud Italia: Campania (-15%), Molise (-34%), Basilicata (-16%), Calabria (-22%), Sicilia (-14%), con l'aggiunta della Liguria (-15%). Altre regioni, invece, si sono discostate in positivo dal trend nazionale: Abruzzo (+4%), Emilia-Romagna (+10%), Friuli – Venezia Giulia (+2%), Lombardia (+5%), P.A. di Trento (+13%) e di Bolzano (+20%), Toscana (+8%), Umbria (+4%) e Valle d'Aosta (+1%).

Dunque, la carenza di medici maturata negli ultimi anni non è, stando ai numeri, particolarmente pronunciata nel SSN, specialmente nel post-Covid. Sono invece alcuni territori più di altri ad aver vissuto estreme riduzioni di personale e questa eterogeneità è destinata potenzialmente ad aumentare⁸.

Eterogeneità a cui si è assistito anche riguardo alle diverse specializzazioni, pur a fronte di un generalizzato aumento dei posti nelle facoltà di medicina. Limitandoci a quelle osservate nel resto del capitolo, gli iscritti totali in scuola di specializzazione per la medicina d'emergenza-urgenza sono aumentati vertiginosamente negli ultimi anni, anche tenendo in considerazione che le stesse scuole sono entrate a pieno regime soltanto dal 2015/2016. L'ortopedia, invece, ha visto più che raddoppiare i propri iscritti nel periodo 2009-2021 (da 859 a 1.845), mentre la cardiologia (da 1.256 a 2.248) mostra un aumento del 70%. In totale, le scuole di specializzazione hanno vissuto un punto di minimo storico di 25.379 iscritti nel 2011/2012, per arrivare nel 2022/2023 a 46.904.

Come sottolineano Della Valle e colleghi, tuttavia, una parte rilevante dell'aumento di borse di specializzazione non ha prodotto gli effetti sperati, visto che in numerose specialità la saturazione dei posti a disposizione è ridotta. Gli stessi autori evidenziano che nel 2022 sono stati coperti soltanto il 35% dei posti in Medicina d'Emergenza Urgenza contro l'88% dell'Ortopedia e Traumatologia e il 98% dei posti in Cardiologia.

Per quanto riguarda il futuro, la distribuzione dei medici per fascia d'età mo-

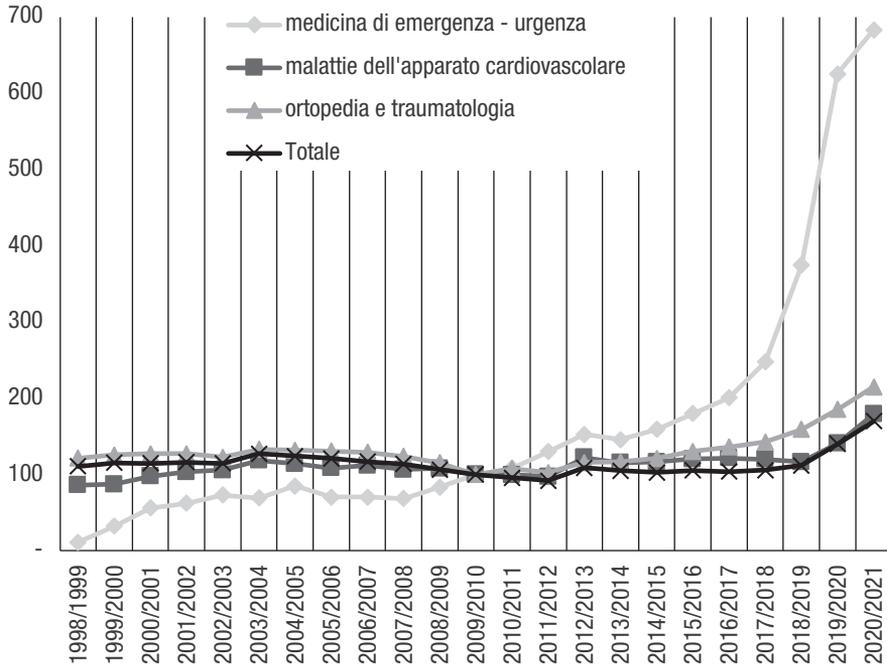
⁸ Della Valle *et al.*, 2023 (<https://lavoce.info/archives/101468/pochi-medici-oggi-ma-forse-trop-pi-domani/>)

Tabella 11.1 **Personale medico del SSN per regione (2009-2021)**

Medici	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2019 (100=09)	2021 (100=09)
Abruzzo	2.623	2.536	2.574	2.685	2.693	2.737	2.773	2.711	2.691	2.643	2.689	2.713	2.722	103	104
Basilicata	1.230	1.210	1.271	1.237	1.242	1.244	1.225	1.185	1.164	1.169	1.119	1.059	1.034	91	84
Calabria	4.502	4.343	4.217	4.016	3.889	3.762	3.735	3.768	3.751	3.755	3.689	3.574	3.526	82	78
Campania	10.992	10.554	10.192	9.862	9.689	9.487	9.306	9.163	9.050	9.243	9.358	9.370	9.326	85	85
Emilia-Romagna	8.592	8.687	8.684	8.692	8.590	8.427	8.202	8.142	8.257	8.505	8.904	9.274	9.429	104	110
Friuli-Venezia Giulia	2.630	2.597	2.594	2.630	2.650	2.601	2.519	2.550	2.611	2.627	2.668	2.693	2.682	101	102
Lazio	9.516	9.131	8.794	8.546	8.321	8.110	7.831	7.707	7.632	7.808	8.097	8.560	8.886	85	93
Liguria	4.055	3.999	3.853	3.770	3.744	3.738	3.688	3.653	3.600	3.541	3.520	3.507	3.438	87	85
Lombardia	14.343	14.347	14.433	14.378	14.316	14.194	14.077	14.261	14.499	14.697	14.870	15.036	15.059	104	105
Marche	3.104	3.132	3.091	3.047	2.997	2.979	2.958	2.963	2.991	2.981	3.003	3.033	3.075	97	99
Molise	666	582	545	536	524	512	470	438	426	462	501	476	439	75	66
Piemonte	8.869	8.958	8.774	8.620	8.530	8.436	8.319	8.397	8.443	8.424	8.405	8.350	8.149	95	92
Provincia Autonoma di Bolzano	879	869	870	867	888	888	900	949	942	954	968	953	989	110	113
Provincia Autonoma di Trento	935	980	967	1.007	1.016	999	987	1.036	1.062	1.092	1.106	1.136	1.125	118	120
Puglia	6.893	6.926	6.482	6.368	6.286	6.377	6.278	6.382	6.651	6.741	6.628	6.544	6.628	96	96
Sardegna	4.188	4.135	4.110	4.152	4.255	4.308	4.291	4.318	4.211	4.110	4.151	4.037	3.847	99	92
Sicilia	10.388	9.927	9.877	10.074	9.976	9.739	9.394	9.074	8.926	9.163	9.017	8.940	8.945	87	86
Toscana	8.156	8.268	8.217	8.213	8.222	8.282	8.167	8.057	8.281	8.365	8.245	8.531	8.832	101	108
Umbria	1.909	1.904	1.934	1.942	1.945	1.965	1.940	1.968	1.976	2.009	1.975	1.994	1.978	103	104
Valle d'Aosta	299	316	328	343	349	359	344	328	311	310	316	325	301	106	101
Veneto	7.932	7.889	7.865	7.941	7.998	7.979	7.970	8.045	8.080	7.873	7.812	7.875	7.835	98	99
Italia	112.703	111.291	109.680	108.933	108.127	107.132	105.383	105.097	105.557	106.473	107.044	107.983	108.250	95	96
Italia (2009=100)	100,0	98,7	97,3	96,7	95,9	95,1	93,5	93,3	93,7	94,5	95,0	95,8	96,0		

Fonte: Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato

Figura 11.2 **Numero totale di iscritti nelle scuole di specializzazione (2009-2021). Anno base 2009/2010 = 100**



Fonte: Ministero dell'Università e della Ricerca.

stra che nei prossimi anni si assisterà a un numero relativamente limitato di pensionamenti medici. Secondo i nostri calcoli più conservativi, il sistema formerà meno medici di quanti sarebbero necessari fino al prossimo anno. Da quel momento, gli ingressi saranno maggiori delle uscite, senza considerare però coloro che andranno a lavorare all'estero. In ogni caso, comunque, il *gap* medico accumulato nello scorso decennio e nell'ultimo triennio sarà recuperato pienamente solo entro la fine del decennio in corso. Si tratta di dinamiche già definite dalle scelte di politiche pubbliche degli anni passati, considerando che i medici che si specializzeranno nel 2030 sono, ad oggi, già all'interno del sistema formativo⁹. Gli attuali ingenti ingressi nella laurea di base in medicina, invece, entreranno nel mercato del lavoro in un momento storico in cui il *gap* sarà già divenuto un *surplus*, con conseguenze potenzialmente gravi sugli equilibri del sistema.

In sintesi, dunque, il sistema sanitario italiano conta ad oggi un numero di medici nella media degli altri paesi europei. Si tratta di un dato che si è comunque ridotto negli ultimi anni, in conseguenza sia delle ristrettezze economiche

⁹ A un simile, pur non completamente sovrapponibile, risultato sono giunti, con dati FNOMCEO, anche Della Valle e colleghi.

dello scorso decennio, sia di errori nella programmazione degli ingressi che hanno ingenerato un gap attuale rilevante. Questa carenza è destinata a scomparire entro il 2030. Occorre tuttavia sottolineare le eterogeneità precedentemente descritte: la diversa attrattività tra le discipline e le divergenti situazioni regionali, nonché la riflessione accademica sulle aree periferiche, anche all'interno di contesti locali altrimenti omogenei. Le considerazioni di questo Capitolo, dunque, devono essere interpretate alla luce di queste molteplici carenze, *al plurale*, piuttosto che di una singola carenza a livello nazionale.

11.5 Analisi dei casi studio

In questo capitolo sono analizzate quattro aziende: Asl Alessandria, Asl Latina, Asst Sette Laghi, Ulss Pedemontana. Come già sottolineato, queste aziende i) hanno riscontrato problemi di attrattività nei propri presidi periferici, e ii) hanno sperimentato l'esternalizzazione di parte dei propri turni a società o cooperative. Con riferimento al primo punto, abbiamo analizzato le specialità di cardiologia e ortopedia, in quanto discipline – una medica e l'altra chirurgica – di natura specialistica ma al contempo ampiamente diffuse anche nei presidi di minori dimensioni. Con riferimento al secondo punto, ci siamo concentrati sull'esternalizzazione di turni di PS, vista la rilevanza del fenomeno a livello nazionale. La Tabella 11.2 riporta le caratteristiche essenziali delle quattro aziende. Successivamente, dopo una breve introduzione per ciascuna azienda, sono illustrati i risultati con riferimento alla sfida dell'attrattività in cardiologia e ortopedia e all'esternalizzazione dei professionisti di PS.

Tabella 11.2 **Prospetto sintetico dei casi-studio**

	Asl Alessandria	Asl Latina	Asst Sette Laghi	Ulss Pedemontana
Regione	Piemonte	Lazio	Lombardia	Veneto
Numero di assistiti	405.701 (2023)	565.999 (2023)	436.589 (2021)	365.923 (2020)
Estensione del territorio	3.559 km ²	2.256 km ²	1.198 km ²	1.483 km ²
Numero di presidi nella rete dell'emergenza-urgenza	2 DEA di I livello (Casale Monferrato e Novi Ligure); 2 Ospedali di base con PS (Tortona e Acqui Terme); 1 PS di area disagiata (Ovada)	1 DEA di II livello (Latina), 1 DEA di I livello (Formia), due PS pubblici (Terracina e Fondi) e 1 privato accreditato (Aprilia)	1 DEA di II livello (presidio di Varese), 5 ospedali con PS (Filippo Del Ponte, Tradate, Luino, Cittiglio e Angera)	2 DEA di II livello (Bassano del Grappa e Santorso) e 1 PS di area disagiata (Asiago)
PL aziendali	1029 (2021)	922 (2021)	1225 (2021)	909 (2023)
Stima dei turni di PS esternalizzati	65-70% a Novi Ligure e Casale Monferrato (giugno 2023)	16-20% a Terracina e Fondi (giugno 2023)	40% a Tradate, Luino, Angera e Cittiglio (giugno 2023)	50% ad Asiago (giugno 2023)

11.5.1 Asl Alessandria

L'Asl di Alessandria è una delle dodici aziende sanitarie locali della regione Piemonte. Il territorio di riferimento dell'azienda misura 3.559 km² e comprende 187 Comuni per una popolazione complessiva, al 1° gennaio 2023, di 405.701 abitanti.

Questo territorio occupa l'area sud-orientale del Piemonte e, confina con tre regioni: Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna. Questa posizione pone la Asl di Alessandria in competizione con le aziende di diversi servizi sanitari regionali per l'attrazione di professionisti, oltre ad offrire ai suoi abitanti la possibilità di accedere alle cure erogate dai presidi sanitari di diverse regioni. Allo stesso tempo, questo territorio è in prevalenza montuoso o collinare, generando alcune complessità logistiche negli spostamenti per raggiungere le strutture sanitarie.

Le attività dell'Asl di Alessandria sono eseguite presso cinque presidi ospedalieri: Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato, DEA di I livello (269 PL); Ospedale San Giacomo di Novi Ligure, DEA di I livello (223 PL); Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona, ospedale di base con PS (127 PL); Ospedale Mons. Giovanni Galliano di Acqui Terme, ospedale di base con PS (114 PL); Ospedale Civile di Ovada, ospedale di area disagiata con PS (62 PL). I DEA di I livello sono gestiti da un direttore di struttura complessa DEA, mentre i restanti presidi sono gestiti dai direttori della direzione medica di ciascun ospedale.

Nella medesima area del Piemonte Sud-Est opera come DEA di II livello l'Azienda Ospedaliera «SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo». Rispetto alle nostre analisi, i PS della Asl di Alessandria sono i DEA di I livello di Novi Ligure (26.364 accessi nel 2019¹⁰) e Casale Monferrato (25.950). Vi sono poi gli ospedali di Tortona (17.455), Acqui Terme (15.139) e Ovada (7.194).

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, ed escludendo l'AO di Alessandria, la Provincia conta tre reparti cardiologici, nei due DEA, a Novi Ligure (8 PL, oltre a 5 di UTIC) e a Casale Monferrato (9, oltre a 4 di UTIC), e nel privato accreditato «Policlinico Monza» (10). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono sei e si trovano negli ospedali pubblici di Casale Monferrato (24), Novi Ligure (10), Tortona (20), Acqui Terme (18) e nei privati accreditati «Villa Igea» ad Acqui Terme (20) e al Policlinico Monza (9)¹¹.

La sfida dell'attrattività

L'azienda sta affrontando da alcuni anni una sfida nel reclutamento di giovani professionisti negli ospedali periferici, in misura particolarmente marcata per

¹⁰ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

¹¹ Ministero della Salute, DB Posti Letto (2021) (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglio-Dataset.jsp?menu=dati&idPag=153>)

le specialità caratterizzate da una significativa tensione tra domanda e offerta di professionisti: la maggiore possibilità di scelta dello specialista, infatti, tende a far preferire, per motivi spesso legati alle opportunità di tipo professionale (tecnologia, casistica, possibilità di fare ricerca) i centri dove ci si è specializzati (vale a dire le AOU). Per provare a colmare questo *gap*, l'Azienda sta operando principalmente su due fronti: (i) esplorando possibili convenzioni con centri universitari (laddove non vi siano gli standard necessari a entrare nella rete formativa) in modo da offrire ai professionisti la possibilità di svolgere attività di particolare specializzazione, (ii) tentando di costruire nicchie di eccellenza, attraverso l'investimento in tecnologia e l'attrazione di professionisti di significativa reputazione.

Sulla base delle interviste condotte con i responsabili di UO, i fattori economici sembrerebbero secondari, se non addirittura irrilevanti, specialmente in termini di capacità attrattiva dei giovani professionisti: non potendo competere con l'offerta del privato su questo fronte, gli intervistati hanno evidenziato la preminenza dei fattori di natura professionale e la necessità, per l'azienda, di intervenire su questi ultimi, notando peraltro che – specialmente nei centri urbani minori – alla reputazione professionale costruita nel pubblico consegue spesso un riverbero spendibile nella libera professione, che può a sua volta tradursi in una maggiore soddisfazione economica (*«quando si comincia a sapere che sei bravo, la gente viene a cercarti nel privato»*).

Nel caso della cardiologia, le interviste condotte con i professionisti impegnati in strutture periferiche dell'azienda hanno confermato che i principali fattori che influenzano la capacità di attrarre professionisti sono da ricondurre alla dimensione professionale, mentre le questioni economiche sono percepite come secondarie. A livello di sistema, il surplus di domanda di specialisti rispetto all'offerta ha determinato una posizione di scelta particolarmente forte per i cardiologi, che quindi tendono a prediligere i centri maggiori. Nonostante ciò, in alcune sedi del territorio è stato possibile sviluppare nicchie di eccellenza; la tendenza prevalente, tuttavia, riflette una certa difficoltà ad offrire ai giovani professionisti condizioni competitive rispetto ai centri più grandi, specialmente sotto il profilo tecnologico. A questo si accompagna un carico di lavoro tendenzialmente più intenso, dettato dal rapporto tra turni e personale a disposizione, che impedisce spesso di concentrarsi sull'alta specializzazione. A fare da contraltare a questi limiti, le esperienze dei cardiologi intervistati sottolineano in maniera convergente un importante spazio di crescita e autonomia professionale, con un conseguente effetto in termini di costruzione di una reputazione professionale (alla quale si accompagnano, evidentemente, opportunità lavorative).

Anche nel caso dell'ortopedia, si riscontra a livello aziendale un problema di capacità attrattiva verso i professionisti più giovani, i quali sembrano cercare opportunità di sviluppo professionale sopra ogni altra cosa. Nel caso dell'or-

topedia – sulla base delle interviste condotte con i professionisti che lavorano in strutture periferiche dell’azienda – le questioni che influenzano l’attrattività sono allineate a quanto evidenziato per la cardiologia. Emergono come prevalenti i fattori professionali, con particolare riguardo a due dimensioni: (i) la possibilità di accesso a strumentazione tecnologicamente innovativa e (ii) il numero medio di interventi a cui un giovane professionista ha possibilità di partecipare. Riguardo al primo elemento, la possibilità di sperimentare metodiche innovative attraverso strumentazione avanzata – oltre che rappresentare un attrattore per la chirurgia di elezione, lato pazienti – costituisce un forte fattore di competizione nell’attrarre giovani professionisti: nelle parole di uno degli ortopedici intervistati, «oggi la chirurgia è tecnologia». Questo elemento ha poi effetti a cascata che riguardano la possibilità di portare specializzandi sul territorio e, anche se nel caso di specie in misura ancora molto limitata, partecipare alle reti formative (ad esempio, nel caso della chirurgia di anca e bacino con il CTO di Torino). Con riferimento al secondo elemento, nelle sedi periferiche – seppure esposte a casistica inferiore, in termini di volumi assoluti e complessità, rispetto ai grandi centri ospedalieri – un giovane ortopedico può intervenire con una frequenza maggiore in ragione del minore affollamento professionale e rendersi autonomo in tempi notevolmente più rapidi. Riprendendo le parole di uno degli ortopedici intervistati «si ha la possibilità, da subito, di diventare un riferimento e farsi un nome. [...] In altre parole, si ha la possibilità di dipingere su una tela bianca»; e ancora: «[quella chirurgica] è una professione nella quale è fondamentale *fare la mano* [...] e imparare a gestire lo stress durante il momento dell’intervento». A tale maggiore opportunità di intervento, tuttavia, deve corrispondere una disponibilità di sale ed equipe che non è sempre facile allestire, alla luce dei vincoli di contesto.

Una soluzione innovativa sviluppata nell’ortopedia di Casale Monferrato riguarda l’attivazione di una convenzione gratuita con due professionisti del privato specializzati in particolari interventi, che periodicamente (un giorno a settimana) lavorano presso il reparto formando i colleghi più giovani e aumentando la numerosità della casistica (in ragione del riconoscimento professionale che portano con sé), e ottenendo in cambio la possibilità di intervenire su casi particolarmente complessi (che nel privato non avrebbero modo di intercettare). Esercitare la leva della formazione in comando esterno è invece più difficile, perché i numeri raramente consentono di rinunciare – anche soltanto pochi giorni al mese – a una persona per permettere che si sposti verso centri specialistici per formarsi: «sarebbe di certo un investimento, non un costo, ma alla fine i turni bisogna coprirli».

Le esternalizzazioni nei PS della Asl di Alessandria

La gestione dei PS di Acqui Terme, Ovada e Tortona è in carico alle Strutture Complesse (SC) di Medicina Interna dei singoli punti ospedalieri: di con-

sequenza, i Direttori delle SC Medicina Interna sono anche Direttori dei PS, che non fanno parte della struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione d'Urgenza (MeCAU) pur ricadendo all'interno del Dipartimento Emergenza-Urgenza presso gli ospedali di Novi Ligure e Casale Monferrato le linee di accettazione sono state (in tutto o in parte) esternalizzate. In dettaglio, le due linee di accettazione del PS di Novi Ligure sono esternalizzate a medici di cooperative, che sono suddivisi in due turni giornalieri da 12 ore (8:00-20:00 e 20:00-8:00). A questi si aggiungono 3 medici strutturati (di cui uno part-time) che gestiscono cinque posti letto dedicati ai pazienti in osservazione breve intensiva (OBI). A Casale Monferrato, invece, una sola delle due linee di accettazione viene esternalizzata, mentre l'altra è gestita da cinque medici interni. Qui i cinque letti OBI sono gestiti da un medico con turni diurni da lunedì a venerdì (8:00-16:00): alla fine del turno eventuali pazienti vengono presi in carico dai medici in accettazione. Complessivamente, nei due PS l'impresa che fornisce il servizio copre 72 ore di turni giornalieri (48 per Novi Ligure e 24 per Casale Monferrato). Le ore di turni esternalizzati rappresentano oltre il 65% delle circa 3.000 ore di turni richieste ogni mese nei due presidi.

Le esternalizzazioni nei PS non rappresentano una scelta strategica della ASL di Alessandria ma derivano dalla strutturale carenza di personale medico, a fronte di uscite per pensionamenti o trasferimenti che vengono difficilmente colmate attraverso nuove assunzioni a causa dei fattori professionali, organizzativi ed economici descritti in precedenza. Anche i recenti concorsi banditi hanno consentito di attrarre esclusivamente medici che, per esigenze familiari, desiderano riavvicinarsi al proprio territorio di origine o residenza. Di conseguenza, presso il PS di Novi Ligure non c'è organico sufficiente per gestire internamente anche solo una linea di accettazione, mentre a Casale Monferrato si evidenzia il rischio di ulteriori cessazioni a causa di problemi fisici e *burnout* del personale. La scelta di esternalizzare solo le linee di accettazione deriva da motivazioni organizzative, con l'obiettivo di separare le attività dei medici strutturati (OBI) dai medici di cooperativa (accettazioni). Da un punto di vista legale, inoltre, si è tenuto conto delle limitazioni determinate dalla necessità di evitare il rischio dell'intermediazione di manodopera, sanzionata dalla normativa. Il direttore del PS stima che il superamento delle forme di esternalizzazione richieda l'assunzione almeno di altri dodici medici presso il PS di Novi Ligure (dove sono in servizio 2,7 unità mediche ed è prevista l'assunzione di una nuova unità) e sei medici presso il PS di Casale Monferrato (dove sono in servizio 6 unità mediche ed è prevista l'assunzione di due nuove unità).

Da gennaio 2020 le società esterne sono state selezionate attraverso capitoli di gara con criteri poco stringenti che hanno determinato casi di allontanamento di medici per inadeguata preparazione e segnalazioni sulla qualità dei servizi erogati. Inoltre, le società avevano la possibilità di presentare domanda presso tutti gli ospedali di ASL Alessandria, in assenza di un coordinamento

centrale dell'attività di esternalizzazione. Per risolvere queste criticità, in primo luogo, sono state attivate numerose «gare ponte» con contratti di breve durata (40-60 giorni) con l'obiettivo di affinare e perfezionare progressivamente i criteri di selezione, anche in vista di una gara europea di maggiore importo e durata (annuale, a decorrere da novembre 2023) che è stata attualmente espletata. Si sottolinea come limite l'incertezza generata da gare di breve durata, che possono determinare frequenti cambiamenti nelle società che si aggiudicano i servizi e la necessità di «ripartire da zero» con una nuova cooperativa. Inoltre, le stesse cooperative segnalano di preferire affidamenti di maggiore durata per pianificare piani condivisi di formazione e selezione del personale medico delle società appaltatrici, nonché introdurre codici etici. Nelle ultime versioni del capitolato sono stati introdotti limiti stringenti, che tengono in considerazione la qualità dei servizi offerti dalle società aggiudicatrici (ad esempio, impedendo l'inserimento in turno di medici i cui CV non fossero stati preventivamente vagliati dal Direttore di DEA/PS e dal Capo Dipartimento e vietando turni di durata superiore alle 12 ore) e le competenze che devono possedere i medici (richiesta di documentabile esperienza lavorativa, possesso di brevetti di corsi di rianimazione avanzata riconosciuti a livello internazionale in assenza di specializzazione, competenze linguistiche adeguate e certificate). In secondo luogo, a livello organizzativo, è stato creato un gruppo tecnico che include tutti i direttori dei PS e il direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, con l'obiettivo di valutare e selezionare in modo integrato le società che presentano domanda. Inoltre, l'azienda ha fornito alcune figure di supporto per verificare il rispetto dei requisiti amministrativi-professionali dei medici (possesso di laurea, abilitazione, iscrizione all'ordine, possesso di brevetti di corsi di rianimazione avanzata). In questo modo, Asl Alessandria è riuscita ad incrementare il livello qualitativo delle prestazioni offerte, evitando allo stesso tempo di trovare in servizio medici privi dei requisiti per poter esercitare.

Le recenti esperienze di esternalizzazione hanno avuto un impatto positivo in termini di miglioramento della qualità, dell'operatività e dell'economicità del servizio. In questa prospettiva, si sono ridotte sia le segnalazioni dei pazienti all'URP sia le criticità segnalate dai medici di medicina generale del territorio nel rapporto con i professionisti del PS. Tutti i soggetti (comprese le istituzioni locali, le associazioni del territorio e le stesse cooperative) riconoscono che oggi l'esternalizzazione rappresenta l'unica soluzione per poter continuare a tenere aperti i PS. Inoltre, non si rilevano particolari criticità nell'integrazione tra medici delle cooperative e personale sanitario aziendale. Questa integrazione è stata favorita attraverso diversi interventi organizzativi: (i) la messa a disposizione di tutte le procedure aziendali sulla intranet, che tutti i medici possono consultare in qualunque momento; (ii) la promozione della cooperazione e della disponibilità dei medici strutturati nella risposta a problemi amministrativi-gestionali rilevati dai medici delle cooperative; (iii) la richiesta

alle società (anche all'interno dei capitolati di gara) di garantire la stabilità del personale attraverso l'assegnazione degli stessi medici all'interno degli stessi presidi per favorire una maggiore fidelizzazione e un migliore integrazione organizzativa; (iv) il coinvolgimento dei medici delle cooperative all'interno del piano di formazione aziendale; (v) collaborazione con le cooperative per isolare i medici che dimostrano interessi meramente remunerativi a discapito della qualità dell'assistenza; (vi) creazione di canali di comunicazione diretta e informale (es: Whatsapp) con i responsabili delle società per gestire in tempo reale eventuali problemi, oltre a riunioni mensili di allineamento.

Come prospettive future sembra necessario intervenire su due livelli. A livello di sistema, è necessario attuare politiche che consentano di equilibrare le dotazioni organiche tra aree centrali e periferiche e di incrementare le percentuali dei medici che accettano borse di studio in PS. A livello organizzativo, serve promuovere la qualità della vita e del lavoro per trattenere medici strutturati attraverso l'offerta di opportunità di formazione e responsabilizzazione, una migliore organizzazione dei turni, l'arricchimento del lavoro degli specializzandi attraverso l'apertura, per esempio, di reparti di terapia semintensiva, che integrano maggiori elementi di complessità terapeutica.

11.5.2 Asl Latina

L'Asl di Latina è una delle dieci aziende sanitarie locali della regione Lazio. Il suo territorio coincide interamente con quello della Provincia di Latina, con i suoi 33 comuni e, al 1° gennaio 2023, 565.999 abitanti¹². La zona marittima è caratterizzata da un ampio afflusso turistico nei mesi estivi, che aumenta notevolmente la popolazione dei comuni interessati. In questo contesto, la Provincia manca di infrastrutture adeguate, la cui carenza Weinhold e Gurtner (2014) identificano come uno dei fattori alla base della carenza di personale: non vi sono autostrade, treni ad alta velocità o aeroporti civili. La provincia è servita solo da treni sulla direttrice Roma-Napoli. Questo sistema rende particolarmente difficoltosi e lunghi gli spostamenti tra Roma o Napoli e i presidi sanitari della Provincia, specialmente quelli del sud.

I presidi ospedalieri pubblici, tutti di pertinenza della Asl di Latina, sono l'Ospedale «Santa Maria Goretti» di Latina, DEA di II livello (524 PL), il «Dono Svizzero» – «Nuovo Ospedale del Golfo» di Formia, DEA di I livello (213 PL) e gli ospedali «Alfredo Fiorini» di Terracina (113 PL) e «San Giovanni di Dio» di Fondi (72 PL)¹³.

¹² ISTAT – Demo (<https://demo.istat.it/?l=it>, visitato il 10 luglio 2023)

¹³ Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante «Adozione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015» (<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SAN-DD-G01328-10-02-2022.pdf>)

Rispetto alle nostre analisi, i PS della Asl sono i due DEA, e i PS di Fondi, Terracina e Aprilia, quest'ultimo localizzato in una struttura privata accreditata. A livello di accessi¹⁴, l'Ospedale «Goretti» di Latina ne contava, nel 2019, 56.328, la «Città di Aprilia» 41.303, il «Fiorini» di Terracina 32.289, il «Dono Svizzero» di Formia 27.779¹⁵, il «San Giovanni di Dio» di Terracina 21.955, l'ICOT 19.183.

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, la Provincia conta quattro reparti cardiologici, nei due DEA, a Latina (22 PL, oltre a 8 di UTIC) e a Formia con (14, oltre a 4 di UTIC), e nei due principali presidi privati accreditati, a Latina (9) e ad Aprilia con (1). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono sei e si trovano negli ospedali pubblici di Latina (16), Terracina (17) e Formia (20) e nelle strutture accreditate di Formia (20), Latina (213¹⁶) e Aprilia (20)¹⁷.

La sfida dell'attrattività

L'azienda segnala una sofferenza sul reclutamento di professionisti in diverse specialità, quali ad esempio anestesia, medicina interna, pediatria, cardiologia, radiodiagnostica e chirurgia generale. Il problema è presente in tutta l'azienda, compreso il centro *hub* di Latina, ma nei presidi periferici si amplifica, a causa di fattori socio-culturali, professionali e formativi. Per i professionisti giovani, infatti, l'attrazione di Roma è molto forte, sia da un punto di vista lavorativo che extra lavorativo, e sono pochi quelli che decidono di trasferirsi o di viaggiare quotidianamente da Roma a Fondi o a Terracina, peraltro particolarmente distanti dalla capitale. Per diversi anni la Asl ha attratto professionisti campani, ma con le recenti politiche di reclutamento di Regione Campania questo flusso si è molto ridotto. In azienda è stato fatto ricorso a contratti libero professionali, sia per poter reclutare professionisti giovani che richiedono contratti più flessibili, sia per medici in pensione o specialisti ambulatoriali. Tuttavia, tale elemento non è privo di criticità per le conseguenze di organizzazione del lavoro nei reparti e di motivazione del personale dipendente. Un ulteriore elemento critico è la scarsità di convenzioni attive con l'università, che non consentono di poter contare sul supporto di specializzandi e rendono più difficile il reclutamento dei giovani.

Per alcuni professionisti esistono però anche vantaggi di natura professionale in un centro di minori dimensioni. Un cardiologo che dopo anni di lavoro in

¹⁴ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>). L'azienda ha segnalato che gli accessi siano sostanzialmente inferiori nel 2022 rispetto al 2019, con Latina, ad esempio, che ha circa diecimila accessi in meno.

¹⁵ Quest'ultimo dato è riferito al 2020 e non al 2019.

¹⁶ L'ICOT di Latina è un ospedale monospecialistico ortopedico-traumatologico.

¹⁷ Ministero della Salute, DB Posti Letto (2021) (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglio-Dataset.jsp?menu=dati&idPag=153>)

diverse regioni è rientrato nei luoghi di cui è originario riportava: «mi gratifica il contatto col paziente [e vedere] persone che conosco, cognomi che conosco, un linguaggio che conosco, un dialetto che è mio». Analogamente, tra i punti di forza c'è anche quello di un lavoro più a misura d'uomo e di una maggiore facilità nello stabilire rapporti umani più stretti con i colleghi.

Con riferimento alla cardiologia, mentre presso i presidi di Terracina e Fondi è presente solo attività ambulatoriale, l'esperienza dell'UO Formia rappresenta un caso di studio interessante rispetto agli interventi sulle leve di organizzazione del lavoro e di gestione dei professionisti su cui le aziende possono intervenire. Da alcuni anni nel reparto di Formia è stato attivato un centro di emodinamica che ha raggiunto volumi importanti a livello regionale e in cui lavora una nutrita équipe di professionisti giovani. Ciò è stato possibile da un lato grazie a una progettualità condivisa dal direttore di UO e dall'azienda; dall'altro, da un forte investimento sui percorsi di crescita individuale dei giovani, grazie all'offerta di opportunità di formazione e spazi di autonomia e valorizzazione da parte del direttore di UO.

Ciò è stato comunque possibile garantendo a diversi giovani che lo richiedevano la facoltà di lavorare con contratti libero professionali. E ad ogni modo la maggior parte di loro non ha un progetto di vita a Formia ma viaggia quotidianamente o settimanalmente dalle città di provenienza. Naturalmente è anche percepito dalle città di provenienza il limite dell'assenza nel presidio di altre discipline specialistiche, in primis la cardiocirurgia e le difficoltà di richiedere una consulenza sono rilevanti. Se questo rende i professionisti più autonomi, dall'altro li rende anche necessariamente più «soli», richiedendo loro di assumere un maggiore rischio.

Con riferimento all'ortopedia, l'esperienza del presidio di Terracina ha fatto emergere alcune delle criticità evidenziate anche in altre aziende, in particolare la scarsa disponibilità di sedute operatorie. Se un certo livello di concorrenza tra le discipline per le sale è fisiologico, il problema è quando questa è eccessiva a motivo di una insufficiente disponibilità di spazi, personale di anestesia e infermieristico. La scarsità di sedute disponibili determina l'impossibilità di garantire casistiche adeguate ai professionisti, e rende difficile se non impossibile la pratica dell'attività in elezione. E ciò necessariamente ha ricadute negative sulla capacità di attrarre professionisti giovani interessati a percorsi di sviluppo professionale. Nonostante questi limiti il presidio negli ultimi anni è stato attrattivo per alcuni professionisti provenienti dal settore privato, alla ricerca di un ambiente di lavoro più qualificato.

Le esternalizzazioni nei PS

L'azienda ha riscontrato, negli ultimi tempi, una situazione di estrema criticità in due dei tre PS che non sono sede di DEA, ovvero quelli di Terracina e Fondi, entrambi *spoke* del DEA di I livello di Formia. Uno dei manager intervistati

ha sottolineato che ad agosto 2022 «senza questi gettonisti, noi avremmo dovuto chiudere due PS [...] senza alternative», mentre tutti i quattro PS aziendali sono in difficoltà. La criticità sta nel fatto che nessuna delle strade percorse fino ad ora, a parte *l'outsourcing*, ha dato esiti positivi (avvisi, concorsi, manifestazioni di interesse). Al momento dell'intervista, l'azienda non era riuscita a reclutare neppure un professionista per il PS nei precedenti 12 mesi se non alcuni tramite contratti libero professionali, anche se poi la reale disponibilità di questi professionisti non sempre si realizza. Anche i concorsi sono scarsamente partecipati e spesso sono frequentati da personale già alle dipendenze dell'azienda, sia per la Medicina di Emergenza-Urgenza sia per altre specialità. Dunque tra le leve descritte da Henkens e colleghi (2008) nessuna è risultata capace di rispondere alle esigenze, eccetto il reclutamento da società esterne.

Nei due PS la società che fornisce il servizio copre circa 350 ore di turni (100 per Fondi e 250 per Terracina) mensilmente, che si traducono in circa 12 notti al mese coperte interamente dalla cooperativa. Sono almeno il 16% delle circa 2.160 ore di turni richieste ogni mese nei due presidi. Tuttavia, questo ammontare non basta a sostenere il fabbisogno aziendale e sono state spesso richieste ore aggiuntive, arrivando a circa il 20%. Per il periodo estivo, inoltre, è previsto un ampio afflusso turistico e al tempo stesso «i nostri professionisti devono andare in ferie», come ha commentato la direttrice di PS. L'azienda remunera attualmente il servizio a 100€ orari, e la gara è stata aggiudicata secondo il criterio di qualità-prezzo. La base d'asta è stata comunque più volte rialzata prima di ottenere delle offerte, perché presidi così periferici sono più costosi da raggiungere per i medici. Si è aggiudicata la gara una Società tra Professionisti del centro-nord Italia. Quest'ultima gestisce, al momento, circa 90 appalti per l'esternalizzazione di servizi, di cui 21 sono esclusivamente per PS, su cui turnano circa un migliaio di medici associati, che non devono avere alcuna esclusività con l'impresa. Il responsabile della società ha sottolineato che loro programmano e accompagnano i primi turni di un professionista in un nuovo presidio e hanno sempre a disposizione un numero h24 per le emergenze, anche per supportare clinicamente colleghi in difficoltà.

La scelta di esternalizzare è stata obbligata. Le criticità, agli occhi della direttrice dei due PS, sono sempre esistite, sia per gli scarsi collegamenti della zona sia per le limitazioni alle assunzioni degli anni pre-pandemici, ma sono state aggravate dal mutato contesto nazionale. In aggiunta i medici interni sono rimasti in pochi e l'età media è molto alta, con diversi professionisti prossimi alla pensione o esonerati dai turni notturni. All'interno dei presidi, inoltre, l'azienda ha fatto fatica a reclutare medici dipendenti per sopperire alle carenze.

Come altrove, la scelta di esternalizzare ha anche comportato delle criticità. Innanzitutto, anche le imprese che forniscono il servizio sono in difficoltà ed è spesso l'azienda sanitaria a doversi adattare alle esigenze dei professionisti esterni invece che viceversa, fino a doverli «convincere di persona, su ogni tur-

no». Ad esempio, è stata rilevata la difficoltà di costruire protocolli o percorsi condivisi, dato l'alto ricambio nel personale della società a cui il servizio è esternalizzato.

La direttrice ha rilevato che anche il suo carico di lavoro è notevolmente aumentato: la mole di controlli e incombenze a suo carico, nel certificare il lavoro svolto dalle imprese, è molto alta ed ha richiesto un certo periodo di adattamento. Non ha riscontrato però particolari impatti dal punto di vista dell'operatività e della qualità del servizio. Anzi, ha sottolineato che l'interazione con i professionisti interni è stata positiva: quelli con età media alta hanno accolto positivamente il sostegno nei turni più gravosi, mentre alcuni giovani medici con poca esperienza hanno beneficiato del supporto di colleghi esterni più esperti e comunque preparati.

La prospettiva futura rispetto al tema della carenza di personale nel PS, da parte dell'azienda, è negativa. Oltre alle considerazioni infrastrutturali e sociali (Weinhold e Gurtner, 2014), che sono difficilmente modificabili e che hanno radici ben più profonde dei temi qui trattati, la direttrice del PS ritiene che il problema risieda proprio nella specialità dell'emergenza urgenza. Non si tratta, per lei, soltanto di una questione economica ma che riguarda anche il quadro normativo-politico. Il responsabile dell'impresa ha sottolineato che i problemi hanno radici profonde e che l'aspetto economico è rilevante ma solo per alcuni, anche considerando l'alto carico fiscale sopportato da chi è in libera professione e la riduzione delle tutele a disposizione. C'è chi ambisce a una vita più libera e a un impiego più flessibile e chi vuole ridurre la pressione e lo stress a cui è sottoposto.

11.5.3 Asst Sette Laghi

L'Asst Sette Laghi è una delle aziende sanitarie territoriali della Lombardia, ubicata nel territorio settentrionale della Provincia di Varese. Nel gennaio 1998 è stata costituita l'Azienda Ospedaliera alla quale è stata attribuita tutta l'attività di ricovero e specialistica della parte nord della provincia di Varese. Dal 2016 (L.R. 11 agosto 2015) l'Azienda ospedaliera è stata trasformata in Azienda Socio Sanitaria Territoriale (Asst) dei Sette Laghi. Il suo ambito di operatività si estende a un'area che serve una popolazione di circa 436 mila abitanti. La prossimità territoriale con la Svizzera, a nord, rappresenta un ulteriore elemento di complessità nella gestione aziendale, con riferimento alla relativa facilità di mobilità lavorativa dei professionisti sanitari.

I comuni all'interno della giurisdizione dell'Asst Sette Laghi sono disposti in fasce geografiche differenziate, che comprendono sia zone propriamente montane che densamente urbanizzate. Questa varietà di contesti geografici contribuisce a sfide logistiche e di accesso ai servizi sanitari, specialmente per le persone che risiedono in aree remote. L'Azienda gestisce diverse sedi erogative

ospedaliera, distribuite su tre presidi: presidio di Varese, con gli Ospedali di Circolo e Fondazione Macchi (DEA di II livello, 803 PL), Filippo Del Ponte (dotato di PS pediatrico), e lo stabilimento ospedaliero di Cuasso al Monte, presidio di Tradate, con l'Ospedale Galmarini di Tradate (dotato di PS e PS pediatrico), presidio del Verbano, con gli stabilimenti ospedalieri di Luino, Cittiglio e Angera (tutti dotati di PS). Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, in Asst è presente una rete di presidi erogativi che comprende dieci strutture.

A livello di accessi¹⁸, il DEA di II livello «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi» ne contava, nel 2019, 46.228, l'Ospedale «Galmarini» di Tradate 34.961, l'Ospedale «Circolo Causa Pia Luini» a Cittiglio 24.828, l'Ospedale «Luini Confalonieri» a Luino 16.624, l'Ospedale «Carlo Ondoli» di Angera 13.548, l'Ospedale «Filippo Del Ponte», che include PS pediatrico e ostetrico-ginecologico, a Varese 8.300¹⁹.

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, l'Asst conta tre reparti cardiologici, uno a gestione universitaria (16 PL) e uno a gestione ospedaliera (16 PL) nell'Ospedale di Varese, dove si trova anche l'UTIC (8 PL attivi) e un terzo nell'Ospedale di Tradate (12 PL, di cui 2 di UTIC). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono tre e si trovano negli ospedali di Varese (19), Tradate (20 PL) e Luino (7 PL).

La sfida dell'attrattività

L'azienda segnala una sofferenza sul reclutamento di professionisti in diverse specialità, quali ad esempio dermatologia, igiene, ortopedia, medicina trasfusione, e soprattutto negli ospedali periferici. Per alcune di queste, la presenza di queste specialità di cooperative in servizio presso le sedi dell'azienda genera una forte percezione di iniquità da parte dei professionisti, con impatto su demotivazione e aumento delle dimissioni.

Con riferimento alla cardiologia, il rischio della scarsa attrattività dei presidi periferici è molto sentito, con la conseguenza che coloro che vi lavorano possano essere visti come «professionisti di serie B». D'altro canto, vi è la necessità di trovare soluzioni adeguate al problema, anche al fine di scongiurare l'eventuale affidamento dei reparti a cooperative, come avvenuto in altre aziende della Regione con conseguenze negative in termini di qualità e professionalità del servizio, come giudicato dal direttore della struttura che abbiamo intervistato.

Tuttavia, alcuni fattori di natura non solo professionale, ma anche economica, possono giocare anche a favore del lavoro nei centri periferici. I professionisti che operano presso ospedali periferici hanno segnalato come dedicarsi all'attività ambulatoriale in un ospedale più piccolo sia una buona palestra per

¹⁸ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

¹⁹ Il dato è disponibile solo per il 2020.

acquisire competenze su un'ampia casistica di base, a maggior ragione in un contesto che porta necessariamente a essere autonomi e indipendenti fin da subito. Uno di loro ha commentato che ritmi di lavoro meno intensi consentono poi di dedicare più tempo ai pazienti, riuscendo ad approfondire le problematiche sia da un punto di vista clinico che umano. Inoltre, la minore concorrenza garantisce la possibilità di diventare referenti di specialità nel territorio, con evidenti conseguenze in termini di opportunità di libera professione. Infine, svolgere esclusivamente attività ambulatoriale e di conseguenza essere esonerati da turni e reperibilità notturne e nei fine settimana è visto molto positivamente, soprattutto dopo alcuni anni di lavoro.

Ad ogni modo, dal punto di vista della formazione e dell'organizzazione del lavoro professionale, l'azienda sta intervenendo su diverse leve per aumentare l'attrattività delle sedi periferiche. In particolare, la direzione del Dipartimento Cardiovascolare cerca di definire percorsi individuali di sviluppo per ogni professionista neoassunto sulla base degli interessi professionali, compatibilmente con le esigenze organizzative. Ad esempio, prevedendo per i professionisti dei centri periferici la possibilità di lavorare qualche giorno a settimana presso il centro *hub* per favorire l'apprendimento nell'ambito della cardiologia interventistica, o viceversa prevedendo per i professionisti del centro *hub* un giorno di lavoro settimanale presso i centri periferici. Questo è stato possibile da un lato garantendo ritmi di lavoro sostenibili per i professionisti, evitando ad esempio che vengano inseriti nella turnazione in PS. Dall'altro, favorendo la collaborazione tra le diverse UO di cardiologia nell'ambito del Dipartimento Cardiovascolare, che ha facilitato non solo la rotazione dei professionisti ma anche lo sviluppo di reti professionali e personali tra medici dei centri *spoke* e dell'*hub*. Ciò ha aumentato l'integrazione e ha favorito la collaborazione nella gestione dipartimentale dei pazienti. La possibilità di partecipare ad attività scientifica è un ulteriore elemento su cui l'azienda sta lavorando, e che facilita la presenza periodica di professionisti degli *spoke* presso il centro *hub*.

Guardando al futuro, vi sono alcune aree in cui l'azienda vorrebbe investire. Vi è ad esempio l'intenzione di specializzare le strutture della rete su specifiche patologie o target di pazienti, al fine di offrire visibilità ai professionisti e attrarre casistica. Si intende poi sviluppare la telemedicina, per mettere in rete PS e reparti di degenza periferici con il centro *hub* per consentire a un numero maggiore di pazienti di essere seguiti in periferia. Ma anche per consentire ad esempio a un medico reperibile di gestire da remoto le problematiche di minore entità, evitando trasferte in ospedale non necessarie. Inoltre, sarebbe auspicabile favorire l'invio di specializzandi anche ai presidi periferici nell'ambito del percorso di formazione. Da ultimo, una sfida all'orizzonte è quella delle Case della Comunità, considerate spesso un contesto di lavoro poco stimolante dagli specialisti ospedalieri. L'intenzione è quella, anche in questo caso, di favorire la rotazione dei clinici, e di proporre ai responsabili delle scuole di specialità

il coinvolgimento dei medici specializzandi perché parte della loro formazione possa avvenire anche in queste strutture territoriali.

Con riferimento all'ortopedia, si riscontra anche in questo caso un problema di attrattività su alcune sedi periferiche, con il rischio che chi vi lavora sia considerato professionalmente meno valido dai colleghi del centro *hub*. L'attività chirurgica ha maggiori fabbisogni di integrazione: pertanto nei contesti periferici la scarsità di consulenti di altre specialità, o l'assenza di reparti quali la terapia intensiva necessari per gli interventi su pazienti più complessi, rappresentano in azienda un ostacolo allo svolgimento di un'attività ritenuta professionalmente gratificante. E non sempre è facile ottenere una effettiva integrazione tra centro *hub* e presidi *spoke* per il trasferimento dei pazienti e la gestione coordinata del percorso di cura.

Al contempo, anche in questo caso sono stati segnalati dai professionisti intervistati elementi di natura professionale ed economica che rendono interessante il lavoro in contesti periferici. In particolare, la minore concorrenza consente a chi ha voglia di crescere la possibilità di farlo in tempi più rapidi, con conseguenti benefici in termini di visibilità professionale. Ciò comporta la possibilità di acquisire opportunità di libera professione, ma anche il riconoscimento di una notorietà e di uno status nell'ambito del contesto locale, più velocemente rispetto a quanto avviene in una città.

Dal punto di vista delle opportunità di utilizzare leve organizzative e formative, un'esperienza di interesse è quella dei presidi di Angera e Cittiglio, dove è presente una UO unica di ortopedia che ha accorpato le due strutture preesistenti. Inoltre, il direttore della struttura è anche direttore della scuola di specializzazione dell'Università dell'Insubria, e questo ha facilitato la presenza di specializzandi nelle sedi periferiche e il reclutamento di professionisti, ma anche la disponibilità dell'azienda a rendere disponibili sale operatorie, anestesisti e infermieri per l'attività di elezione. Ai giovani viene garantita la possibilità di lavorare fin da subito in sala operatoria, non solo in ambito traumatologico ma anche elettivo, oltre a offrire opportunità di formazione presso altre strutture e di partecipare a convegni.

Le esternalizzazioni nei PS

L'azienda riscontra rilevanti criticità nella gestione del personale medico di quattro PS presso gli ospedali di Tradate, Cittiglio, Luino e Angera, mentre non si rileva la necessità di esternalizzare turni presso i due presidi di Varese (Del Ponte e di Circolo). In particolare, il PS di Tradate, che si caratterizza per un numero superiore di accessi e per la presenza continua di due medici, ha esternalizzato un turno completo (diurno e notturno). Nei restanti PS, dove presta servizio un unico medico di giorno e di notte, a Luino e Angera vengono esternalizzati tutti i turni notturni, mentre a Cittiglio solo i turni notturni del sabato e della domenica. Complessivamente, nei quattro PS le ore di turno af-

fidate a cooperative rappresenta circa il 40% del totale. Presso il PS di Angera, inoltre, la carenza di medici si affianca a criticità relative al personale infermieristico per la presa in carico di cure sub-acute, che viene esternalizzato ad una cooperativa.

Le scelte di esternalizzazione assunte dall'azienda derivano dalla significativa e consolidata carenza negli organici, che vedono in servizio soli quattro medici strutturati a Cittiglio, tre a Tradate, due ad Angera e due a Luino (questi numeri includono i responsabili di PS). Inoltre, la scarsa attrattività del lavoro in PS (e in particolare presso *spoke* con limitate dotazioni tecnologiche e minor disponibilità delle specialità) impedisce di compensare le cessazioni con nuovi ingressi. Persino gli ex responsabili di due dei PS analizzati sono divenuti medici di medicina generale per migliorare le condizioni retributive, ridurre carichi di lavoro e *burnout*.

L'azienda continua a riscontrare criticità anche a fronte della sperimentazione di iniziative per allargare il bacino di reclutamento: la pubblicazione di una manifestazione di interesse aperta sulla intranet aziendale attraverso cui tutti i medici (non solo quelli con specialità affini, come chirurgia e medicina interna) possono iscriversi e dare la propria disponibilità per fare turni remunerati in PS; l'istituzione di un turno aggiuntivo pomeridiano con incentivi economici per prendere in carico i codici bianchi, ridurre il sovraffollamento e i tempi di *on-boarding* dei pazienti; l'apertura di nuovi bandi per assumere, in linea con la nuova normativa, medici con almeno tre anni di esperienza in PS anche senza la specializzazione in medicina di urgenza; l'incremento dell'incentivazione a 100 euro all'ora. Tuttavia, tutte queste azioni non hanno generato un consistente miglioramento nei processi di reclutamento del personale, richiamando la necessità e l'urgenza di esternalizzare turni per consentire la piena operatività dei PS.

Nel corso degli ultimi anni, i turni esternalizzati sono stati affidati attraverso una gara di durata biennale ad una cooperativa con cui non si sono rilevate criticità significative, al netto di casi minori e limitati in termini di ritardi o un approccio non positivo con il personale infermieristico, che in rari casi hanno portato a richieste di sostituzione del personale medico. Nel corso del tempo, si è instaurato un rapporto duraturo e consolidato con molti medici della cooperativa (alcuni dei quali ex dipendenti dell'azienda), che consente di garantire buoni livelli di operatività e qualità del servizio. L'integrazione tra personale esternalizzato e professionisti dell'azienda è stata favorita attraverso diversi interventi organizzativi, tra cui la condivisione di procedure, protocolli e PDTA, la formazione all'ingresso e il tutoraggio dei responsabili di PS, la condivisione delle modifiche organizzative, i contatti quotidiani tra responsabili.

La qualità del servizio viene anche riconosciuta dal territorio e dalle istituzioni locali che comprendono come le esternalizzazioni rappresentino ad oggi l'unica soluzione per mantenere aperti tutti i presidi ospedalieri. In una

prospettiva futura, invece, l'Azienda si augura di poter cogliere le opportunità offerte dalla normativa nazionale e regionale per limitare il ricorso a cooperative esterne. In primo luogo, la possibilità di selezionare non solo i medici specializzati in medicina di urgenza, ma tutti i professionisti che hanno maturato un'esperienza almeno triennale in PS può consentire di ampliare il bacino di reclutamento, offrendo l'opportunità di ri-assumere ex dipendenti (privi di specializzazione ma con maturata esperienza in PS) che hanno scelto di lavorare in cooperative o come MMG. In questa prospettiva, anche l'introduzione di incentivi potrebbe rendere più competitiva e attrattiva una posizione di lavoro in PS. In secondo luogo, una maggiore collaborazione con il territorio potrebbe contribuire alla riduzione nei flussi di ingresso in PS, soprattutto attraverso la presa in carico dei pazienti anziani e cronici.

11.5.4 AULSS Pedemontana

La Aulss 7 Pedemontana è stata costituita nel 2017 dalla fusione tra le Aziende Sanitarie di Bassano del Grappa e Alto Vicentino. Il territorio di riferimento dell'azienda misura 1.483 km² e comprende 55 Comuni per una popolazione complessiva di 365.923 abitanti. Questo territorio occupa l'area nord della provincia di Vicenza, e per una porzione rilevante è di natura montuosa. In particolare, ricomprende l'altopiano di Asiago, che è poco abitato e isolato dal punto di vista viario, ma meta di un importante flusso turistico che arriva a triplicarne gli abitanti nella stagione estiva e invernale.

L'attività ospedaliera è erogata da tre strutture: Ospedale di rete di Bassano del Grappa, DEA di I livello (389 PL), Ospedale di rete Alto Vicentino di Santorso, DEA di I livello (428 PL, ospedale che ha sostituito quelli di Thiene e Schio); Ospedale nodo di rete con specificità montana di Asiago (88 PL). L'azienda, pertanto, si caratterizza per l'assenza di ospedali *hub*. I pazienti che richiedono cure avanzate possono fare riferimento ai centri di Vicenza, *hub* provinciale, o agli ospedali universitari di Padova e Verona. I tre PS sono in capo a tre direttori di struttura complessa. A livello di accessi al PS²⁰, l'Ospedale di Bassano del Grappa ne contava 58.061 nel 2019, l'Ospedale di Santorso 64.795 e quello di Asiago 12.597. Per le discipline oggetto di indagine in questo caso, l'azienda conta due reparti cardiologici, nei due DEA, a Bassano (26 PL, oltre a 10 di UTIC) e a Santorso (22, oltre a 6 di UTIC). I reparti ortopedici invece sono tre negli ospedali di Bassano (40), Santorso (22) e Asiago (10).

La sfida dell'attrattività

L'azienda riscontra criticità nel reclutamento di professionisti, soprattutto in discipline quali la psichiatria o l'anestesia, che accomunano tutti i presidi

²⁰ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

dell'azienda. Anche in questo caso, la direzione aziendale riscontra la rilevanza di fattori professionali e di organizzazione del lavoro. In particolare, una preferenza dei giovani medici per livelli di *work-life balance* accettabili, soprattutto tra le giovani professioniste di genere femminile, oggi preponderanti. Diversi professionisti per questo motivo scelgono di lavorare nel settore privato, ma spesso a scapito delle opportunità di sviluppo e casistica. Mentre tra coloro che decidono di lavorare nel SSN, a giudizio della direzione, molti tendono a preferire i poli universitari di Padova e Verona e centri *hub* come Treviso o Vicenza a motivo della casistica più complessa, e questo nonostante gli investimenti tecnologici e strutturali sostenuti dall'azienda negli ultimi anni. I concorsi sono gestiti centralmente da Azienda Zero; i professionisti hanno facoltà di scegliere la destinazione e questo spinge il giovane medico a fare domanda preferenzialmente per le aziende di maggiori dimensioni e dotate di ospedali *hub*, a discapito della scelta di aziende più piccole o periferiche.

Per ovviare a queste criticità, la direzione aziendale negli ultimi anni è intervenuta sulle leve di natura professionale e formativa. In primis, ha cercato di reclutare direttori di struttura «che fanno attrazione, che fanno scuola, che hanno una progettualità», ma anche capaci di creare un clima di lavoro positivo nelle equipe, di formare e di garantire autonomia, elementi rilevanti a fronte delle crescenti aspettative dei giovani professionisti. Sono stati poi definiti poli di specializzazione dei singoli presidi, soprattutto in quelle discipline in cui vi è una unica unità operativa su più presidi, come ad esempio l'urologia, la chirurgia vascolare e la nefrologia. Inoltre, è stata avviata una più stretta collaborazione con le Università di Verona e Padova, e per facilitare la presenza a rotazione degli specializzandi in uno dei presidi è stata attivata una foresteria che ospita i professionisti in formazione.

Con riferimento all'ortopedia, interessante è l'esperienza dell'ospedale Santorso, che negli ultimi anni ha saputo attrarre numerosi professionisti. Il direttore di struttura ha concordato con ogni chirurgo un piano di sviluppo individuale che prevedesse ampie opportunità di pratica operatoria traumatologica, e la possibilità di effettuare interventi di elezione su patologie di interesse, o di andare a formarsi fuori azienda ove necessario. Inoltre, sono stati coinvolti chirurghi esperti da altre aziende della Regione per venire a operare su casistiche complesse e così formare professionisti più giovani del team. Da un punto di vista della gestione degli *asset* produttivi, è stata importante la collaborazione tra direzione aziendale e UO, per l'allineamento delle strategie aziendali con le istanze professionali, garantendo adeguati spazi di sala operatoria e disponibilità di personale.

Nella stessa direzione si è sviluppata l'esperienza nel campo della cardiologia a Santorso. A fronte di un potere negoziale particolarmente forte dei giovani professionisti derivante dall'eccesso di domanda rispetto all'offerta disponibile, la leva di attrazione principale è stata quella professionale e di formazione.

Secondo quanto riportato dal direttore di struttura «l'unico motivo per cui un ragazzo si fa 200 km per andare a lavorare è se vi trova un progetto di crescita professionale valido»: analogamente all'esperienza nell'ambito dell'ortopedia, anche qui l'opportunità di intraprendere un percorso di sviluppo professionale stimolante è emersa come la carta vincente del centro periferico. Di particolare rilievo, in questo senso, assume il ruolo del responsabile, sia in termini di *mentorship* che di *leadership* dai tratti trasformativi: «il centro *hub* è una palestra più grande, dove si hanno certamente più macchinari: è tuttavia essenziale capire se c'è anche un *personal trainer*».

Negli ultimi anni, la capacità di condividere progetti di sviluppo professionali personalizzati (anche nella pratica, vale a dire in rapporto diretto con il tutor) ha determinato un significativo aumento dell'organico in servizio senza concorsi attivi, che sta avendo effetti a cascata in termini di migliore reputazione, anche nei confronti di professionisti esperti. Oltre alla leva dello sviluppo professionale individuale, legata in parte anche al riconoscimento e alla visibilità dei professionisti presenti nella struttura («...c'è la possibilità di imparare i trucchi del mestiere in un rapporto *uno a uno* con il cardiologo esperto») e che risulta chiaramente più interessante per i giovani professionisti, ulteriori leve sono state messe in campo per motivare professionalmente gli specialisti di maggiore esperienza. Su metodiche particolarmente complesse, ad esempio, sono state attivate iniziative di chiamata di *proctor* il cui onere economico ricade sul fornitore del materiale. Se da un lato è infatti rilevante sviluppare capacità attrattiva nei confronti dei giovani professionisti, non è da trascurare la capacità di tenere motivato il personale con maggiore anzianità di servizio. Un tema critico nel contesto dell'attrattività delle strutture periferiche è infatti gestire efficacemente il potenziale *gap* tra ciò che attrae i giovani, spinti dalle sfide professionali, e la capacità di preservare la motivazione dei professionisti esperti, il cui capitale di esperienza e la riconoscibilità sul territorio rappresenta un asset irrinunciabile per le aziende.

Le esternalizzazioni nei PS

Nel PS di Bassano non vi sono particolari criticità e i turni sono coperti *in toto* da personale dipendente, con i codici bianchi che sono gestiti da personale non specialista o da specializzandi. Sono invece presenti turni esternalizzati nei PS di Santorso e di Asiago, che rispettivamente hanno soltanto 8 e 2 medici strutturati, ben al di sotto delle necessità di personale.

Per quanto riguarda Asiago, la copertura dei turni degli ambulatori dei codici gialli e rossi, nonché dei letti di OBI, è demandata a personale interno o a personale libero professionista, costituito da ex dipendenti, sia pensionati che non, e da dipendenti dell'azienda in altri PS. L'altro ambulatorio, dedicato ai codici minori, e l'emergenza territoriale sono coperti per tutto l'anno e per tutti i turni da medici di cooperativa, che ammontano quindi al 50% dei turni. Per

Santorso, invece, la cooperativa garantisce un medico sempre in turno per tutto l'anno, per le emergenze territoriali, mentre i codici minori sono coperti con turni aggiuntivi remunerati per medici dipendenti, a 100€ orari, o con personale non specialista o specializzandi. Per quanto riguarda i turni esternalizzati, in accordo tra società ed azienda, «indirizziamo i medici più inesperti ai codici minori, gli altri a quelli critici e al 118». Si tratta dunque di scelte che privilegiano, per gli incarichi più complessi, personale latamente interno, dipendente o meno, mentre sono lasciati ai medici esterni i casi di emergenza territoriale o meno complessi.

Nel PS di Santorso nell'ultimo decennio il numero di medici strutturati si è più che dimezzato. Se si considera poi che i bandi di concorso hanno visto una partecipazione molto ridotta e non in grado di rispondere ai fabbisogni, la situazione ha reso imprescindibile il ricorso a personale esterno. Dunque tra le leve descritte da Henkens e colleghi (2008), l'azienda ha nei fatti intrapreso diverse azioni: ha sia lavorato per incrementare l'offerta di lavoro dei professionisti già alle dipendenze dell'azienda, si è rivolta a gruppi di lavoratori nuovi, seppur si tratti di pensionati ed ex dipendenti, che hanno lasciato l'azienda di recente, ed ha, ovviamente, esternalizzato parte dei turni. Non ha invece intrapreso azioni significative per quanto riguarda l'adozione di nuove tecnologie o modelli produttivi che modificassero sostanzialmente l'operatività dei propri PS. Si tratta certamente di «un circolo vizioso» che favorisce i liberi professionisti e penalizza i dipendenti, potendo i primi avere un buon introito a fronte di una maggiore libertà per le proprie esigenze. Chi lascia, inoltre, non teme di rimanere disoccupato e, per di più, viene messo dall'azienda in congedo, potendo poi richiedere all'azienda la reintegrazione in servizio entro cinque anni, secondo quanto previsto, almeno in passato, dal CCNL Sanità.

Dal punto di vista economico, il DS ha sottolineato che l'esternalizzazione a cooperative non è particolarmente più dispendiosa rispetto al pagamento dei turni aggiuntivi al personale dipendente, se questi ammontano, come oggi accade in Veneto e in diverse altre regioni, a 100 euro orari lordi. Questi ultimi incentivi hanno dunque reso meno conveniente, dal punto di vista economico, abbandonare il lavoro dipendente per la libera professione o il lavoro in cooperativa.

La principale criticità nel ricorso a personale di cooperativa è stata una sensibile carenza formativa e l'ampio ricambio nella copertura dei turni. Quest'ultimo è critico perché non si conosce il personale interno, specialmente infermieristico, la logistica dei materiali e neppure le procedure aziendali. Insomma, «il rischio clinico è alto» secondo la direttrice del PS di Asiago. L'azienda ha richiesto dunque, dopo le prime esperienze, una selezione di professionisti che potessero ruotare permanentemente nei turni affidati a personale esterno nel presidio in modo da poter garantire una formazione sufficiente per gestire le emergenze. Non tutti sono titolari della specializzazione in medicina di emer-

genza – urgenza, ma tramite la cooperativa sono formati per gestire le urgenze. È proprio quest'ultima a curare non solo gli aspetti formativi, persino sotto forma di tirocini, ma anche ogni aspetto documentale, sia di natura fiscale (come la fatturazione) che di altra natura (come scrittura del curriculum vitae o assicurazione) e persino il recupero crediti per medici che hanno lavorato per cooperative o società che poi non hanno corrisposto i pagamenti pattuiti. Anche la presenza continuativa di personale strutturato (o libero professionista) è garanzia di supporto continuo.

L'azienda sta provando a integrare i tre PS e creare le condizioni per non avere più bisogno delle cooperative. Il direttore del PS di Bassano del Grappa ha sottolineato che si sta lavorando su «competenze, percorsi, protocolli, osservazione breve semi intensiva» per cercare di costruire «medici specialisti in medicina di emergenza e urgenza» a tutto tondo più che «medici che stanno in PS». Il programma di interventi ha incluso un rapporto più stretto con l'Università di Padova, da cui ora provengono gli specializzandi, incentivando la permanenza degli strutturati più esperti facendoli divenire formatori dei giovani, supportandoli con turnistiche adeguate, che permettessero anche alcuni turni libero professionali remunerati, attribuendo i codici minori a professionisti non specializzati o specializzandi, sempre con il supporto di personale strutturato.

La direttrice del PS ha anche sottolineato la necessità di divieti per evitare che chi lascia il lavoro dipendente rientri poi in azienda con contratti libero professionali, nonché maggiori incentivi economici e percorsi di carriera chiari e rapidi per attrarre e trattenere professionisti.

11.6 Discussione

Nel capitolo sono state analizzate quattro aziende sanitarie locali a vocazione territoriale che includono presidi collocati in zone periferiche di quattro Regioni italiane, tre del nord e una del centro, con l'obiettivo di cogliere quali fossero, nella percezione di chi vi opera, le criticità connesse con l'attuale carenza di personale medico e le azioni intraprese per cercare di aumentare l'attrattività aziendale, oltre che la capacità di trattenere i professionisti già in forze. Il tema è stato affrontato con riferimento alle discipline dell'ortopedia e della cardiologia e con un approfondimento specifico sulle dinamiche relative ai PS.

Le principali evidenze emerse mostrano la difficoltà delle aziende oggetto di studio a essere attrattive, in particolare in alcune delle loro sedi periferiche, oltre che per alcune condizioni logistiche e infrastrutturali anche per le condizioni di sviluppo professionale attese. L'interesse dei professionisti, specie dei più giovani, è infatti quello di poter operare in centri dove sia possibile fare esperienza di situazioni diverse e complesse dal punto di vista clinico e che richiedano e permettano di sviluppare alti gradi di specializzazione.

A questo riguardo, le aziende hanno operato sia per aumentare la propria attrattività che per ottimizzare la distribuzione del personale tra i diversi presidi di erogazione dei servizi.

Utilizzando le sei categorie di Weinhold e Gurtner (2014) gli aspetti su cui le aziende analizzate si sono maggiormente concentrate per aumentare il proprio livello di attrattività, tra quelli che afferiscono al proprio ambito di azione, sembrano essere le condizioni professionali e quelle formative.

In primo luogo, per migliorare la percezione delle condizioni professionali attese, sono state sperimentate collaborazioni con centri extra-aziendali di maggiori dimensioni o di alta specializzazione per lo scambio di professionisti, sia per consentire agli interni di confrontarsi con una casistica più ampia, sia per attrarre casistica e sviluppare competenze attraverso la presenza in azienda di professionisti di particolare reputazione. Queste soluzioni, impiegate per esempio nella chirurgia dell'Ospedale Santorso nell'Aulss Pedemontana come nell'ortopedia dell'Ospedale di Casale Monferrato nell'Asl di Alessandria, prevedono la presenza di specialisti esterni con l'obiettivo di formare i colleghi interni più giovani aumentando la numerosità della casistica in ragione del riconoscimento professionale che portano con sé. Meno frequente, ma comunque presente, è la possibilità per i medici più giovani di passare interi periodi in centri specialistici per formarsi: questa alternativa è tuttavia meno impiegata a causa della carenza di personale che le aziende devono affrontare.

Anche i rapporti con le Scuole di Specializzazione e con le Università sono citati come network preziosi per consentire al personale lo sviluppo delle competenze professionali attraverso, per esempio, attività di ricerca. Per inciso, queste relazioni sono indicate anche come leve per potenziare il reclutamento dei giovani.

Rispetto al tema del miglioramento della distribuzione del personale tra le diverse sedi di erogazione dei servizi, sono state sperimentate – per esempio nell'Asl di Alessandria e nell'Asst Sette Laghi – soluzioni per offrire prospettive differenti ai professionisti (sullo stile delle equipe itineranti) nella rotazione tra le diverse sedi di erogazione delle prestazioni, con differenti forme di specializzazione. Fattore abilitante per questa strategia sembra essere stato l'utilizzo della leva organizzativa attraverso la revisione dei modelli di servizio che hanno visto anche l'accorpamento di UO diverse sotto un'unica direzione in modo da facilitare l'individuazione di coerenze tra lo sviluppo professionale dei singoli professionisti e tra gli sviluppi personali dei professionisti e le esigenze di copertura dei fabbisogni assistenziali.

Nelle esperienze studiate, emerge inoltre il tentativo di trovare spazio per la creazione di vere e proprie nicchie di eccellenza da usare come richiamo dei professionisti anche attraverso l'ammodernamento delle tecnologie disponibili (Asl di Latina e Asl di Alessandria).

In alcuni casi è stata segnalata anche l'intenzione di sfruttare maggiormente

le potenzialità della telemedicina per ampliare la casistica e il raggio d'azione dei professionisti, oltre che per coprire le aree più periferiche anche da remoto, migliorando le condizioni di lavoro dei medici, meno dipendenti dagli spostamenti fisici per visite, consulti e refertazioni, laddove possibile e opportuno dal punto di vista clinico.

Infine, da alcune realtà analizzate, come l'Asst Sette Laghi, arriva la suggestione di arricchire sempre più la formazione degli specializzandi, anche con l'esperienza nelle strutture territoriali come le Case della Comunità. Si tratta di una soluzione pensata per sviluppare competenze sull'intera filiera dei servizi, oltre che per orientare le prospettive individuali di crescita, tenendo conto dei fabbisogni delle popolazioni assistite che, sempre più, mostrano bisogni cronici e sociosanitari.

Oltre a cercare di contenere le criticità, dall'analisi emerge come le aziende cerchino anche di far leva sui propri tratti distintivi: l'esperienza dei professionisti intervistati mostra come le sedi periferiche possano essere luoghi in cui avere buone possibilità di sviluppo professionale avendo bassa pressione competitiva tra colleghi e opportunità di personalizzazione dei percorsi di crescita. Un'attenzione particolare delle aziende (Aulss Pedemontana *in primis*) è stata, in questo senso, posta nella selezione e nella formazione dei responsabili delle UO, individuati essi stessi come fattori di attrattività e di *retention* per l'azienda, se in grado di creare condizioni di lavoro coerenti con le aspettative di crescita dei diversi professionisti. Ricordiamo, infatti, che le condizioni e il clima di lavoro sono tra le principali cause di dimissioni in ambito sanitario, anche per le opportunità alternative che il mercato del lavoro offre.

Le aziende analizzate evidenziano anche come siano in grado, proprio per la condizione di *spoke* di molti dei loro presidi e per la loro vocazione territoriale, di proporre condizioni di lavoro che possono consentire un miglior bilanciamento tra vita privata e professionale, aspetto al quale sembrano particolarmente sensibili soprattutto i professionisti più giovani. La leva economica, infine, è stata citata come fattore di criticità rispetto alla rigidità dei sistemi retributivi aziendali. Tuttavia, è stata evidenziata come possibile strumento di attrattività soprattutto con riferimento alla possibilità di esercitare la libera professione, sia all'interno che all'esterno dell'azienda, in combinazione con l'opportunità – nei centri periferici anche più che in quelli di maggiori dimensioni – di costruirsi una buona visibilità professionale.

Le leve di gestione del personale (Wilson *et al.*, 2009) che sembrano essere state maggiormente utilizzate, dalle aziende analizzate, per migliorare la distribuzione del personale medico tra le diverse sedi di erogazione dei servizi sembrano essere, in ordine di intensità: il supporto nel creare opportunità professionali, la formazione per stimolare l'interesse per la medicina di comunità e la selezione (non in ingresso ma per l'assegnazione di incarichi di responsabilità organizzativa) per inserire i profili più adeguati all'ambito di riferimento.

Poco o per nulla utilizzate sembrano essere la leva degli incentivi economici e quella coercitiva (entrambe di limitatissimo impiego nei contesti analizzati).

Le sfide dell'attrattività e della *retention* si mostrano particolarmente critiche nella gestione dei PS, a causa delle tensioni nel mercato del lavoro (Henkens *et al.*, 2008).

Il primo problema in questo ambito è la carenza dei professionisti dell'emergenza urgenza, figure su cui si regge l'organizzazione del servizio. Tale carenza ha reso le condizioni di lavoro particolarmente critiche, generando frequenti fenomeni di abbandono tra i dipendenti. La situazione non sembra, peraltro, destinata a migliorare nel breve periodo data l'età media dei professionisti attualmente in forze, l'andamento dei recenti concorsi (spesso andati deserti) e lo scarso richiamo della specialità tra i giovani medici.

Un iniziale tentativo di risposta a questa situazione da parte delle aziende analizzate è stata la richiesta di disponibilità del personale interno delle altre discipline a sostenere i PS con turni aggiuntivi. A fronte della limitata risposta, dovuta anche alle generali carenze del personale illustrate precedentemente, tutte le aziende analizzate si sono trovate nella situazione di dover ricorrere all'esternalizzazione parziale del servizio. In questo modo le aziende hanno avuto tra i medici con contratti libero professionali ex dipendenti della sanità pubblica ora attivi con altre forme e condizioni di lavoro (ad esempio, una maggiore possibilità di scegliere quanti e quali turni coprire oltre a un diverso trattamento economico).

Con riferimento ai casi analizzati, le esternalizzazioni hanno riguardato dal 15/20% dei turni nei PS di Terracina e Fondi (Asl di Latina) al 60/70% di Novi Ligure e Casale Monferrato (Asl di Alessandria).

L'esternalizzazione dei turni in PS è avvenuta, in alcuni casi, a favore di cooperative, in altri, di società, alcune molto legate ai relativi territori altre più estese a livello nazionale. In tre casi su quattro l'esternalizzazione ha riguardato un blocco distinto (o per timing o per luogo organizzativo, ad esempio: tutte le notti, tutti i turni dei codici verdi, ecc.) in modo da ridurre il carico gestionale e i costi di coordinamento tra personale interno ed esterno.

Nella percezione degli intervistati la qualità del servizio, dopo un primo periodo di maggiore variabilità, sembra essere sentita come simile sia dai pazienti che dai professionisti. Viene segnalata qualche criticità per la disparità nelle condizioni remunerative e di lavoro tra personale interno ed esterno ma, allo stesso tempo, da parte degli strutturati emerge sollievo per il supporto ricevuto nella copertura dei turni, oltre al riconoscimento dell'esternalizzazione come unica via per tenere aperti PS altrimenti a rischio chiusura.

Tra gli elementi segnalati come più critici, emerge un più elevato carico organizzativo e burocratico in capo alle Direzioni dei PS e alle Direzioni Amministrative delle aziende. Per queste ultime, in particolare, l'impegno prevalente consiste nelle procedure di gara che richiedono tempistiche ampie se sopra

soglia comunitaria e frequenti rinnovi se sotto soglia. In almeno due dei casi analizzati sono state sperimentate gare brevi per affinare i contenuti e le condizioni per la costruzione di gare di più lunga durata che garantiscono maggiore continuità con vantaggio reciproco per entrambi i contraenti. La durata e le caratteristiche delle gare sono segnalate, infatti, come elementi di criticità anche da parte dalle cooperative e dalle società a cui sono esternalizzati i turni.

Dall'analisi emerge, inoltre, come le aziende stiano cercando di sperimentare soluzioni gestionali diverse per affrontare e, possibilmente, contenere il fenomeno. In particolare, con l'obiettivo di ridurre la dipendenza dal personale esterno, sono stati siglati accordi con alcune Università per facilitare il reclutamento, oltre a sfruttare gli spazi aperti da alcuni recenti provvedimenti normativi che consentono l'impiego di professionisti che non hanno ancora concluso il percorso di specializzazione, l'aumento del gettone per i turni aggiuntivi anche di medici di altri reparti, l'ampliamento del ricorso alla libera professione e la mobilità interna anche incentivata economicamente.

In una prospettiva di lungo periodo le aziende analizzate hanno avviato riflessioni per ripensare il servizio e ridurre il carico di lavoro e il fabbisogno di personale in PS. L'ipotesi è quella di un potenziamento dei servizi territoriali – Case della Comunità soprattutto – per filtrare meglio gli accessi, oltre ad un potenziamento dei servizi sociosanitari per evitare ricoveri ospedalieri impropri e impropri accessi in PS.

Sul piano amministrativo, invece, sono state identificate alcune procedure per ridurre il carico organizzativo della gestione esternalizzata dei turni (per esempio, con un supporto dedicato per verificare i requisiti professionali dei medici esterni).

Infine, dal momento che per le Direzioni dei PS la sfida principale riguarda il coordinamento del personale impiegato con regimi differenti, tra le soluzioni adottate per favorire l'integrazione tra personale interno ed esterno si segnala la richiesta da parte delle aziende agli enti terzi di un basso turnover tra i professionisti che coprono i turni in PS. Inoltre, sono state organizzate sessioni di formazione congiunta tra interni ed esterni per condividere prassi e procedure aziendali. Infine, per ridurre i costi di coordinamento, sono stati attivati canali di comunicazione informali, continui e immediati tra i responsabili delle unità operative e quelli delle cooperative.

Dall'analisi sono emerse alcune criticità, evidenziate anche dai gestori esterni, con particolare riferimento alle tensioni sul mercato del lavoro a cui si cerca di rispondere offrendo, oltre alla remunerazione, anche flessibilità nelle condizioni di lavoro, oltre alla formazione dedicata.

Rifacendosi al modello interpretativo di Henkens e colleghi (2008), è dunque possibile evidenziare come le aziende analizzate abbiano seguito prevalentemente due delle quattro strategie identificate per far fronte alle specifiche tensioni di mercato del lavoro dei PS: l'incremento dell'offerta di lavoro dei

professionisti già presenti e l'esternalizzazione di parte del servizio. In particolare, molta dell'attenzione è rivolta a come gestire l'esternalizzazione nel tentativo di contenerne gli elementi di criticità. I risultati sembrano essere meno critici di quanto percepito dall'opinione pubblica, a fronte però di uno sforzo organizzativo ed economico importante. Meno praticate sono state le opzioni legate all'impiego di nuovi gruppi di lavoratori (prassi più diffusa per altre figure professionali sanitarie, il cui reclutamento all'estero per esempio è più frequente) e gli aggiustamenti alla funzione di produzione (con interventi legati allo *skill mix change*).

Sullo sfondo delle riflessioni condivise con le aziende rimane il tema della revisione della rete di emergenza urgenza, per il quale si rimanda alla lettura anche del Capitolo 9 sui modelli dei PS.

11.7 Conclusioni

La concreta esperienza di aziende sanitarie pubbliche alle prese con un mercato del lavoro professionale particolarmente teso suggerisce l'idea che sia in atto un cambiamento strutturale nel ruolo che i temi legati alla gestione del personale hanno, e dovrebbero avere, nel funzionamento delle aziende. In termini meramente evocativi il cambiamento in questione potrebbe essere rappresentato come il passaggio della gestione delle risorse umane, con tutti i suoi meccanismi, da variabile dipendente a variabile indipendente.

La locuzione variabile dipendente rimanda a una condizione o concezione nella quale le scelte e gli strumenti normalmente collocati nell'area della direzione del personale sono solo chiamati a dare attuazione, e spesso in termini esclusivamente amministrativi, a scelte guidate da altre variabili. Elementi chiave per la gestione del personale quali i servizi offerti, la loro localizzazione, la tipologia di professionisti impiegati, sono definiti a priori, in relazione a bisogni e domande della popolazione, scelte programmatiche nazionali o regionali, indicazioni autonome rispetto alle priorità aziendali. All'insieme di compiti e meccanismi che afferiscono all'area della gestione delle risorse umane viene sostanzialmente affidata, come unica o prevalente responsabilità, quella di assicurare le eventuali procedure di reclutamento.

In un contesto di lungo periodo segnato dalla crisi del professionalismo classico e dalle sue conseguenze nel funzionamento delle aziende, le carenze di specialisti medici e di risorse infermieristiche hanno definitivamente reso evidente come politiche e strumenti di gestione delle persone devono cambiare ruolo. Da una parte, i loro livelli di efficacia, i risultati che sono stati in grado di ottenere, rilevano nel definire le opzioni effettivamente disponibili per scelte fondamentali dell'azienda, dall'altra, l'idea che i servizi sono anche e soprattutto quantità e qualità dei professionisti impegnati rendono la prospettiva del

personale una variabile strategica che deve concorrere nel determinare priorità e scelte. Se l'attrattività, a titolo di esempio, è fondamentale per riuscire ad avere i professionisti necessari, il grado di attrattività è un vincolo ineludibile nel breve periodo, mentre nel lungo diventa un elemento strategico in grado di condizionare tutti i possibili sentieri di sviluppo. La scelta di esternalizzare una funzione, con tutte le sue implicazioni a partire da tema della qualità clinica e dei meccanismi che la sorreggono, anche se generata da una emergenza, non può essere ridotta alla sola dimensione emergenziale.

In sintesi, variabile indipendente significa che le capacità di gestione del personale fanno parte a pieno titolo della gestione strategica dell'azienda e come tali, da una parte, devono essere coltivate e, dall'altra, devono riuscire a concretizzarsi in strumenti e meccanismi adeguati. In questa prospettiva di «strategizzazione» della gestione delle risorse umane nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche si pongono almeno tre questioni di particolare criticità: i contenuti rispetto alle politiche e gli strumenti, l'inserimento della «dimensione personale» nei processi decisionali e, infine, la strutturazione organizzativa della funzione.

Sul piano dei contenuti, il superamento della visione amministrativa richiede una disponibilità di concettualizzazioni ed evidenze alle quali attingere, disponibilità che non sempre sembra essere in quantità e qualità soddisfacente. La definizione e messa in atto di politiche e strumenti nella gestione del personale non possono, infatti, essere basati su impressioni estemporanee, e se il «buonsenso» e l'esperienza personale rimangono punti di riferimento irrinunciabili, da soli non sono più sufficienti rispetto alla complessità dei problemi e alle conseguenze che derivano dalle scelte. Guardando a concettualizzazioni ed evidenze, le esperienze concretamente utilizzabili sono limitate, mentre sul piano della letteratura manageriale i pur consolidati contenuti sul tema, fanno troppo spesso riferimento a sistemi e contesti culturali diversi dai nostri quando nel campo delle risorse umane in aziende sanitarie pubbliche le differenze istituzionali e culturali sono il più delle volte decisive. Il necessario cambiamento non può perciò contare su adeguate basi concettuali e solidi riferimenti operativi. Alle fisiologiche difficoltà di una trasformazione complessa si aggraverà quindi la necessità di costruire e consolidare in itinere le conoscenze, i modelli e gli strumenti necessari. In questo senso la sperimentazione di comunità di pratica, un esercizio del management da parte dei soggetti coinvolti particolarmente riflessivo e studiosi orientati a sviluppare conoscenze di elevato valore pragmatico sono tutti fattori che potrebbero fare la differenza.

I processi decisionali di valenza strategica sia a livello di sistema sia a livello aziendale hanno finora raramente incorporato la prospettiva delle risorse umane. A livello di sistema due esempi macroscopici sono, da una parte, gli standard previsti dal PNRR chiaramente irrealistici rispetto al numero di infermieri che potranno essere effettivamente disponibili e, dall'altra, l'abnorme numero (cosiddetto programmato) di ingressi a corso di laurea a Medicina sen-

za alcuna riflessione su quale modello di assistenza possa essere in grado di assorbire un tale numero di professionisti in formazione. A livello aziendale il contributo al rapporto dello scorso anno (Del Vecchio *et al.*, 2022) segnalava la difficoltà di produrre decisioni aziendali sul terreno dei servizi e dell'organizzazione del lavoro coerenti con le prevalenti, e strutturali, condizioni del mercato del lavoro professionale. Molti fattori concorrono a determinare tale situazione, ma due di essi appaiono di particolare criticità. Il primo è la ben conosciuta tendenza del mondo pubblico a concentrarsi sulle decisioni in sé (la delibera, il provvedimento normativo) piuttosto che sul processo e, soprattutto, i suoi effetti. Una focalizzazione sugli effetti reali, e non sul consenso o la «*compliance* normativa», renderebbe evidente la necessità di considerare la dimensione del personale come elemento fondamentale che dovrebbe permeare l'intero processo decisionale. Il secondo rimanda al tema dei contenuti, precedentemente menzionato, e a quello della strutturazione della funzione, di seguito affrontato. In assenza di contenuti solidi e di attori organizzativi legittimati a porre problemi e offrire soluzioni, i temi delle risorse umane difficilmente potranno trovare spazio nei processi decisionali, strategici o operativi che siano. Anche in questo caso non è semplice indicare interventi risolutivi, si tratta di stimolare una evoluzione complessiva che non può che partire da una presa di coscienza dell'esistenza del problema e da una sufficiente condivisione nel sistema e tra gli attori di ciò che lo determina.

Da ultimo, ed è probabilmente il punto da cui partire per innescare il cambiamento, vi è la questione della strutturazione. Lasciando qui da parte il tema della strutturazione a livello di sistema, ovvero di come l'assetto istituzionale ripartisca le responsabilità tra ministeri, agenzie, regioni, enti intermedi, senza riuscire a produrre una sintesi efficace, è opportuno porre l'attenzione sulle aziende. A questo livello le unità specializzate che dovrebbero occuparsi di personale sono quasi esclusivamente impegnate sul versante amministrativo. Le uniche tracce di politiche e strumenti di gestione delle risorse umane possono, invece, essere ritrovate nelle direzioni dei «silos professionali». Come già sottolineato, in aziende di tali dimensioni e complessità la gestione del personale ha bisogno di competenze specializzate e di prospettive unitarie a livello aziendale. Stante l'attuale grado di maturazione della funzione nel contesto sanitario pubblico, si tratta di condizioni difficilmente compatibili con scelte di decentramento e allocazione di responsabilità lungo le linee, soprattutto se di natura professionale. La costruzione di una «funzione forte» del personale in grado anche di imporre temi in agenda e di partecipare alla costruzione e realizzazione delle strategie è un esercizio complicato che dal punto di vista delle singole aziende passa attraverso la realizzazione di due non semplici condizioni. La prima è l'identificazione di professionisti in grado di ricoprire un ruolo del tutto nuovo e per il quale l'esperienza in aziende di natura diversa potrebbe non rappresentare una sufficiente garanzia. Anche la possibilità di

attingere agli attuali «capi del personale», salvo le dovute eccezioni, sembrerebbe poco prudente considerato il radicale cambiamento, anche culturale, richiesto rispetto alle funzioni che caratterizzano l'attuale ruolo. Rimane quindi la necessità di costruire una nuova leva di professionisti attraverso un adeguato mix di formazione, *learning by doing* e alimentazione di network professionali. In questa prospettiva il livello regionale e alcune agenzie nazionali potrebbero giocare un ruolo decisivo. La seconda è rappresentata dalla necessità, nella costruzione di una robusta funzione unitaria a livello aziendale, di non perdere quanto finora sviluppato dalle e nelle linee, non solo per evitare inutili guerre di posizione che possono bloccare ogni possibilità di sviluppo, ma anche perché le aziende non possono permettersi il lusso di disperdere il solo, per quanto limitato, patrimonio disponibile di competenze ed esperienze.

La sfida di strategizzare la funzione del personale nel sistema sanitario pubblico e nelle sue aziende richiederà risorse, energie e costanza, ma, purtroppo, le condizioni in cui il sistema si troverà a operare e le probabili crisi che dovrà affrontare si incaricheranno di dimostrare la bontà e ritorni degli investimenti augurabilmente fatti.

11.8 Bibliografia

- AHEAD (2022), «Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts», *EU level research brief*.
- Birch, S., Mason, T., Sutton, M., & Whittaker, W. (2013), «Not enough doctors or not enough needs? Refocusing health workforce planning from providers and services to populations and needs», *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2), pp. 107–113. Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.1177/1355819612473592>
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., Pashen, D. (2010), «Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy», *Austrian Journal of Rural Health*
- Couper, I.D., Hugo, J., Conradie, H. (2007), «Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas», *South African Medical Journal*
- Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., & Vidè, F. (2022), «Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi», *Rapporto OASI 2022*, Egea.
- Del Vecchio, M., Montanelli, R., Sartirana, M., & Vidè, F. (2021), «Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19», *Rapporto OASI 2021*, Egea.
- Dussault, G., Franceschini, M. (2006), «Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce», *Human Resources for Health*, 2006: 4(12).

- Grobler, L., Marais, B.J., Mabunda, S. (2015), «Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas», *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 6
- Henkens, K., Remery, C., Schippers, J. (2008), «Shortages in an ageing labour market: an analysis of employers' behaviour», *The International Journal of Human Resource Management*, 19:7, pp. 1314-1329, Disponibile a questo link, DOI: 10.1080/09585190802110117
- Masnick, K., & McDonnell, G. (2010), *A model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics*.
- OECD & International Labour Organization. (2022), *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce*, OECD, Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>
- Richards, H., Farmer, J., Selvaraj, S. (2005), «Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands», *Rural and Remote Health*: 5(365).
- Weinhold, I., Gurtner, S. (2014), «Understanding shortages of sufficient health care in rural areas», *Health Policy*: 118(2), pp. 201-214.
- World Health Organization. (2022), *Health and care workforce in Europe: Time to act*, WHO.
- Wilson N., Couper I., De Vries E., Reid S., Fish T., Marais B. (2009), «A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of health-care professionals to rural and remote areas», *Rural and Remote Health*, 9: 1060, Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.22605/RRH1060>.
- World Health Organization (2021), *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote area*.