

PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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



Università
Bocconi

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

Claudio Buongiorno Sottoriva
CERGAS, SDA Bocconi

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

AGENDA

- Introduzione al capitolo
- Le carenze di personale medico nel sistema sanitario
- Come rispondere
 - Aumentare l'attrattività nei presidi periferici
 - Gestire il ricorso alle esternalizzazioni nei PS
- Conclusioni



Introduzione, scopo del capitolo e metodi di ricerca

Contesto

- **Carenza di personale medico** (e di altri professionisti) a tutti i livelli (internazionale, nazionale, aziendale, locale) e in tutti i segmenti del sistema sanitario
- **Ricorso a forme di lavoro non convenzionale** generalizzato e ampiamente criticato

Domanda di ricerca

- Qual è la dimensione della **carenza di personale medico nei prossimi anni**?
- Quali sono i fattori che influenzano i medici nella scelta del luogo di lavoro e limitano/favoriscono la **disponibilità a lavorare presso aree periferiche**?
- Quali le **implicazioni economiche e organizzative dell'esternalizzazione di turni**, sia per i datori di lavoro (aziende sanitarie) che per i fornitori di lavoro (singoli professionisti e agenzie/cooperative)?

Metodi

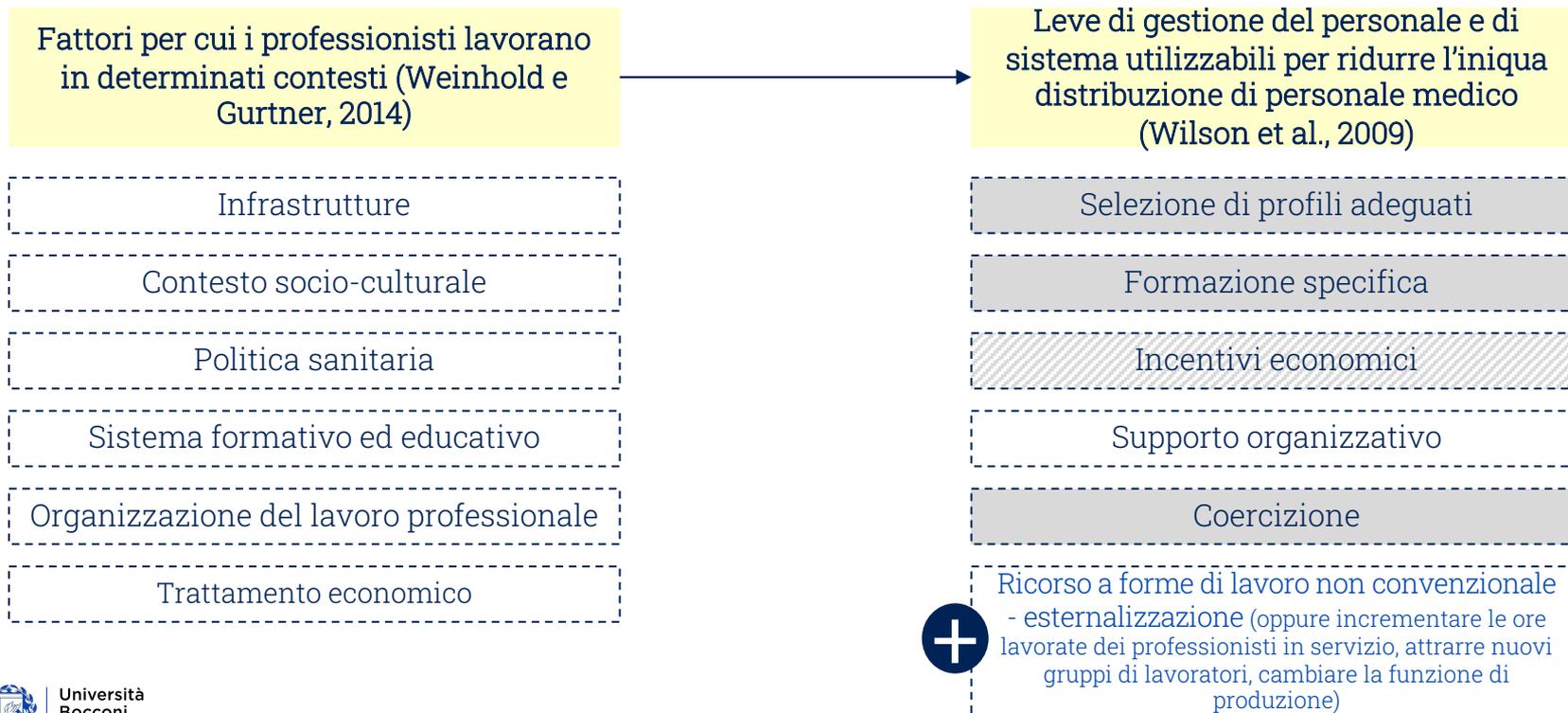
- **Desk research**
- **Review della letteratura**
- **Quattro case studies**, con interviste a:
 - ✓ DG/DS/Direttore risorse umane
 - ✓ Direttore Pronto Soccorso/DEA
 - ✓ Responsabile cooperativa
 - ✓ Direttore UO e professionisti cardiologi che operano presso ospedali periferici
 - ✓ Direttore UO e professionisti ortopedici che operano presso ospedali periferici



Le carenze di personale medico oggi



La letteratura accademica sul tema



Attrattività nei presidi periferici: i fattori professionali

Autonomia

+ (essere il responsabile, essere imprenditoriale, sperimentare più spazio per l'azione, assumersi responsabilità, lavorare con proattività)
 vs – (sperimentare isolamento professionale)

Visibilità

+ (essere un membro fondamentale della comunità, non essere uno tra i tanti)
 vs – (essere in un'istituzione meno prestigiosa, sentirsi un professionista di seconda classe, avere ridotte possibilità di carriera)

Competenza

+ (diventare un professionista a tutto tondo, sviluppare le proprie nicchie di specializzazione, godere di un tutoraggio professionale personalizzato, imparare attraverso la pratica reale)
 vs – (deprofessionalizzarsi, interagire con colleghi demotivati, limitare gli aggiornamenti delle conoscenze professionali, vedere meno casi)

Scopo

+ (essere importanti per i pazienti, seguire i pazienti nel tempo, valorizzare il proprio contributo)
 vs – (mancanza di direzione, perdere traccia dei pazienti)



Attrattività nei presidi periferici: l'organizzazione

- **Il primariato** (fitta rete professionale, capacità didattiche, competenze tecniche, visione, clima di lavoro)
- **Il carico di lavoro e l'ambiente** (buon equilibrio tra lavoro e vita privata, qualità delle relazioni umane)
- **La disponibilità di risorse** (disponibilità di risorse umane e strutturali, minore competizione per le risorse scarse, risorse tecnologiche)
- **L'investimento nello sviluppo professionale** (percorsi di sviluppo individuali, professionisti esterni per insegnare e praticare, opportunità di formazione professionale, attività di ricerca)
- **La strategia aziendale** (collaborazione con le università, buona integrazione hub-periferia, visibilità ai professionisti, rapporti con il top management e l'amministrazione, specializzazione strategica degli ospedali)



Forme di lavoro non convenzionale nei PS (1)

Stima dei turni di PS esternalizzati, campione di 4 ASL, giugno 2023

	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4
Regione	Piemonte	Lazio	Lombardia	Veneto
Numero di presidi nella rete dell'emergenza-urgenza	1 DEA di II livello; 2 DEA di I livello; 2 Ospedali di base con PS; 1 PS di area disagiata	1 DEA di II livello, 1 DEA di I livello, due PS pubblici e 1 privato accreditato	1 DEA di II livello, 5 ospedali con PS	2 DEA di II livello e 1 PS di area disagiata
PL aziendali programmati	Tra 1.230 e 900			
Stima dei turni di PS esternalizzati	65-70% nei DEA I livello	16-20% nei due PS pubblici	40% in 4 PS su 5	50% nel PS di area disagiata e in uno dei DEA di II livello

Ricorso a turni aggiuntivi remunerati del personale interno

Ricorso a contratti libero professionali, spesso con pensionati o ex dipendenti

Esternalizzazione di turni

Modificazione alla «funzione di produzione»



Università
Bocconi

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

Forme di lavoro non convenzionale nei PS (2)

Criticità

Alto **carico burocratico** per le direzioni, con varietà di supporto da parte dell'amministrazione

Ampia **variabilità di natura, scopi, organizzazione** degli attori che forniscono personale in *outsourcing*

Anche i fornitori esterni sperimentano le tensioni sul mercato del lavoro

Assenza di soluzioni o progetti avanzati per la **riorganizzazione dei servizi** (es. codici minori)

Frequenti **abbandoni di dipendenti** (ragioni professionali e personali oltre che economiche)

Esborso economico rilevante per le aziende

Aspetti positivi o degni di nota

Esternalizzazione per «blocchi» (es. turni notturni) e specialmente di gestione **codici minori**

Ampia **variabilità qualitativa all'inizio** dei contratti, che si è stabilizzata nel tempo **verso un livello medio-alto**

Sollievo del personale dipendente prevalente rispetto a percezione di disparità remunerative e organizzative

Ricorso a gare **brevi come forma di apprendimento**

Programmazione di lungo periodo per **ridurre la dipendenza da esternalizzazioni**

Variabilità inter e intra-aziendale rispetto alle carenze di personale senza una direzione univoca

Formazione congiunta e altre iniziative di **integrazione** del personale esterno che diventa stabilmente coinvolto



Conclusioni – la funzione risorse umane

«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.»

- **Cambiamento strutturale** nel ruolo della funzione delle Risorse Umane
 - da strategia che informa la gestione delle risorse umane alla **strategicità delle scelte in tema di personale**
 - da variabile dipendente a **variabile indipendente**
- **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
 - Le **politiche e gli strumenti** a disposizione (es. comunità di pratica, management auto-riflessivo, connubio ricerca-pratica);
 - l'inserimento della "dimensione personale" nei **processi decisionali** a tutti i livelli (es. PNRR e standard infermieristici, posti a bando di medicina, decisioni di skill-mix a livello aziendale);
 - la **strutturazione organizzativa** della funzione (competenze specializzate, non solo nei silos professionali, e partecipazione alle decisioni strategiche).



Team di Ricerca



*Claudio Buongiorno
Sottoriva*



Mario Del Vecchio



Giorgio Giacomelli



Roberta Montanelli



Marco Sartirana



Francesco Vidè



Università
Bocconi

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

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
claudio.buongiorno@unibocconi.it

CERGAS Bocconi
Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia |
| www.cergas.unibocconi.it