

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di 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 sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

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





Collana CERGAS

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





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

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

 Egea

14 Prime ricognizioni sul fenomeno del cambiamento dello skill mix nel SSN

di Giancarlo Faletti, Cristina Filannino, Federico Lega e Marco Sartirana¹

14.1 Introduzione

Diversi sono i fattori che stanno determinando un cambiamento nell'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie:

- ▶ l'evoluzione dei bisogni dei pazienti che rende necessario il superamento del modello di sanità centrato sulla risposta a bisogni clinici a favore di uno che dia risposta adeguata anche alle numerose esigenze di natura assistenziale;
- ▶ la crescente domanda di valorizzazione da parte delle professioni sanitarie che è indirizzata a ridefinire le competenze e le responsabilità professionali, anche attraverso interventi sulla normativa e sul sistema universitario (Del Vecchio e De Pietro, 2011);
- ▶ la riduzione del finanziamento pubblico per la sanità che determina l'esigenza di contenere i costi per il personale, anche attraverso la sostituzione di profili professionali con livelli retributivi elevati con figure con retribuzioni inferiori;
- ▶ lo *shortage* medico, determinato da un lato dalla differenza tra il numero dei medici che va in pensione e quello dei nuovi medici formati dall'università e dall'altro dalla riduzione delle ore medie lavorate in ragione della progressiva femminilizzazione e dell'invecchiamento del personale (De Pietro, 2009);
- ▶ le innovazioni organizzative e di gestione operativa degli ospedali che assegnano al personale delle professioni sanitarie crescenti aree di responsabilità nella presa in carico del paziente;
- ▶ il progressivo trasferimento di servizi in *setting* assistenziali territoriali o domiciliari, nei quali i servizi più difficilmente possono essere erogati da medici e richiedono invece l'intervento di professionalità diverse.

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. Il §14.2 è in ogni caso da attribuirsi a Giancarlo Faletti, i §§ 14.4 e 14.5 a Cristina Filannino, il § 14.6 a Federico Lega e i §§ 14.1 e 14.3 a Marco Sartirana. I casi aziendali sono stati realizzati grazie alla generosa disponibilità di Lucia Colombi, Fausto Mariotti e Lorenzo Baragatti.

Tali fenomeni stanno producendo un'evoluzione dello *skill mix*, inteso come la combinazione di figure professionali richieste per prestare assistenza sanitaria ai pazienti (Richardson et al., 1998; McKee et al., 2006). Al cambiamento dello *skill mix* si accompagna il trasferimento di compiti e attività da un gruppo professionale ad un altro. Se ciò avviene tra gruppi paritetici, con analoghi livelli di formazione ed *expertise* ma con diverse appartenenze disciplinari, il fenomeno è definito di sostituzione orizzontale. Se invece – ed è questo l'oggetto del presente lavoro – il trasferimento avviene tra domini professionali in cui uno è subordinato all'altro, ad esempio in termini di potere, autonomia ed *expertise*, il fenomeno è definito di sostituzione verticale (Nancarrow e Borthwick, 2005). Da un punto di vista concettuale è importante distinguere questo fenomeno di vera e propria sostituzione (*substitution*) da quello di arricchimento (*enrichment* o *enhancement*) delle mansioni. Quest'ultimo è caratterizzato dall'assorbimento di compiti superiori (con maggiori livelli di responsabilità, autonomia o complessità) ma all'interno del medesimo ambito disciplinare (Dubois e Singh, 2009). Esso può anche essere originato da risposte ad innovazioni tecnologiche, organizzative o a nuovi modelli assistenziali, ed essere acquisito attraverso formazione aggiuntiva o esperienze maturate sul campo, ma si distingue per il fatto che rimane sempre nell'ambito dei «confini» del sapere e della pratica professionale.

L'esperienza mostra che molte aziende del nostro Paese per sopperire alla mancanza di medici, e pur a costo di «forzare» quanto previsto dai profili professionali, hanno progressivamente trasferito alcune funzioni a personale delle professioni sanitarie. È il caso ad esempio di prestazioni svolte da personale infermieristico in cui il medico rimane supervisore formale anche se fisicamente non presente al momento dell'erogazione della prestazione. O di situazioni in cui si pratica un significativo allargamento delle mansioni al personale dell'assistenza durante i turni notturni. Inoltre alcune attività sono già interamente svolte da personale infermieristico, ma la responsabilità (di firma, di direzione) è ancora assegnata a un medico (es. ambulatori cd. infermieristici, *see&treat*, ecc.). Queste soluzioni spesso sono state introdotte come risposta occasionale ad emergenze, senza una pianificazione di lungo periodo delle competenze dei professionisti. Ad oggi la maggior parte delle aziende ha reagito al fenomeno in modo passivo, mentre appare evidente la necessità di affrontarlo in maniera consapevole e strategica, lavorando a più livelli: dal dimensionamento degli organici, alle politiche di assunzione, alle scelte di micro-organizzazione dei reparti e delle aree assistenziali, al disegno di sistemi che garantiscano la motivazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti.

Tali riflessioni sono oggetto del presente capitolo, che approfondisce il tema dello *skill mix change* con particolare riferimento al rapporto tra medici e infermieri e tra infermieri e personale di supporto assistenziale. Viene anzitutto pre-

sentato (§ 2) il quadro normativo e dunque i vincoli e le opportunità offerte dalla legislazione vigente. Nel § 3 viene quindi offerta una sintesi della letteratura sui risultati delle esperienze di cambiamento dello *skill mix* nonché una rassegna di alcune esperienze avviate a livello internazionale. Il § 4 presenta i due casi aziendali della AUSL di Grosseto e della AREU Lombardia, mentre il § 5 propone un quadro interpretativo sul tema dell'evoluzione dello *skill mix*. Il capitolo si chiude (§ 6) con alcune riflessioni conclusive e proposte di management e policy.

14.2 Il quadro normativo nazionale con riferimento alla professione infermieristica

La comprensione del perimetro in cui si situa oggi l'autonomia professionale dell'infermiere non può prescindere da un'attenta analisi dell'evoluzione della normativa.

La classificazione delle professioni sanitarie risale all'art. 99 RD 27/7/34 n. 1265 «Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie» che le suddivideva in:

- ▶ professioni sanitarie c.d. principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, odontoiatra);
- ▶ professioni sanitarie ausiliarie (ostetrica, assistente sanitario, infermiere, secondo la terminologia attuale);
- ▶ arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, infermiere generico, ottico, tecnico di radiologia, ecc...).

Il campo di esercizio professionale dell'infermiere è stato regolato, in quella logica e per lunghi anni, dal DPR 225/1974 (cd. «mansionario») in forza del quale erano elencati i compiti che egli doveva eseguire, escludendo ogni sua partecipazione alla fase decisionale sottesa a quegli atti.

Con l'art. 6, comma 3, D.lgs. 502/1992 si è attribuito al Ministro della Sanità il compito di individuare, con proprio decreto, «le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione». In attuazione di quel potere, il Ministro ha adottato il D.M. 739/1994 con cui individuava la «figura professionale dell'infermiere» e gli attribuiva il profilo di «operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica». Tra le attribuzioni dell'infermiere spiccava quella di «agire sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali», archiviando – in diritto, oltretutto nei fatti – il ruolo ancillare della professione per attribuirgli un (definito) ambito di autonomia e, di riflesso, di collaborazione.

La svolta normativa è sopravvenuta, però, con la L. 42/1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie» con cui la denominazione ex T.U. 1265/34 di «professione sanitaria ausiliaria» è stata sostituita da quella di «professione sanitaria» e il «mansionario» è stato definitivamente abrogato. Contestualmente è stato determinato il campo di attività e responsabilità delle professioni sanitarie individuate con D.M. Sanità ex art. 6 D.lgs.502/92 secondo tre criteri: i) i contenuti del D.M. istitutivo del profilo professionale; ii) gli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base; iii) gli specifici codici deontologici; e nel rispetto di due limiti: i) fare salve le competenze previste per le professioni mediche e sanitarie per le quali è richiesta la laurea; ii) nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

La successiva L.251/2000 ha ribadito (art. 1) che gli operatori sanitari dell'area delle scienze infermieristiche «svolgono con autonomia professionale» le attività di loro competenza in materia di salute individuale e collettiva, «espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obbiettivi dell'assistenza».

Da ultimo, la L.43/2006 ha previsto che l'esercizio delle professioni sanitarie – tra cui quella di infermiere – sia subordinato «al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale abilitante all'esercizio della professione». È perciò istituito il relativo «ordine professionale» cui è – tra l'altro – demandata la gestione dell'«albo professionale» l'iscrizione al quale «è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti». Il personale laureato, a seconda del percorso di studi svolto, è infine articolato in: professionisti; professionisti coordinatori; professionisti specialisti; professionisti dirigenti.

A partire dalle generali definizioni normative vanno perciò individuati in concreto gli ambiti di esercizio in autonomia della professione i cui contenuti sono circoscritti, in positivo, nella descrizione del profilo professionale e, in negativo, nelle competenze delle (altre) diverse professioni medico/sanitarie di laureati.

Come spesso accade, il quadro normativo delinea quindi gli ambiti entro i quali ciascun protagonista è abilitato a muoversi, ma non precisa quali specifici compiti o quali dettagliate mansioni siano appannaggio dell'uno o dell'altro soggetto. Non a caso, il risalente «mansionario» è stato abbandonato non solo per la nuova strutturazione professionale assegnata alle professioni ausiliarie ma anche perché quella impostazione non pare più adeguata al sopravvenuto modo di lavorare. Al contempo, neppure esiste un riferimento legislativo che dettagli i contenuti specifici dell'«atto medico». La normativa definisce quindi solo una cornice, che gli attori istituzionali, anzitutto il sistema universitario da un lato e le Regioni dall'altro, sono chiamati a riempire di contenuto. L'alternativa non auspicabile è che, in una situazione di sostanziale «vuoto normativo», sia la magistratura a svolgere questo compito.

14.3 Analisi della letteratura e delle esperienze internazionali

14.3.1 La letteratura sui risultati del cambiamento nello *skill mix*

L'analisi della abbondante letteratura internazionale sconta alcune limitazioni in quanto la definizione del concetto di *skill mix* è molto ampia, il tema è trattato da diverse prospettive (organizzazione sanitaria, politiche sanitarie, scienze infermieristiche, discipline medico-chirurgiche, sociologia delle professioni), gli studi sono sviluppati in contesti specifici e quindi i risultati non sono facilmente generalizzabili, e da ultimo una rilevante parte della letteratura presenta una certa debolezza metodologica.

Alcune *review* mostrano risultati relativi ad esperienze di trasferimento di competenze da medici ad altre professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica ed ostetrica, e nella maggior parte dei casi in riferimento all'assistenza territoriale. Il risultato più rilevante, riportato sia da rassegne in ambito manageriale o di *policy* (Buchan e Calman, 2005; Sibbald et al., 2004; Dubois e Singh, 2009) che da *review* cliniche sistematiche (Dealy, 2001, con riferimento all'emergenza; Horrocks et al., 2002; Laurent et al., 2005 con riferimento alle cure primarie), è che negli studi recensiti non si riscontrano differenze significative in termini di *outcome* clinici: la qualità dei servizi erogata da personale infermieristico è risultata non inferiore a quella offerta dai medici. Al contempo viene riportato un aumento nella soddisfazione dei pazienti, grazie all'incremento del tempo dedicato alla comunicazione da parte degli operatori. Con riferimento invece ai risparmi di costo e di consumo di risorse gli studi analizzati presentano risultati molto diversi, per cui non è possibile esprimere un giudizio di sintesi.

Un altro ambito di cambiamento dello *skill mix* trattato in letteratura è quello della sostituzione del personale infermieristico con personale di supporto al fine di utilizzare in modo appropriato le diverse professionalità e contestualmente ridurre il costo del personale. Diversi studi infermieristici realizzati in contesti ospedalieri mostrano come una percentuale significativa del lavoro svolto dagli infermieri sia in realtà trasferibile a personale ausiliario (si veda ad es. Dubois e Singh, 2009; Bruyneel et al., 2013). Vi sono al contempo ricerche più critiche, pubblicate soprattutto su riviste infermieristiche in ambito statunitense, che sviluppano analisi economiche del trasferimento di attività dal personale infermieristico a quello di supporto. Esse mostrano come i benefici economici sono in realtà apparenti in quanto i risparmi sarebbero compensati da costi dovuti a minor produttività e maggior *turnover* e assenteismo del personale meno qualificato. Tuttavia i risultati di tali analisi sono contrastanti (Sibbald et al., 2004) e presentano alcune debolezze dal punto di vista metodologico (Buchan e Dal Poz, 2002).

14.3.2 Alcune esperienze internazionali

Una analisi comparativa sullo *skill mix* non può prescindere dal considerare anzitutto la differenza tra sistemi sanitari in termini di dotazione di risorse, quadro normativo, cultura, rapporti tra le professioni, ecc. Elemento di evidente rilevanza è, ad esempio, il numero di medici ed infermieri presenti nei diversi Paesi. In Figura 14.1 sono riportati i dati relativi ai Paesi OCSE da cui si evincono differenze importanti sia in termini di dotazione assoluta di questi profili professionali che in termini di rapporto tra personale medico e infermieristico. L'Italia è un Paese che storicamente ha avuto un elevato numero di medici ma che negli ultimi anni, a seguito di politiche di forte riduzione degli ingressi, si è progressivamente avvicinato (4,1 medici per mille abitanti) ai valori medi europei. Al contempo, il numero degli infermieri abitanti rimane significativamente al di sotto della media OCSE (6,4 per mille abitanti).

Tuttavia lo *shortage* di personale medico è solo uno tra i motivi alla base delle scelte di cambiamento dello *skill mix*. Numerosi Paesi infatti hanno avviato tali politiche in risposta a criticità di natura anche molto diversa tra loro, quali ad esempio la necessità di ridurre i costi del sistema sanitario, l'implementazione di riforme nell'organizzazione dei servizi, la ridefinizione dei percorsi universitari e dei rapporti tra le professioni, ecc. Se alcune di queste criticità sono comuni a molti Paesi occidentali, altre riguardano contesti specifici. Ogni confronto tra scelte di cambiamento nello *skill mix* deve quindi considerare le diverse finalità che le hanno determinate, nonché la pluralità di innovazioni normative, formative, di gestione sanitaria o di organizzazione del lavoro che hanno accompagnato tali politiche. Riportiamo di seguito le esperienze di Regno Unito, Francia, Finlandia e Stati Uniti, selezionate in quanto sono quelle per cui la nostra analisi della letteratura ha riportato il maggior numero di informazioni.

Regno Unito

Il Regno Unito è un Paese con un basso tasso di medici (2,8 per mille abitanti) che per contrastare lo *shortage* ha avviato in maniera decisa iniziative di reclutamento di medici dall'estero e di revisione dello *skill mix*, introducendo pur in assenza di un riconoscimento legislativo o di titoli formali abilitanti gli *advanced nurse practitioners*. In diversi contesti ad essi è attribuita la facoltà di effettuare diagnosi relative a condizioni cliniche definite applicando protocolli predeterminati, richiedere approfondimenti diagnostici, ricoverare e dimettere pazienti in autonomia, prescrivere farmaci (in alcuni casi solo se inclusi in uno specifico prontuario o se all'interno di un piano terapeutico concordato con il medico). Tali ruoli si sono diffusi inizialmente nell'area dell'assistenza territoriale dove sono progressivamente aumentati a seguito della diffusione della medicina di gruppo e dell'autonomia gestionale dei Medici di Famiglia (Sibbald et al., 2006). Professionalità simili sono state più recentemente introdotte anche in area ospede-

Figura 14.1 **Numero di medici e infermieri (Paesi OCSE)**



Fonte: OECD, 2013

daliera e soprattutto nell'area dell'emergenza. In Pronto Soccorso ad esempio gli infermieri possono effettuare autonomamente diagnosi relative a una casistica definita, assumere le relative decisioni cliniche e dimettere i pazienti. Un altro esempio di applicazione è quello del servizio telefonico di consulenza sanitaria assegnato a professionisti infermieri che offrono indicazioni cliniche in base all'analisi dei sintomi descritti dai pazienti e grazie all'ausilio di protocolli informatizzati. Allo stesso tempo sono stati introdotti ruoli maggiormente qualificati per il personale di supporto: gli *assistant practitioners* possono prestare servizi assistenziali al paziente, somministrare terapie in vena, applicare cateteri o mobilitare il paziente in applicazione di protocolli definiti e sotto la supervisione dell'infermiere (Department of Health 2003; Spilsbury et al., 2009). Tali cambiamenti hanno beneficiato del supporto della componente medica (Buchan e Calman, 2005) e sono stati fortemente voluti e sostenuti dal governo centrale (Department of Health 2001, 2002; Wanless, 2002).

Francia

In Francia il numero di medici e infermieri è sostanzialmente allineato ai valori medi dei Paesi OCSE, ma da un lato la previsione di uno *shortage* rispetto alla domanda di medici e dall'altro la pressione per contenere la spesa sanitaria hanno reso il cambiamento dello *skill mix* un tema di grande attualità negli ultimi anni. Il Paese è caratterizzato peraltro da una debole rappresentanza delle associazioni professionali, che rendono il governo centrale il vero decisore in merito alle politiche di accesso ai corsi di laurea e di pianificazione del personale sanitario (Rechel et al., 2006). Nel 2003 sono stati istituiti quattordici progetti pilota che hanno visto applicazione di innovazioni nello *skill mix* in aree quali il trattamento della dialisi, il diabete di tipo 2 o i *follow up* in radioterapia (Or, 2010). Sulla base dei risultati di questi progetti e a seguito di una consultazione popolare nel 2008 la Haute Autorité de Santé (HAS) ha emanato raccomandazioni che miravano a riformare i percorsi formativi e la normativa nazionale al fine di favorire il trasferimento di attività dai medici alle altre professioni sanitarie, e di sviluppare Master universitari per infermieri specialisti (Bourgueil, 2010). L'obiettivo era parallelamente quello di superare il modello mansionariale di attività infermieristica (il cd. *role propre*) a favore di un approccio più olistico e responsabilizzante. Tuttavia il recepimento di queste proposte è stato fortemente rallentato dall'opposizione dei sindacati medici e infermieristici, e il governo centrale ha optato per l'avvio di iniziative di natura solo sperimentale. Il tema rimane comunque di forte attualità nel dibattito pubblico anche alla luce del recente avvio dei corsi Master per infermieri specializzati e della forte pressione finanziaria che gli ospedali stanno affrontando.

Finlandia

La Finlandia, caratterizzata da un elevato numero di infermieri in rapporto al personale medico, ha avviato negli ultimi dieci anni numerose iniziative di

modifiche nello *skill mix*. Agli infermieri sono state trasferite attività precedentemente di competenza medica nel campo delle visite di *follow up* ai pazienti cronici o nella diagnosi e cura di un numero limitato di patologie; non, tuttavia, la facoltà di prescrivere farmaci (Bourgeault et al., 2008). Inoltre tali iniziative sono state sviluppate a livello provinciale o aziendale, e vi è quindi una notevole eterogeneità nei modelli adottati nei diversi contesti. Poco diffuse sono invece iniziative di trasferimento di attività da personale infermieristico a personale di supporto, dovute da un lato all'eccesso di offerta di infermieri sul mercato del lavoro e dall'altro all'opposizione dei sindacati (Bourgeault et al., 2008).

Stati Uniti

Gli USA sono uno dei Paesi con più basso numero di medici (2,5 per mille abitanti) e ciò rende particolarmente critico l'accesso ai servizi, soprattutto in contesti rurali. Ciò ha contribuito a far sì che l'assegnazione al personale infermieristico di attività altrove attribuite ai medici faccia parte della storia di questo sistema sanitario. Ruoli infermieristici avanzati (*advanced practice nurse*) sono stati introdotti fin dagli anni '60 in area territoriale, per compensare la carenza di medici di famiglia, e in seguito anche in diverse specialità cliniche area ospedaliera (Buchan e Calman, 2004). Specifiche figure sono state inoltre identificate nell'area anestesiologicala e ostetrica/ginecologica. I *nurse practitioner* nell'assistenza primaria hanno facoltà di diagnosi, richiesta e analisi di approfondimenti diagnostici, prescrizione di farmaci. Tali politiche di revisione dello *skill mix* hanno incontrato tuttavia una forte resistenza da parte delle associazioni professionali medico-chirurgiche e si sono sviluppate con una elevata eterogeneità nei diversi Stati in assenza di una normativa comune a livello federale.

14.4 Due esperienze aziendali nell'area dell'emergenza-urgenza

14.4.1 L'ambulatorio See&Treat in Pronto Soccorso alla AUSL di Grosseto

«See&Treat: guarda o meglio vedi, riconosci e tratta; quindi “dimetti” il paziente, ovvero nessuna o poca attesa prima della visita e ridotto al minimo anche il tempo di permanenza in ospedale per tutte le problematiche cliniche minori che non necessitano di un particolare iter diagnostico né di interventi terapeutici complessi e che possono essere gestite da laureati in scienze infermieristiche opportunamente formati (Sole 24 Ore Sanità Toscana, 2010).

Ispirandosi al modello inglese, la Regione Toscana² ha sperimentato un nuovo assetto organizzativo in cui, una volta individuati in Pronto Soccorso i pa-

² Con la delibera di Giunta Regionale n. 958/2007.

zienti con più bassa necessità assistenziale, si inviano questi ultimi a un percorso a gestione infermieristica, limitando al massimo i tempi di attesa e utilizzando a meglio le risorse professionali disponibili sulla base delle competenze necessarie.

Tra le aziende interessate dalla sperimentazione regionale vi è la USL 9 di Grosseto. L'Azienda consta di quattro Presidi Ospedalieri, 487 posti letto per acuti, 23.700 ricoveri annui, 3.650.000 prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, 109.200 accessi al Pronto Soccorso, 426 milioni di euro di valore della produzione.

L'infermiere opportunamente formato accoglie l'utente, valuta – in base a segni e sintomi riferiti dal paziente e alla sua storia clinica – il problema che l'ha portato al Pronto Soccorso, e quindi lo tratta secondo i protocolli operativi specifici identificati ad hoc da un gruppo di lavoro regionale. L'infermiere, pertanto, agisce su schemi predefiniti e risponde a un quadro in larga misura standardizzato.

Sono 44 le problematiche cliniche minori inserite all'interno della sperimentazione e passibili di essere trattate col See&Treat: si tratta di problematiche che non necessitano di esami diagnostici e che possono essere trattate a seguito di un colloquio e di una valutazione ispettiva (Rosselli et al., 2012).

Il progetto, evidentemente, necessita di un preciso fabbisogno di professionalità infermieristica, per il quale è stato definito un corso regionale che consente all'infermiere che ha superato l'esame finale e ricevuto l'attestato regionale di svolgere le prestazioni richieste. Il corso ha una durata di 180 ore suddiviso in moduli (area clinico-assistenziale e organizzativa, area tecnico-professionale, area etico-relazionale, formazione sul campo che prevede una riflessione *in progress* sull'operato e sui problemi che ne potranno scaturire). Gli infermieri che partecipano alla sperimentazione del See&Treat sono infermieri laureati o diplomati, con la certificazione regionale in *triage* e con esperienza almeno triennale nei dipartimenti di emergenza-urgenza.

Nel Pronto Soccorso l'infermiere così preparato consente al medico di dedicare maggior tempo per i casi complessi. E col *triage* non si attribuisce più quindi solo un codice colore, che determina la priorità di accesso alla visita,

Box 14.1 I numeri del See&Treat (prima fase)

- Formazione: 42 ore per i medici tutor
- Formazione: 180 ore per infermieri S&T
- Ospedali in cui è attivo: 6 PS di 6 ospedali toscani
- Infermieri certificati S&T: 36 (6 per ciascun PS)
- Casistica: 44 problematiche cliniche minori
- Attività S&T: tutti i giorni feriali (sabato compreso ore 8.00 – 22.00)

ma si definisce un preciso percorso assistenziale differenziato sul piano professionale.

Con l'applicazione di tale nuova modalità organizzativa, si permette all'infermiere formato di valorizzare la propria professionalità. Al tempo stesso si consente ai sempre più affollati dipartimenti di emergenza-urgenza lo svolgimento della loro principale funzione, che è quella di diagnosticare e trattare-stabilizzare le vere emergenze-urgenze.

14.4.2 La riorganizzazione della rete del soccorso sanitario extraospedaliero alla AREU Lombardia

L'AREU, Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza, nasce in Regione Lombardia nel 2008. La sua *mission* include quali ambiti di attività: il soccorso sanitario extraospedaliero in emergenza-urgenza; le attività di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti; il coordinamento del trasporto di organi, tessuti e di *équipe* nelle attività di prelievo e trapianto; l'operatività dei call center del Numero Unico Emergenza. AREU è quindi lo strumento per creare un vero e proprio «sistema» dell'emergenza-urgenza, svolgendo il ruolo di unico coordinatore regionale.

L'oggetto di analisi interessante ai fini dello *skill mix*, o in questo caso più correttamente dell'*upgrading* delle competenze della professione, è la riorganizzazione della rete del soccorso extraospedaliero, che ha dato maggior spazio alle competenze infermieristiche mediante l'introduzione di un mezzo di soccorso a diretta gestione dell'infermiere.

L'incremento di MSI (messi di soccorso di base con infermiere) aveva alcuni obiettivi molto puntuali:

- ▶ rendere omogenei i livelli di intervento e i percorsi formativi del personale infermieristico sui mezzi di soccorso dell'intera Regione Lombardia;
- ▶ valorizzare la presenza degli infermieri presenti sui mezzi di soccorso;
- ▶ definire e rendere omogenei i processi clinico assistenziali in particolari situazioni cliniche (cosiddetti algoritmi clinico-assistenziali).

Sono stati identificati due livelli di algoritmi: il livello A, cosiddetto di «Attivazione» (12 algoritmi di intervento) e il livello B, cosiddetto di «Implementazione» (11 algoritmi) (Figura 14.2). Tali procedure prevedono:

- ▶ la valutazione della scena, prendendo in considerazione i pericoli reali o potenziali e i tipi di intervento;
- ▶ la valutazione del paziente, attraverso la sua osservazione, la rilevazione e la monitoraggio dei parametri vitali secondo lo schema degli algoritmi;
- ▶ l'attivazione degli interventi prioritari specifici previsti dagli algoritmi.

Figura 14.2 **Algoritmi di intervento MSI – Livello A e Livello B**

LIVELLO "A"	LIVELLO "B"
PROTOCOLLO GENERALE	CRISI ASMATICA ADULTO
ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO	CRISI ASMATICA PEDIATRICO
DOLORE TORACICO	CRISI ALLERGICA ADULTO
ALTERAZIONI COSCIENZA	CRISI ALLERGICA PEDIATRICO
CONVULSIONI	INSUFFICIENZA CARDIORESPIRATORIA
SHOCK	TRAUMA TORACICO
TRAUMA	ARRESTO CARDIACO BAMBINO
PAZIENTE USTIONATO	ALTERAZIONI CARDIOVASCOLARI
PAZIENTE FOLGORATO	SEDAZIONE ADULTO/PEDIATRICA
TRIAGE	PARTO EUTOCICO
TRIAGE PEDIATRICO	ASSISTENZA NEONATALE
DOLORE ADULTO/PEDIATRICO	

L'infermiere prende contatto con il medico della Centrale Operativa dell'Emergenza Urgenza (COEU) e sulla base dell'ipotesi diagnostica formulata dallo stesso adotta i provvedimenti che il medico ritiene opportuni. Il successo nell'applicazione degli algoritmi è quindi garantito dal continuo contatto tra l'infermiere e il medico della COEU.

Il percorso si è compiuto attraverso un gruppo di progetto interdisciplinare che ha definito i requisiti del personale infermieristico per l'accesso ai mezzi, gli algoritmi clinici assistenziali e i percorsi formativi abilitanti al loro impiego.

Il progetto ha valorizzato la figura dell'infermiere e ha rappresentato un'opportunità di sviluppo per la professione infermieristica, ma ha altresì richiesto un'importante collaborazione e integrazione tra medici e infermieri poiché la scelta di AREU di investire nei Mezzi di Soccorso Intermedi non è determinata da «politica di risparmio», ma dalla volontà, per quanto possibile, di mantenere l'attuale livello di medicalizzazione del territorio.

14.5 Una prima sistematizzazione concettuale

Nelle organizzazioni professionali il tema dello *skill mix* riveste importanza particolare poiché le qualifiche professionali sono la base per la divisione del lavoro e l'appartenenza alle professioni è un elemento di identità forte per chi vi opera. Tale tema assume caratteristiche peculiari nelle organizzazioni «*knowledge based*» (Pralhad e Hamel, 1990) nelle quali le competenze, l'autonomia professionale, la discrezionalità dei professionisti che vi operano, opportunamente combi-

nate ed integrate, consentono di raggiungere gli obiettivi, in questo caso volti alla cura dei pazienti.

Una riflessione sul tema dello *skill mix change* non può prescindere da tre domande fondamentali:

- ▶ Cosa significa *skill mix*?
- ▶ Come si può cambiare in maniera sistematica lo *skill mix*?
- ▶ In che misura un percorso di cambiamento dello *skill mix* influenza le politiche di gestione delle risorse umane dell'azienda, in questo caso l'azienda sanitaria?

14.5.1 Il significato dello *skill mix change*

Nelle esperienze applicative rimane da capire se lo *skill mix change* comporta realmente un trasferimento di saperi e attività tra gruppi professionali diversi (sostituzione dei medici con gli infermieri oppure degli infermieri con gli OSS) oppure è un aggiornamento e una valorizzazione della stessa professione chiamata ad assumersi maggiori responsabilità cliniche all'interno del proprio specifico ambito professionale. Una metafora che può rappresentare il concetto potrebbe essere quella automobilistica: vale la pena cambiare l'automobile per una più prestante se non abbiamo mai provato a spingere l'acceleratore fino al punto massimo consentito dal motore?³.

Le espressioni riferibili a tale argomento («*skill mix*», «*skill substitution*», «*personnel mix*», «*reprofiling*», «*staffing levels*», «*staffing mix*», «*task shifting*», ecc.) sono spesso erroneamente impiegate come sinonimi, generalizzando così la modalità di risposta. È evidente però la necessità di una correlazione tra l'oggetto posto all'inizio dell'analisi e il risultato che si intende ottenere dal percorso di lavoro intrapreso (*If skill mix is the answer, what is the question?* Buchan et al., 2000). E non a caso l'espressione *skill mix* viene definita anche in modi molto diversi come ad esempio «il mix di posti di lavoro in azienda, il mix di dipendenti in un posto di lavoro, la combinazione di competenze disponibili in un momento specifico, le combinazioni di attività che compongono ogni ruolo, o ancora la combinazione di diversi titoli di studio» (Buchan et al., 2000).

I percorsi che ovviano le carenze di forza lavoro e gli squilibri nel mix di abilità, grazie a deleghe e/o sostituzioni, sono di fatto opzioni strategiche della direzione che deve rivedere o scegliere la «formula imprenditoriale» più calzante

³ Ad esempio la concezione di cambiamento nello skill mix tra medico e infermiere in Sibbald et al. (2004) contempla un pluralità di significati, come:

- Valorizzazione: ampliamento dei ruoli o delle competenze di un particolare gruppo di lavoratori;
- Sostituzione: cambio una tipologia di professionista con un altro;
- Delega: modifica di un compito dall'alto al basso o vice versa in una scala uni-disciplinare;
- Innovazione: creazione di nuovi posti di lavoro con l'introduzione di un nuovo tipo di lavoratore;

per il dipartimento o l'U.O. interessata al cambiamento. Il pericolo è che la «revisione dello *skill mix*» possa diventare un esercizio autonomo, non collegato ad altri progetti di sviluppo organizzativo di ampio respiro, con implicazioni complessive sulla pianificazione e distribuzione del personale.

La revisione dello *skill mix* in alcune esperienze straniere è spesso un problema di convenienza organizzativa gestita come un qualsiasi progetto di cambiamento, con l'obiettivo di trovare la miglior combinazione tra livello dei costi del personale e qualità delle prestazioni rese (Buchan et al., 2000). Nel nostro Paese è invece un tema molto delicato: il passaggio di competenze tra medico ed infermiere, molto più di quello tra infermiere e operatore sanitario, ha una forte valenza culturale, esprime autonomia della professione infermieristica che ben si distingue da quella medica, forse ancora oggi per molti ritenuta la disciplina dominante, dalla quale discendono tutte le altre professioni sanitarie. Agire sulle competenze significa rivedere le responsabilità individuali e del gruppo, le relazioni organizzative, gli ambiti discrezionali di ciascuno e ripensare al modello organizzativo. La decisione di intraprendere un percorso di tale portata è subordinata all'analisi dei processi di lavoro delle U.O. condotta per significativi periodi di osservazione mediante l'uso di mirate tecniche di rilevazione, come ad esempio: analisi dei compiti e delle attività, diario giornaliero, case mix e grado di dipendenza dei pazienti, giudizio del management, interviste sul lavoro, brainstorming (Buchan et al., 2001). Non dovrebbe essere una decisione immediata presa sulla scorta di facili entusiasmi, ma un passo aziendale importante con importanti conseguenze organizzative da progettare e implementare.

14.5.2 Metodi per governare lo *skill mix change*

Buchan et al. (2000) identificano quattro *step* fondamentali nel processo di revisione dello *skill mix*:

1. Definizione del problema: come in ogni processo di cambiamento deve essere ben chiara la difficoltà di partenza ipoteticamente risolvibile con modifiche nello *skill mix*, misurata per esempio dalla in/soddisfazione del paziente, dai tempi di erogazione della prestazione, dalla qualità dell'assistenza fornita, da confrontare ex post con gli esiti del percorso. Per decidere se lo *skill mix change* è la soluzione al problema organizzativo devono essere ex ante affrontate alcune domande: qual è la causa del problema? esistono altri fattori da valutare? che cosa genera la difficoltà stante il personale attuale e lo *skill mix* del gruppo? sono state considerate soluzioni alternative?
2. Ampiezza del controllo (*span of control*): dopo aver verificato che la revisione dello *skill mix* può essere la soluzione ideale all'esigenza organizzativa bisogna verificarne il grado di realizzabilità nella pratica, cioè lo spazio di azione di cui gode l'azienda per influenzare i vincoli interni e i vincoli esterni di

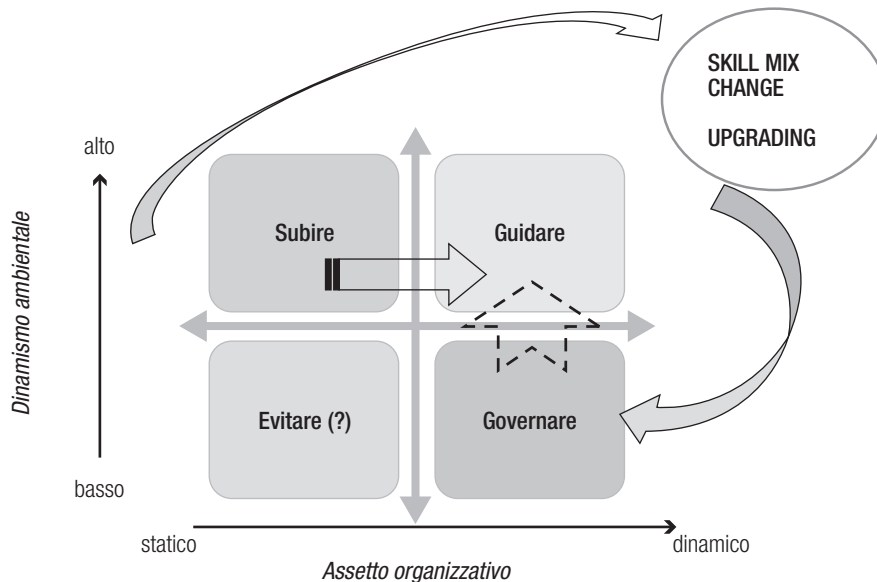
contesto ambientale (per esempio: nuovi percorsi universitari più professionalizzanti, la contrattualistica) che potrebbero impedire la fattibilità dell'intervento o rendere difficoltosa la stima del tempo di realizzazione.

3. Le risorse disponibili: prima di scegliere la metodologia con cui condurre lo *skill mix change*, è necessario valutare le risorse disponibili a sostegno del progetto. Approcci diversi richiedono livelli diversi di risorse in termini di tempo dedicato, costi per tutor esterni, rilevazioni e analisi di dati, supporti tecnologici, formazione. La combinazione dell'ampiezza del controllo e la disponibilità di risorse sarà determinante nello scegliere il percorso di *skill mix change* più fattibile per l'azienda.
4. Attuazione: l'attuazione di un percorso di *skill mix change* è influenzato dall'orizzonte temporale auspicato per il cambiamento e dalla dimensione del *target* coinvolto dal percorso. Non poco importanti sono i rapporti di «potere» tra i professionisti interessati (che rappresentano gruppi professionali diversi) che potrebbero generare resistenza al cambiamento; è invece difficile valutare il livello di accettazione del paziente al cambio dell'interlocutore sanitario nel processo di cura dovuto all'asimmetria informativa tra medico/infermiere – paziente.

Se molti dei fattori che inducono a dover lavorare sullo *skill mix change* non sono eludibili, le aziende si troveranno necessariamente nella condizione di dover affrontare strategicamente il problema. La maggiore o minore velocità del dinamismo ambientale e la maggior o minor staticità della risposta dell'assetto organizzativo possono tuttavia diversamente connotare il processo di *skill mix change*. Esso può infatti essere (Figura 14.3):

- ▶ «*subìto*»: l'assetto organizzativo è «travolto» dal cambiamento e reagisce in tempo reale alle sollecitazioni esterne, senza una vera programmazione del percorso da intraprendere (per esempio: la risposta aziendale a nuovi istituti contrattuali);
- ▶ «*governato*»: la capacità di azione dell'organizzazione è sostenuta da alcune sollecitazioni esterne che permettono all'azienda di pianificare i piccoli passi del cambiamento (per esempio: il trasferimento programmato dell'attività in una nuova sede, diversamente concepita e dislocata logisticamente);
- ▶ «*guidato*»: la combinazione della proattività aziendale con un assetto organizzativo disposto a raccogliere pienamente le sfide indotte dalle variabili ambientali crea modelli organizzativi che rompono con vecchie logiche e trovano soluzioni innovative (per esempio: ambulatorio See&Treat di Pronto Soccorso). Non dovrebbe essere possibile l'opzione «*evitato*» in quanto lentamente i problemi posti dal contesto di riferimento pervadono comunque la struttura e le funzioni dell'azienda sanitaria che, nel lungo periodo, si deve assestare – più o meno consapevolmente – alle richieste dell'ambiente circostante.

Figura 14.3 **Strategie per affrontare lo skill mix change o l'upgrading professionale nell'organizzazione**



14.5.3 Skill mix change e HRM

Skill mix change significa anche approfondire le politiche aziendali sulle risorse umane: dalla mappatura delle competenze alla formazione, dall'analisi dei potenziali alla valutazione di nuovi incarichi di lavoro. Progetti di *skill mix change* presuppongono che in azienda siano operanti logiche di People Strategy⁴ e siano in uso mix di strumenti mirati ad influenzare/modificare il comportamento dei professionisti. La funzione di gestione delle risorse umane (HRM) deve lavorare per una People Strategy con politiche di *retention* del personale (Gabrielli, 2005), ovvero piani, programmi, azioni – tra cui percorsi di *skill mix change* – che hanno la capacità di trattenere le persone nell'organizzazione anche quando si presentano loro opportunità diverse di carriera. La cornice in cui si muove l'HRM è anche quello di garanzia dello sviluppo dei professionisti mediante importanti processi di apprendimento e di formazione, parte di chiari percorsi di sviluppo professionale.

Il posizionamento di ogni competenza in termini di criticità/non criticità in

⁴ «Con il termine People Strategy s'intende quel mix integrato di politiche, di progetti e di prassi quotidiane, ispirato da un valore guida e finalizzato al cambiamento dei comportamenti e il cui impatto si misura nell'accrescimento del valore del capitale umano e quindi del business» (Protasoni, 2003, pag 10).

Figura 14.4 **Relazione tra rilevanza formativa della competenza e centralità lavorativa della competenza**



relazione al contesto lavorativo di riferimento è definito mettendo in relazione la rilevanza assegnata alla singola competenza con la centralità lavorativa della stessa (Cortellazzi e Pais, 2001) La ricerca della congruità sottolinea due situazioni che l'HRM deve tenere sotto controllo in quanto a rischio per l' «equilibrio dell'organizzazione» (Figura 14.4):

- ▶ *la ridondanza formativa*, tipica di situazioni in cui il professionista è più formato rispetto alla richiesta dei processi di lavoro ospedalieri (si pensi all'attività di pianificazione dell'assistenza difficilmente eseguita dall'infermiere per mancanza di tempo);
- ▶ *il ritardo della formazione*, nonostante la centralità di alcune attività nel percorso di diagnosi e cura del paziente i gruppi professionali che ne sono detentori non investono nella formazione sottostante (si pensi ad alcune attività mediche che vengono delegate al personale infermieristico, come il posizionamento e la gestione degli accessi venosi centrali; la valutazione del dolore con dosaggio e somministrazione di alcuni farmaci per il risveglio a seguito di protocollo medico).

Se le prestazioni del percorso di diagnosi e cura che richiedono competenze non critiche fossero «cedute» dall'infermiere all'operatore socio sanitario (OSS) o dal medico all'infermiere, il nuovo *skill mix* potrebbe generare alto valore aggiunto nel percepito dal paziente, ovvero maggior disponibilità di tempo dedicato all'attività relazionale, così importante nella pratica medica e assistenziale. D'altro canto, tale «cessione» se non ben gestita, potrebbe però portare anche a minore soddisfazione dei pazienti e familiari, soprattutto se culturalmente abituati ad interlocutori con maggiore status sociale.

14.6 Implicazioni manageriali e conclusioni

L'evoluzione nello *skill mix* delle aziende sanitarie italiane, con particolare riferimento al quello di natura «verticale», cioè di sostituzione tra professioni, è un dato di fatto. E come tale deve essere affrontato, prima ancora che in chiave operativa, attraverso una riflessione strategica. Le ragioni per farlo sono tante e sono state ampiamente richiamate nei precedenti paragrafi. Ad ogni modo la prima conclusione che si trae dalle esperienze è un forte e chiaro: «si può fare!», superando i paletti posti dalla perimetrazione dei confini professionali, evitando infruttuose discussioni sull'esercizio abusivo della professione.

Alcune riflessioni possono poi essere sviluppate sulla base dell'analisi delle esperienze internazionali, da cui è emerso come politiche di modifica dello *skill mix*, pur determinate da motivazioni anche piuttosto diverse tra loro, sono sempre più frequenti. Sebbene siano ad oggi diffuse principalmente a livello di assistenza primaria sempre più si stanno estendendo anche al mondo delle cure per acuti. Inoltre nei Paesi analizzati è emerso che nuovi ruoli professionali si sono sviluppati in assenza di riconoscimenti formali a livello nazionale. E, come prevedibile, non sono mancate, con esclusione del caso inglese, resistenze da parte della classe medica, soprattutto con riferimento alla cessione di elementi «simbolici» della professione come ad esempio la prescrizione. Al contempo non si può dimenticare che i risultati di tali esperienze risentono degli specifici contesti istituzionali e organizzativi in cui le iniziative di cambiamento di *skill mix* sono state implementate, e queste ultime non possono essere trasferite acriticamente da un contesto all'altro: non ci sono facili *best practice* in questo campo.

Venendo alle implicazioni manageriali del presente ragionamento sull'evoluzione in atto nello *skill mix* delle aziende sanitarie, una prima riguarda l'attivazione di un respiro strategico per un suo governo intenzionale. Come precedentemente discusso, l'evoluzione dello *skill mix* non può essere «subita», rimanendo una soluzione «tampona» attivata quando non vi sono alternative, o quando gli eventi organizzativi (e cioè i cambiamenti negli assetti organizzativi, nei processi erogativi, nelle tecnologie, ecc.) forzano la mano in tale direzione. Al contrario, le aziende sanitarie dovrebbero sviluppare un pensiero strategico forte in materia, definire un quadro concettuale e operativo in cui «guidare» l'evoluzione dello *skill mix* di pari passo con il proprio sviluppo organizzativo. In altri termini, le direzioni aziendali sono chiamate a produrre quel *sense-making*, cioè un'attribuzione di significato, in cui tutte le professioni si possano riconoscere e possano comprendere la necessità (se non l'ineludibilità) di avviare percorsi di evoluzione nello *skill mix*. La teoria ci insegna che il cambiamento individuale è frutto della combinazione tra abilità, comprensione delle motivazioni più profonde del perché cambiare, e opportunità di contesto a cambiare. Evidentemente rimane più facile cogliere le opportunità di contesto per avviare cambiamenti di *skill mix*, ma non può essere questo l'approccio futuro e stabile con cui le

aziende sanitarie si rapportano a tale tema. Abilità e motivazioni devono diventare oggetto di attenzione. Il tutto all'interno di un quadro strategico chiaro, in cui l'azienda sanitaria sia consapevole di quali bisogni organizzativi vuole affrontare attraverso un cambiamento di *skill mix*.

La seconda e altrettanto importante implicazione manageriale riguarda il ruolo delle direzioni del personale. Da tempo è in atto una riflessione su competenze e ruolo che le direzioni del personale delle aziende sanitarie sono chiamate ad esercitare nell'ambito delle sfide del SSN. Se da un lato esse rimangono coloro che «tutelano» la regolarità giuridica ed amministrativa nella gestione del personale, dall'altro lato c'è una domanda latente (ma a volte ben manifesta) a farsi carico di un *problem solving* complesso che riguarda la difficile integrazione tra logiche burocratiche e soluzioni manageriali nel governo strategico dei professionisti. Il cambiamento nello *skill mix* è un percorso che si inserisce esattamente all'incrocio tra tali dimensioni di responsabilità amministrative e manageriale.

Il tema dello *skill mix change* è quindi una chiamata all'azione per le aziende sanitarie. Certamente per le direzioni del personale, ma ovviamente e prima di tutto per le direzioni sanitarie e le direzioni assistenziali, cioè di chi dirige la «produzione» nelle aziende. Se queste tre direzioni, personale, sanitaria ed assistenziale, sapranno lavorare assieme con una strategia condivisa, nell'interesse dell'azienda e non a protezione dei rispettivi confini, mansioni e gruppi di professionisti, il SSN sarà meglio in grado di rispondere alle pressioni congiunturali e strutturali di una sanità che sta vivendo cambiamenti paradigmatici senza precedenti nell'organizzazione dell'ospedale, del territorio e dei processi erogativi in generale.

Bibliografia

- Bourgeault I.L., Kuhlmann E., Neiterman E. e Wrede S. (2008), «How can optimal skill mix be effectively implemented and why?» World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Bourgueil Y. (2010), *National Policy for Professional Skill Mix*. Health Policy Monitor. Disponibile al sito: <http://www.hpm.org/survey/fr/a15/1> (ultimo accesso 21 aprile 2013).
- Bruyneel L., Li B., Aiken L., Lesaffre E., Van denHeede K. e Sermeus W. (2013), «A multi-country perspective on nurses' tasks below their skill level: reports from domestically trained nurses and foreign trained nurses from developing countries», *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 202-09.
- Buchan J., Ball J. e O'May F. (2000), «Determining skill mix in the health workforce: Guidelines for managers and health professionals», Geneva, Department of Organization of Health Services Delivery World Health Organization.

- Buchan J., Ball J. e O'May F. (2000), «If changing skill mix is the answer, what is the question?», *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(4) pp. 233-38.
- Buchan J. e Dal Poz M.R. (2002), «Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence», *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), pp. 575-80.
- Buchan J. e Calman L. (2004), *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Working Paper No. 17.
- Cortellazzi S. e Pais I. (2001), «Il posto delle competenze. Persone, organizzazione, sistemi formativi», Franco Angeli, Milano.
- Dealy C. (2001), «Emergency Nurse Practitioners: should the role be developed?», *British Journal of Nursing*, 10(22), pp. 1458-68.
- Department of Health (2001), *Changing Workforce Programme*, London.
- Department of Health (2002), *HR in the NHS Plan: More Staff Working Differently*, London.
- Department of Health (2003), *Developing Support Worker Roles in Rehabilitation in Intermediate Care Services*, London.
- Del Vecchio M. e De Pietro C. (2011), «Lo sviluppo della professione infermieristica: opportunità e condizioni», *Mecosan*, 20, pp. 9-26.
- De Pietro C. (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*. Milano: Egea, pp. 469-91.
- Dubois C. e Singh D. (2009), «From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management», *Human Resources for Health*, 7, pp. 87.
- Gabrielli G. (2005), *Remunerazione e gestione delle persone*, Milano, Franco Angeli.
- Horrocks S., Anderson E. e Sailsbury C. (2002), «Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors», *British Medical Journal*, 324, pp. 819-23.
- Laurent M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R. e Sibbald B. (2005), *Substitution of doctors by nurses in primary care*, Cochrane Database of Systematic Reviews.
- McKee M., Dubois C.-A. e Sibbald B. (2006), «Changing professional boundaries», in C.-A. Dubois, M. McKee, E. Nolte (eds.), *Human resources for health in Europe*, Buckingham, Open University Press, pp. 63-78.
- Nancarrow S.A. e Borthwick A.M. (2005), «Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce», *Sociology of Health and Illness*, 27(7), pp. 897-919.
- Or Z. (2010), *Skill mix in France: Chances and Challenges*, Presentation at the 9th Annual symposium of the International Network Health Policy and Reform, Odense.

- Prahalad C.K e Hamel G. (1990), «The core competence of the corporation», *Harvard Business Review*, 3, pp. 79-90.
- Protasoni R. (2003), *People Strategy. Nuova sfida per il management di successo*, Milano, Guerini e Associati.
- Rechel B., Dubois C. e McKee M. (2006), *The health care workforce in Europe: learning from experience*, European Observatory on Health Care Systems, Trowbridge, The Cromwell Press.
- Richardson G., Maynard A., Cullum N. e Kindig D. (1998), «Skill mix changes: substitution or service development?», *Health Policy*, 45(2), pp. 119-32.
- Rosselli A., Becattini B., Cappugi M., Francois C. e Ruggeri M. (2012), *See&Treat. Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso*, Milano, Giunti Editore.
- Sibbald B., Shen J. e McBride A. (2004), «Changing the skill-mix of the health care workforce», *Journal of Health Services Research and Policy*, 9 (suppl. 1), pp. 28-38.
- Sibbald B., Laurant M. e Scott A. (2006), «Changing task profiles», in R. Saltman A. Rico, W. Boerma (eds.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*, European Observatory on Health Care Systems, Berkshire, Open University Press.
- Sole 24 Ore Sanità Toscana, 30 novembre – 6 dicembre 2010, supplemento al n. 45, anno XIII.
- Spilsbury K., Stuttard L., Adamson J., Atkin K., Borglin G., Mccaughan D., Mckenna H., Wakefield A. e Carr-Hill R. (2009), «Mapping the introduction of Assistant Practitioner roles in Acute NHS (Hospital) Trusts», *England Journal of Nursing Management*, 17(5), pp. 615-26.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.
- Wanless D. (2002), *Securing our future health: taking a long-term view*, London, HM Treasury Public Enquiry Unit.