

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 16 La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management

di Carlo De Pietro\*

### 16.1 Obiettivi e metodologia

Il capitolo discute il fenomeno della cosiddetta «carenza di infermieri» nel nostro paese e le risposte gestionali cui può dar luogo da parte delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Si tratta di un tema che preoccupa molte aziende sanitarie ed è spesso presente con toni allarmati anche sui mezzi di comunicazione di massa. Lungi dal rappresentare un problema solo per il sistema sanitario italiano, la carenza (o «emergenza») infermieristica è presente in gradi diversi in buona parte dei paesi occidentali. Ciò ha dato luogo a numerose ricerche sia nazionali sia di comparazione internazionale e a un vivo dibattito che coinvolge professioni, aziende, autorità di regolazione, ricercatori e a volte anche i politici.

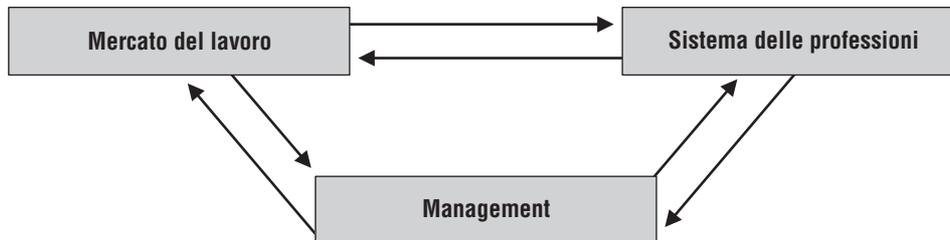
La ricchezza delle analisi e del dibattito è tale che il capitolo non può offrire una sintesi compiuta né tanto meno una rassegna esaustiva dei diversi contributi e delle diverse posizioni. Piuttosto, esso vuole presentare alcune riflessioni che riteniamo d'interesse per chi ha responsabilità di gestione del personale e più in generale per chi ricopre posizioni manageriali nelle aziende sanitarie italiane. Per affrontare adeguatamente questo tema è però necessario considerarne in modo unitario tre livelli di analisi (Fig. 16.1):

- il *livello del mercato del lavoro*, che indaga dimensioni, caratteristiche qualitative, organizzazione e condizioni operative della domanda e dell'offerta di lavoro infermieristico;
- il *livello del sistema delle professioni e delle politiche di professionalizzazione*

---

\* Si ringraziano per la disponibilità e gli utili commenti al testo la dottoressa Giovanna Bollini (responsabile del dipartimento infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale) e la dottoressa Antonietta Ferrigno (responsabile del dipartimento risorse umane) dell'AO Niguarda Ca' Granda di Milano. Si ringraziano anche Marta Barbieri ed Eugenio Anessi Pessina del CERGAS Bocconi per l'aiuto prestato. La responsabilità di quanto scritto rimane ovviamente dell'autore.

Figura 16.1 I tre piani di analisi e intervento della carenza infermieristica



che ha profondamente modificato status e ruolo del lavoro infermieristico in Italia negli ultimi anni;

- il *livello del management* e cioè delle logiche e degli strumenti di gestione sviluppati all'interno delle aziende erogatrici di servizi sanitari.

La regolamentazione del lavoro sanitario rende poco utile limitarsi a un'analisi strettamente manageriale e porta invece a integrare i tre livelli di analisi. Tale integrazione è condizione necessaria per poter operare scelte gestionali efficaci ed è per questo motivo che il capitolo tenta una lettura unitaria del fenomeno. Per cogliere la rilevanza e l'immediatezza delle relazioni che esistono tra i tre livelli di analisi sopra citati bastino i due esempi richiamati nel Riquadro 16.1.

In sintesi, come osserva Tousijn (2000, p. 9):

Il processo lavorativo sanitario è incomprensibile se non si tiene presente che in esso operano non soltanto ruoli organizzativi ma anche occupazioni organizzate, «professioni», le quali costituiscono soggetti sociali collettivi, possiedono una loro identità professionale e perseguono una loro strategia professionale, sia pure in modo più o meno consapevole e con maggiore o minore determinazione. Un solo esempio può valere per tutti: il funzionamento di un qualsiasi reparto ospedaliero non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o di contenuto delle singole mansioni, cioè come il risultato di una determinata logica organizzativa. In quel reparto si confrontano professioni organizzate; gli attori non sono soltanto detentori di ruoli organizzativi, ma sono membri di professioni organizzate; le logiche non sono soltanto quelle organizzative, ma sono logiche professionali.

Ma altrettanto chiare sono le relazioni tra sistema delle professioni e mercato del lavoro<sup>1</sup>. È evidente, per esempio, che un allargamento dei confini del monopolio legale ottenuto da un gruppo professionale a scapito di quello di altri genererà, a parità di altre condizioni, una possibile carenza di offerta di lavoro per il gruppo professionale che espande le proprie attività e, in parallelo, una riduzione di

<sup>1</sup> Per una trattazione sistematica, cfr. De Pietro (2005a, pp. 69-74).

### Riquadro 16.1 **Due esempi delle relazioni tra mercato del lavoro, sistema delle professioni e management per il lavoro degli infermieri in Italia**

Si consideri una situazione in cui il mercato del lavoro locale presenta una carenza dal lato dell'offerta di infermieri. A differenza di quanto potrebbe avvenire in molti altri settori economici, in ambito sanitario la regolamentazione professionale e i criteri di autorizzazione e di accreditamento istituzionale impediscono di sostituire infermieri con altre figure professionali e costringono quindi le aziende a ridurre la produzione oppure a ricercare una maggiore efficienza produttiva interna. In altre parole le aziende sono costrette a «liberare» risorse su alcune linee per impiegarle nelle attività in cui si è venuta a creare la carenza di infermieri. In tal caso le relazioni tra condizioni del mercato del lavoro (carenza nell'offerta), sistema delle professioni (non sostituibilità tra diverse figure professionali) e gestione aziendale (recupero di efficienza) sono evidenti.

Un secondo possibile esempio riguarda il processo di professionalizzazione. Esso da un lato comporta un miglioramento dello status di una certa occupazione e quindi una sua maggiore appetibilità con un conseguente probabile aumento dell'offerta di lavoro. Ciò a sua volta dovrà comportare un adeguamento della divisione e dell'organizzazione del lavoro all'interno delle aziende. Lo stesso processo di professionalizzazione, d'altra parte, se è caratterizzato da un allungamento dei percorsi formativi può dare luogo a una temporanea brusca riduzione nell'offerta di lavoro, che durerà tanti anni quanti sono quelli aggiunti ai precedenti percorsi formativi (se per esempio, la durata del nuovo percorso formativo aumenta di un anno, il flusso di diplomati/laureati s'interromperà per un anno).

domanda di lavoro per i gruppi professionali che hanno visto erodersi l'ambito delle proprie attività.

Per affrontare adeguatamente il tema della carenza di infermieri e delle sue ricadute sul livello del management è quindi necessario riferirsi a concetti e analisi sviluppati in campi disciplinari diversi.

Il primo riferimento è offerto dall'*economia del lavoro*, che guarda alle condizioni e all'interazione di domanda e offerta di lavoro sia in ottica *macro* (con un focus sulla regolamentazione generale e avendo come «soggetti» dell'analisi la domanda aggregata e l'offerta aggregata), sia in ottica *micro* (con un focus sui processi decisionali svolti a livello individuale da lavoratori e aziende e considerando come dato esogeno il contesto di riferimento macro). Nel caso del settore sanitario l'analisi deve poi comunque prendere atto dell'esistenza di un mercato del lavoro segmentato in base al sistema delle professioni. In altre parole, non si può parlare di mercato del lavoro in sanità, ma occorre necessariamente distinguere situazioni e analisi per i diversi gruppi professionali che vi operano<sup>2</sup>. Ciò ha portato a sviluppare analisi di cosiddetta «demografia professionale» che guarda-

<sup>2</sup> Ciò è vero per qualunque settore economico, ma in gradi quasi sempre più sfumati che in sanità. Nel settore sanitario infatti il sistema professionale, da un lato – *via* i monopoli legali – identifica in modo cogente le attività di ciascun gruppo professionale, segmentando la domanda di lavoro; dall'altro lato, identifica in modo univoco l'appartenenza dei singoli a un dato gruppo professionale (che deriva dal possesso di un determinato titolo di studio, generalmente dall'aver superato un esame di Stato, dall'iscrizione a un ordine o collegio quale condizione necessaria per la pratica), segmentando l'offerta di lavoro.

no cioè alla composizione dei singoli gruppi professionali (composizione per età, genere ecc.) e all'incidenza che essi hanno nei diversi territori in rapporto alla popolazione residente.

Il secondo riferimento è quello della *sociologia delle professioni*, sviluppatasi come sottodisciplina della sociologia proprio con riferimento al settore sanitario, a conferma del ruolo cruciale che il sistema delle professioni codificate assume in questo particolare settore. L'oggetto di indagine principale è il processo di professionalizzazione e il soggetto indagato è, appunto, il gruppo professionale. Le categorie analitiche sono quelle tipiche della sociologia (il potere, le influenze reciproche, la coscienza che il soggetto collettivo ha di sé e della propria azione ecc.) e l'attenzione è posta sulla natura delle relazioni che il gruppo instaura con gli altri gruppi, con le istituzioni, con l'intera società nel corso del processo di professionalizzazione e nella tutela del suo status (nelle componenti classiche del potere, del prestigio, della ricchezza).

Il terzo riferimento è quello delle *teorie di organizzazione e di management*. Per semplicità di esposizione, possiamo individuare quattro principali ambiti di analisi e di azione:

- *organizzazione in senso proprio*, riguarda le decisioni circa la divisione del lavoro a livello di struttura organizzativa aziendale (per processi o per funzioni; che punta all'integrazione multiprofessionale o alla specializzazione per singole attività ecc.), i meccanismi di coordinamento sviluppati (supervisione diretta gerarchica; sviluppo di protocolli, percorsi o linee guida ecc.), i modelli di microrganizzazione adottati nelle singole unità operative (assistenza funzionale; piccole équipe; infermiere primario ecc.);
- *sistemi operativi della gestione del personale*, riguardano reclutamento e selezione, inserimento e orientamento, valutazione, formazione, sistemi di carriera, retribuzione variabile, mobilità interna ecc.;
- *esternalizzazione*, riguarda le possibili scelte di affidarsi al lavoro di persone che non hanno rapporti da dipendenti di tipo tradizionale con le aziende sanitarie presso le quali svolgono la propria opera;
- *motivazione e soddisfazione*, si tratta di un campo di analisi assai sviluppato con riferimento al personale infermieristico, soprattutto nei paesi in cui più forte è la percezione di una carenza di infermieri. Questi studi traggono origine dalla psicologia del lavoro e hanno per oggetto l'analisi delle determinanti della soddisfazione e della motivazione. Si tratta evidentemente di lavori che offrono informazioni estremamente utili a gestire e migliorare i tre ambiti di organizzazione e management sopra ricordati.

Infine, sembra opportuno ricordare fin da subito un tema di ricerca e intervento trasversale rispetto ai tre riferimenti dell'analisi economica, della sociologia e del management: è quello che riguarda il cosiddetto *skill mix change* e che discute la possibile redistribuzione delle attività affidate ai diversi gruppi professionali in

sanità. In generale, gli obiettivi sottesi allo *skill mix change* sono plurimi e riguardano: il controllo delle competenze professionali e quindi della qualità delle prestazioni erogate; la disponibilità dei vari gruppi professionali sul mercato del lavoro e quindi la risoluzione di eventuali squilibri tra domanda e offerta; il controllo della spesa, perseguito attraverso la migliore divisione del lavoro, così da affidare determinate attività a gruppi professionali meno formati e quindi meno cari per il sistema nel suo complesso e per le singole aziende.

Nelle prossime pagine, il par. 16.2 definisce il concetto di carenza di infermieri, ne discute la reale rilevanza in Italia e le cause, richiama le strade per una possibile gestione del problema a livello di mercato del lavoro e di sistema delle professioni. Il par. 16.3 si concentra invece sulle possibili risposte di natura gestionale oggi a disposizione delle aziende del sistema sanitario italiano. Il par. 16.4 illustra le recenti esperienze di un'azienda sanitaria pubblica dell'area metropolitana milanese, contesto in cui la carenza di infermieri è avvertita come particolarmente marcata. Infine il par. 16.5 recupera i vari piani di analisi citati e trae alcune conclusioni.

## 16.2 La carenza (o emergenza) infermieristica

### 16.2.1 Un concetto di difficile definizione (e misurazione)

A leggere i giornali e ad ascoltare le dichiarazioni della professione, in Italia mancherebbero più di 60.000 infermieri. Si tratta di una cifra che sembra evidenziare una vera e propria «emergenza» se confrontata al numero di infermieri iscritti agli albi dei colleghi IPASVI<sup>3</sup>: circa 342.000 a fine 2005 (e l'«emergenza» risulterebbe ancora maggiore se si considerassero soltanto gli infermieri che praticano realmente la professione). È allora utile comprendere quali sono i criteri adottati per arrivare a determinare tali stime.

Una prima strada si riferisce ad analisi operate all'interno del nostro paese e somma due diversi elementi. Il primo elemento è la carenza d'infermieri rispetto alle dotazioni organiche nelle aziende del SSN, pari a oltre 25.000 persone. Il secondo elemento è la «mancata formazione» di quasi 35.000 persone, perché i numeri chiusi dei diplomi e poi dei corsi di laurea negli ultimi 10 anni sono stati inferiori al fabbisogno indicato dalla professione e perché il numero degli studenti che poi si sono realmente iscritti è rimasto inferiore al numero dei posti disponibili.

Una seconda strada fa riferimento alle comparazioni internazionali in termini di demografia professionale. In particolare, i dati OCSE<sup>4</sup> dicono che in media nei

<sup>3</sup> La Federazione nazionale dei colleghi IPASVI ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) raggruppa gli infermieri iscritti agli albi tenuti dai colleghi provinciali.

<sup>4</sup> L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico aggiorna annualmente la base dati Eco-Salute relativa al settore sanitario dei 30 paesi membri dell'organizzazione.

paesi occidentali sono disponibili 6,9 infermieri in attività ogni 1.000 abitanti, mentre in Italia ce ne sono 5,4. Per adeguare la dotazione degli infermieri italiani alla media OCSE servirebbero oltre 70.000 infermieri.

Nonostante la legittimità di tali stime, rimangono numerosi punti critici che sembra utile ricordare anche perché strettamente collegati alle possibili implicazioni di management. In particolare qui di seguito ci soffermiamo su sei aspetti.

1. Il primo approccio richiamato per stimare in circa 60.000 la carenza infermieristica in Italia si serve del numero di infermieri mancanti rispetto a quanto previsto dalle dotazioni organiche delle aziende SSN. Ma la razionalità economica di tali dotazioni organiche non è sempre evidente. Già Palese *et al.* (2001, pp. 205 e 209) in un'analisi condotta su 11 aziende del SSN notavano come non emergesse «alcuna correlazione tra giudizio di carenza (lieve, media e grave) ed entità dei posti vacanti», concludendo che «spesso le dotazioni organiche sono frutto della storia dell'ospedale e non di criteri espliciti di valutazione del fabbisogno di assistenza».

2. Sempre il primo approccio di stima si serve poi del numero di «mancate iscrizioni» ai corsi di laurea in scienze infermieristiche<sup>5</sup> rispetto alle richieste fatte dalla professione (per il processo di determinazione del fabbisogno del personale sanitario e dei numeri chiusi ai corsi di laurea cfr. Riquadro 16.2). Si tratta di una determinante tutta interna alla stessa professione infermieristica e che quindi rischia di apparire autoreferenziale.

Le richieste espresse dalla professione sono a loro volta determinate sulla base di evidenze, ma lo stesso fatto che il processo decisionale porti a fissare numeri chiusi inferiori a quelli inizialmente proposti dalla professione pone dubbi alla razionalità di questi ultimi.

#### Riquadro 16.2 Il processo di determinazione del fabbisogno per le professioni sanitarie

A determinare il fabbisogno sono il ministero della Salute e le regioni (la Conferenza Stato-Regioni), sentite le associazioni professionali e le federazioni di albi e collegi. Come conseguenza, il ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica emana un decreto ministeriale che fissa il numero di accessi ai corsi universitari per le professioni sanitarie e la ripartizione tra le singole sedi universitarie.

Presso il ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica (MIUR) è istituito un Osservatorio delle professioni sanitarie, al quale partecipano – oltre al MIUR – le professioni e il ministero della Salute. Tale Osservatorio supporta le diverse istituzioni nelle decisioni relative alla pianificazione del fabbisogno.

<sup>5</sup> In realtà si tratta dei diplomi universitari preriforme della professione infermieristica del 1999-2000 e dei corsi di laurea post riforme.

Tabella 16.1 Infermieri e medici in attività per 1.000 abitanti, 2004

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Stati Uniti
Infermieri	7,5	9,6	5,4*	9,2	7,9**
Medici	3,4	3,4	4,2	2,3	2,4

\* 2003. \*\* 2002.

Fonte: OECD (2006)

3. Una terza criticità riguarda invece il secondo approccio, che stima la carenza italiana in base alla demografia infermieristica media nei paesi OCSE. La Tab. 16.1 mostra certamente che l'Italia, anche quando confrontata ai paesi più vicini per cultura e livello di sviluppo al nostro sistema, risulta «sottodotata» nel personale infermieristico. Anche in questo caso però si tratta di un'indicazione da assumere con molta prudenza, date le difficoltà di comparare le diverse definizioni di *personale infermieristico* nei diversi paesi e di individuare gli infermieri *attivi*. La media OCSE fornisce certamente un utile riferimento, ma l'alta varianza dell'indicatore tra i diversi paesi – nel 2004 si va da una dotazione minima di 1,8 infermieri attivi per 1.000 abitanti in Corea o 2,2 in Messico fino a 14,9 in Norvegia e 15,0 in Irlanda (OECD 2006) – suggerisce prudenza e comunque sconsiglia di fondarsi su indicazioni normative. Ciò è ancora più vero a ragione della diversa numerosità di occupazioni sanitarie nei diversi paesi e comunque della necessità di considerare *il complesso degli operatori* sanitari.

Un primo aspetto da considerare è l'elevato numero di professioni sanitarie presenti in Italia. Ciò potrebbe significare che la professione infermieristica in Italia ha contenuti più specifici che in altri paesi, dove essa svolge attività che da noi sono svolte da altri professionisti. Se così fosse, la percezione della carenza in Italia sarebbe aggravata dal confrontare il solo gruppo professionale degli infermieri, senza tenere conto delle attività svolte e quali attività sono invece affidate ad altri gruppi professionali.

Un secondo aspetto riguarda il numero di medici attivi, che in Italia è assai maggiore che negli altri paesi. Ciò rende evidente i rischi di concentrare l'analisi comparata sulla sola professione infermieristica e l'opportunità invece di allargare l'analisi anche alle professioni a essa contigue. È evidente infatti che una possibile lettura della situazione italiana potrebbe portare a ipotizzare che alcune attività altrove svolte da infermieri in Italia siano in parte svolte dai medici<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Lunghi dal non riconoscere una distinzione nelle competenze e nelle attività dei due gruppi professionali (e lungi dal riconoscere una caratterizzazione professionale propria per gli infermieri), tale anomala «demografia professionale» ha certamente rappresentato un freno al processo di redistribuzione e delega di alcune attività che invece è stato più forte in paesi in cui ci sono pochi medici e molti infermieri. Tale freno può riferirsi, da un lato, a prudenze e inerzie di tipo culturale, dall'altro, a

Tabella 16.2 Il rapporto tra infermieri e medici + odontoiatri tra i dipendenti SSN, 2004

Regioni	Infermieri/medici + odontoiatri	Regioni	Infermieri/medici + odontoiatri
Piemonte	2,4	Marche	2,8
Valle d'Aosta	2,5	Lazio	2,2
Lombardia	2,8	Abruzzo	2,3
Provincia di Bolzano	3,5	Molise	2,3
Provincia di Trento	3,0	Campania	2,2
Veneto	3,2	Puglia	2,2
Friuli Venezia Giulia	3,4	Basilicata	2,4
Liguria	2,8	Calabria	2,0
Emilia Romagna	3,0	Sicilia	1,8
Toscana	2,9	Sardegna	2,2
Umbria	2,5	<b>Italia</b>	<b>2,5</b>

Fonte: ministero della Salute (2005)

4. A conferma delle difficoltà di dare una lettura univoca a tali complesse relazioni, si consideri il rapporto tra infermieri (al numeratore) e medici più odontoiatri (al denominatore) nelle diverse regioni italiane. La Tab. 16.2 riporta tale indicatore in relazione ai soli dipendenti del SSN a fine 2004. Si evidenzia chiaramente un *continuum* di situazioni ai cui estremi sono, da una parte, un «modello Nord-Est» in cui tale rapporto presenta valori sistematicamente maggiori o uguali al 3 e, dall'altra parte, le regioni meridionali con valori attorno al 2. Nonostante esistano numerose possibili ragioni per spiegare tali differenze, quali il diverso possibile ricorso a personale esternalizzato (cioè non dipendenti) o le differenze nella composizione delle strutture di offerta e delle attività svolte, la loro ampiezza rimane evidente e tanto più evidente sarebbe se l'analisi fosse condotta a livello di ASL o di singole strutture di erogazione (stabilimenti ospedalieri ecc.). In altre parole, tali differenze sembrano mostrare in modo inequivocabile la possibile diversa divisione del lavoro tra professioni sanitarie, nonostante i vincoli posti dalle norme alla sostituibilità tra fattori produttivi (monopoli legali, coefficienti di autorizzazione e accreditamento ecc.)<sup>7</sup>. E que-

un atteggiamento consapevole o meno da parte della professione medica che nel caso di una redistribuzione avrebbe rischiato una situazione di sottoccupazione o addirittura di disoccupazione.

<sup>7</sup> È evidente che i valori diversi possono essere spiegati da differenze sia nella densità di infermieri rispetto alla popolazione (influenzando il numeratore del rapporto), sia nella densità di medici e odontoiatri (influenzando il denominatore). In altre parole, un valore basso del rapporto qui

sto contribuisce a mettere in crisi la pretesa di determinare razionalmente il fabbisogno di personale (infermieristico o di altri profili).

5. Un ulteriore indizio che mette in questione la reale rilevanza della carenza infermieristica in Italia riguarda le difficoltà lamentate da alcune «agenzie per il lavoro» che operano in questo settore somministrando personale infermieristico alle aziende sanitarie. A tale proposito De Pietro (2005b, p. 439) riporta il caso di un'agenzia secondo la quale la rilevanza concreta dell'«emergenza infermieristica» è con tutta probabilità minore di quanto dichiarato dalla stampa. A riprova di ciò, l'agenzia afferma che i numerosi tentativi fatti di offrire infermieri proprio alle aziende che lamentavano – a volte anche sui giornali – gravissime carenze di personale, hanno per lo più dato luogo a risposte del tipo no grazie, l'organico è al completo». Lungi dall'essere un caso isolato, tale esempio riflette la percezione di numerose agenzie. Una possibile spiegazione richiede una migliore messa a fuoco delle condizioni della domanda e dell'offerta di personale infermieristico. Gli elementi chiave che sembrano emergere sono principalmente due<sup>8</sup>:

- da un lato, le aziende sanitarie potrebbero rifiutare le offerte delle agenzie perché reputate troppo care. A sua volta ciò può essere il frutto di due ragioni distinte. La prima è collegata all'abitudine di avere un'unica retribuzione (fissata a livello nazionale dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro) che costituisce riferimento in qualche modo «da non oltrepassare» per il reclutamento del personale infermieristico. La seconda possibile ragione riguarda la frequente disponibilità sul mercato del lavoro locale di cooperative capaci di offrire condizioni economiche particolarmente vantaggiose e spesso disponibili ad accettare il ruolo di «fornitori di capacità» rispetto alle necessità contingenti dell'azienda. Il rifiuto posto alle agenzie per il lavoro mostra con evidenza che la carenza di infermieri, nonostante le descrizioni che ne fanno la professione e spesso le stesse aziende, non è in realtà una carenza *assoluta* ma *relativa*;
- dall'altro lato, le aziende sanitarie potrebbero rifiutare perché in realtà non sono alla ricerca di personale infermieristico *tout-court*, ma chiedono competenze particolari o, verosimilmente, un'appartenenza organizzativa di lungo periodo che gli infermieri somministrati non riescono a offrire. Anche in tale

---

considerato potrebbe essere spiegato da un basso numero di infermieri, da un alto numero di medici, oppure dall'effetto cumulato prodotto da un basso numero di infermieri e, al contempo, un alto numero di medici. Un'analisi più approfondita dovrebbe guardare alla densità dei due gruppi professionali rispetto alla popolazione residente: esercizio non semplice a causa della mobilità interregionale dei pazienti e del ruolo diverso giocato dalle strutture private nelle diverse regioni (i dati riportati in Tab. 16.2 riguardano infatti i dipendenti pubblici dei SSR).

<sup>8</sup> Tralasciamo un terzo elemento, relativo ai possibili vincoli alle assunzioni posti dalle leggi finanziarie e da norme regionali.

caso quello che sembra emergere non è una carenza *assoluta* di personale infermieristico, quanto piuttosto una carenza *rispetto alle condizioni ricercate dalle aziende*. Peraltro tale crescente «condizionalità» imposta dalla domanda sembra coerente sia con il processo di professionalizzazione degli infermieri, sia con quello di crescente controllo dei comportamenti professionali (per esempio, grazie allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali o ai sistemi di *risk management*) sviluppato all'interno di una determinata organizzazione, che rende opportune relazioni di medio-lungo periodo tra professionista e azienda<sup>9</sup>.

6. Da ultimo, ma d'importanza centrale, un elemento chiave che distingue la carenza di infermieri rispetto a quella usuale delle analisi di economia del lavoro può essere trovato nel concetto di «bisogno clinico», definibile come il fabbisogno di personale necessario a garantire prestazioni appropriate da un punto di vista clinico-assistenziale. In altri termini, il bisogno clinico è definito come il numero di infermieri ritenuto necessario per erogare un servizio di ottima qualità clinico-assistenziale in base alle evidenze mediche e infermieristiche disponibili (*evidence-based medicine* ed *evidence-based nursing*). Una frequente traduzione organizzativa semplificata di tale logica è quella grazie alla quale sono definiti i criteri o parametri di autorizzazione e accreditamento con riferimento alle dotazioni organiche e alle competenze professionali. È evidente che, portato alle sue estreme conseguenze, l'approccio del bisogno clinico implica un completo disinteresse per eventuali vincoli di tipo gestionale e operativo che potrebbero influire sulla prestazione sanitaria e, in primo luogo, per i suoi costi (Feldstein 2002). Il bisogno clinico viene definito dai professionisti sanitari indipendentemente dai costi che ne derivano. In tale modo non è possibile effettuare alcuna analisi di efficienza relativa o, più generalmente, di costi-benefici. In generale, è tipico di tutti i professionisti – sanitari e non – il desiderio di poter dedicare un tempo maggiore all'esame e alla soluzione dei singoli casi così da aumentare la qualità media dei servizi resi. I professionisti non sanitari però difficilmente troveranno capacità di autolegittimazione e ragioni altrettanto forti di quelle fatte valere per i bisogni clinici e assistenziali, che tenderanno a richiedere risorse – anche umane – crescenti e, in linea teorica, illimitate (De Pietro e Tereanu 2005).

### 16.2.2 Le ragioni della carenza infermieristica

Nel paragrafo precedente abbiamo discusso il concetto di carenza di infermieri, mostrando quanto sia difficile tentarne una quantificazione. Però nei paesi occidentali e in Italia una carenza – eventualmente con numeri diversi e forse più bassi di

<sup>9</sup> Sulle relazioni tra professionalizzazione e orientamento organizzativo dell'autonomia professionale cfr. Lega e De Pietro (2005).

quelli riportati dai giornali – sembra in ogni caso esistere. Le sue possibili spiegazioni sono numerose e oggetto di abbondante letteratura italiana e internazionale in diverse discipline quali il management (per esempio Barron e West 2005), l'analisi economica (per esempio Antonazzo *et al.* 2002), la sociologia (per esempio Heitlinger 2003), la medicina del lavoro (Camerino *et al.* 2004), le scienze infermieristiche (per esempio Janiszewski Goodin 2003; Newman e Maylor 2002) ecc.

Le analisi riguardano sia i fattori che portano alla decisione di entrare nella professione, sia i fattori che portano ad abbandonarla prima di raggiungere l'età della pensione o comunque a ridurre l'impegno (per esempio, con la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale). In generale, le cause più frequentemente additate sono le seguenti:

- i livelli retributivi, insufficienti a garantire un'offerta di lavoro capace di soddisfare la domanda;
- uno status professionale che risente di alcuni caratteri propri delle origini dell'assistenza infermieristica moderna, che richiamano una professione prettamente femminile, ad alta «intensità vocazionale» e di dedizione alla missione professionale, che nella tradizione era in posizione organizzativa subordinata rispetto al medico;
- le condizioni di lavoro, caratterizzate da turni sulle ventiquattro ore, alto coinvolgimento emotivo (e rischio di *burn-out*), richieste sempre maggiori da parte dell'utenza e delle aziende ecc.;
- la scarsa sostituibilità tra le diverse professioni, che impedisce (o comunque ostacola) un uso flessibile del lavoro disponibile in azienda o sul mercato;
- i cambiamenti nei bisogni e nelle richieste dell'utenza, in buona parte legati a dinamiche strutturali quali l'invecchiamento della popolazione, l'efficacia nel mantenere in vita pazienti in stato di acuzie, la maggiore frequenza di malattie croniche, lo spostamento del *focus* dalla cura all'assistenza ecc.;
- la crisi della famiglia tradizionale e la crescente partecipazione della popolazione femminile al mercato del lavoro, con la conseguente sempre minore offerta di assistenza da parte dei familiari e il crescente bisogno di ricorrere a prestazioni e professionisti specializzati, esterni alla famiglia del paziente.

Oltre a tali ragioni, ve ne sono almeno altre due che possono contribuire a spiegare la carenza di infermieri vissuta dal nostro paese.

Della prima, contingente e di medio periodo, è già stato fatto cenno al par. 16.1. Si tratta dell'effetto dell'allungamento del curriculum formativo dell'infermiere: negli ultimi quindici anni i percorsi formativi hanno aumentato la propria durata e l'istituzione delle lauree specialistiche e dei master (e, presto, dei dottorati) potrà creare un effetto «trascinamento» che potrebbe contribuire – seppur con peso limitato – a confermare le condizioni di carenza<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Un elemento decisivo nei prossimi anni riguarderà le modalità di organizzazione dei master e

Una seconda ragione ha valenza più generale e riguarda non solo l'Italia, ma tutti i sistemi sanitari caratterizzati dall'aver una domanda di lavoro infermieristico concentrata in un unico acquirente. Nel caso del nostro paese tale acquirente dominante è il SSN. La teoria economica definisce tale situazione «monopsonio» e mostra facilmente come mercati monopsonistici fissano livelli di retribuzione inferiori a quelli che si avrebbero in contesti di domanda più plurale o di concorrenza perfetta. La carenza si viene dunque a creare come conseguenza di tale livello retributivo (Folland *et al.* 2001).

### 16.2.3 Possibili piani di azione per gestire la carenza infermieristica in Italia

Coerentemente con quanto detto al par. 16.1, le risposte alla carenza possono essere sviluppate su più piani. Gli obiettivi di queste misure sono i seguenti: aumentare il numero di ore lavorate da chi è già attivo; ritardare la fuoriuscita dalla professione; richiamare chi ne fosse uscito prematuramente; aumentare il numero di giovani che si iscrivono ai corsi di laurea e limitare l'abbandono durante gli studi. Quando non ci si limiti al mercato interno la carenza può essere ridotta anche reclutando infermieri dall'estero (o evitando che quelli «nazionali» vadano a lavorare in altri paesi). Non meno importante, un'altra soluzione è quella di focalizzare la domanda concentrando le attività degli infermieri sui soli compiti *core* della propria professionalità, lasciando ad altri gruppi professionali le attività che non ne fanno parte (attività di supporto, alberghiere, di segreteria, di ambulatorio ecc.). Collegata con questa ultima misura è la possibilità di sviluppare le competenze del personale di supporto così da affidargli attività che fino a oggi non potevano svolgere o di potenziare il campo di attività di professioni equiparabili sul piano della formazione e del ruolo svolto all'interno del sistema sanitario, così da poter procedere a un trasferimento «orizzontale» di attività fino a oggi svolte dagli infermieri.

In questo paragrafo commentiamo brevemente le azioni «di sistema», che riguardano cioè il piano del mercato del lavoro e quello del sistema professionale, concentrandoci in particolare sulla programmazione nazionale del fabbisogno e sulla programmazione universitaria, sulle azioni volte a modificare lo *skill mix* operate a livello nazionale e regionale, sulle politiche contrattuali d'inquadramento e retributive e sulle possibilità di reclutamento dall'estero. Nel par. 16.3 guarderemo invece alle possibili azioni che rientrano nella sfera decisionale delle singole aziende sanitarie.

1. Una prima linea di azione riguarda la programmazione del fabbisogno e la determinazione dei numeri chiusi ai corsi di laurea. In tale senso gli sforzi fatti

---

in particolare la loro natura a tempo pieno (che non permetterebbe una contemporanea attività lavorativa) o a tempo parziale (come è successo in gran parte delle esperienze fatte finora).

Tabella 16.3 **Iscritti ai collegi IPASVI, 1985-2004**

Anno	Iscritti	Δ	Anno	Iscritti	Δ
1985	137.449	—	1995	286.386	23.140
1986	148.155	10.706	1996	303.740	17.354
1987	158.887	10.732	1997	311.775	8.035
1988	170.118	11.231	1998	318.263	6.488
1989	166.204	-3.914	1999	319.277	1.014
1990	183.734	17.530	2000	319.123	-154
1991	196.569	12.835	2001	322.074	2.951
1992	215.054	18.485	2002	326.140	4.066
1993	240.280	25.226	2003	331.699	5.559
1994	263.246	22.966	2004	338.245	6.546

Fonte: IPASVI, [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

negli ultimi decenni risultano evidenti, nonostante i risultati complessivi ottenuti possano essere giudicati ancora insufficienti. La Tab. 16.3 riporta l'andamento degli iscritti ai collegi IPASVI negli ultimi vent'anni: vista retrospettivamente si tratta di una progressione importante, che ha accompagnato la professionalizzazione dell'assistenza sanitaria nel nostro paese e le parallele conquiste professionali ottenute dagli infermieri<sup>11</sup>.

Tale sforzo è sostenuto dalla programmazione del numero chiuso per il corso di laurea in scienze infermieristiche, i cui posti disponibili sono aumentati (dai 10.135 dell'anno accademico 2000-2001 ai 13.445 del 2005-2006), così come è aumentato il numero di chi poi ha confermato l'immatricolazione (il tasso di copertura è passato negli stessi anni dall'82,3 per cento all'85,5 per cento; Del Bufalo 2006), aiutati anche da misure messe in atto da alcune regioni di sussidio o supporto finanziario agli studenti, così da «socializzare» i costi privati del frequentare l'università e aumentare l'appetibilità dei corsi in scienze infermieristiche per i neodiplomati<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> I dati della Tab. 16.3 risentono in realtà di alcune modifiche interne all'organizzazione IPASVI di cui qui non teniamo conto per necessità di sintesi. In ogni caso la dinamica generale è quella che emerge dalla tabella.

<sup>12</sup> A livello complessivo italiano il numero di iscritti risulta minore di quello dei posti disponibili. Ciò però non significa che il numero chiuso e i test di ammissione non abbiano alcuna utilità. Infatti il numero di domande è inferiore a quello dei posti messi a concorso nelle sedi universitarie del Centro-Nord, ma è maggiore nelle sedi del Sud.

In genere la contropartita richiesta dalla regione è l'impegno a restare a lavorare per il SSR per un certo periodo di tempo dopo la laurea.

2. Un secondo piano di possibile azione riguarda il rafforzamento delle competenze di profili professionali diversi, cui delegare o trasferire attività tradizionalmente affidate agli infermieri. In tale senso le azioni hanno riguardato due principali campi: la qualificazione del personale di supporto e la rifocalizzazione delle attività svolte dagli infermieri sulle sole attività professionali caratterizzanti.

La qualificazione del personale di supporto è stata promossa attraverso l'istituzione della figura dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) e dei corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per gli stessi OSS. Tali novità si sono accompagnate a un intervento di riqualificazione per chi era già Operatore Tecnico dell'Assistenza (o OTA, profilo ora esaurimento). Tali iniziative mirano a formare competenze sufficienti per svolgere compiti di natura assistenziale affidati dagli infermieri.

Un problema che sembra emergere è che i corsi non paiono aver sempre garantito i livelli di qualità auspicata e certamente non hanno operato una selezione particolarmente efficace degli iscritti. Inoltre, essi sono stati spesso visti dai partecipanti come l'occasione per progressioni contrattuali più che come strumenti per rafforzare le proprie competenze professionali. Infine, il più delle volte le attività concretamente svolte dopo i corsi spesso non hanno visto alcuna riqualificazione (in altre parole non si è avuto l'auspicato affidamento di attività a più alto contenuto professionale da parte degli infermieri). Le principali ragioni di tale risultato sembrano essere almeno tre. Primo, l'affidamento delle attività al personale di supporto è ancora limitato per il numero esiguo degli OSS. In secondo luogo, in questa fase di transizione si rilevano numerosi timori da parte degli stessi infermieri, che non sempre hanno fiducia nelle competenze professionali di tali figure, soprattutto nel caso degli OTA riqualificati. Terzo, e forse più importante, le attività svolte in tanti servizi sanitari non si prestano facilmente a una separazione operativa delle attività tra più figure: è il caso per esempio di tante unità operative di chirurgia, dove degenze medie sempre più brevi sembrano richiedere un'azione assistenziale in cui è difficile separare le attività affidabili agli OSS, in quanto le condizioni dei pazienti richiedono sistematicamente una risposta infermieristica professionale.

Infine, una possibile azione collegata al tema dello *skill mix change* è quella di perseguire una maggiore sostituibilità tra le diverse professioni. In tale senso la recente esperienza italiana offre più di un motivo di perplessità. La proliferazione delle professioni, tutte riconosciute come autonome e non invece come indirizzi o specializzazioni rispetto a un'appartenenza comune, sembra perseguire un disegno di progressiva distinzione, quando invece la funzionalità del sistema sembrerebbe richiedere maggiori gradi d'integrazione – e anche di «sovrapposizione» intesa come sostituibilità – professionale (per un approfondimento cfr. De Pietro 2003, pp. 27-28).

3. Un terzo piano d'intervento riguarda le condizioni contrattuali riconosciute agli infermieri. Anche in tale caso le azioni sono state evidenti e coerenti con il procedere del processo di professionalizzazione.

Una prima misura è stata il passaggio d'inquadramento dalla categoria C alla categoria D nei contratti collettivi con il secondo biennio economico del CCNL 1998-2001. Eventualmente il «problema» in quel caso è stato che il passaggio, pensato quale riconoscimento del ruolo svolto dagli infermieri e quale risposta a una condizione di stress sul mercato del lavoro per quella professione, è stato generalizzato anche alle altre 21 professioni *ex legge* 42/1999, mortificandone la capacità di incidere su status e appetibilità della professione infermieristica. L'indicazione che emerge da quell'esperienza conferma l'impressione che la leva retributiva possa essere usata per ridurre la carenza infermieristica, a condizione però che tale utilizzo sia selettivo, premiando chi realmente svolge attività di natura infermieristica e, tra questi, chi svolge attività ritenute meno appetibili o chi possiede competenze scarse sul mercato del lavoro.

Una seconda misura contrattuale è stata la possibilità di riconoscere la qualifica dirigenziale agli appartenenti alle professioni sanitarie (legge 251/2000), anche se si tratta di una possibilità vincolata a una contestuale riduzione della dotazione organica di dirigenti medici, biologi, veterinari, farmacisti ecc.

Altre misure, non contenute nel CCNL, ma che comunque incidono sulle condizioni d'impiego e retributive, sono l'esenzione degli infermieri dai blocchi alle assunzioni nelle pubbliche amministrazioni decise dalle leggi finanziarie di diversi anni<sup>13</sup> e la possibilità per le aziende di acquistare prestazioni aggiuntive dagli infermieri propri dipendenti (cosiddetto decreto «Sirchia» poi trasformato nella legge 1/2002).

4. Infine, l'ultimo ambito di possibile intervento che vogliamo qui richiamare riguarda il reclutamento dall'estero. In tale senso il contesto italiano si presenta certamente meno ricettivo e dinamico di altri paesi con tradizione coloniale e d'immigrazione quali il Regno Unito, la Francia o gli Stati Uniti d'America.

Particolarmente importanti per il nostro paese sono le difficoltà linguistiche e legali che caratterizzano l'immigrazione in Italia, nonché le difficoltà legate al riconoscimento dei titoli di studio. Tra tali difficoltà sono da ricordare anche le regole di assunzione nel pubblico impiego, che richiedono come condizione necessaria la cittadinanza dell'Unione Europea<sup>14</sup>. Nonostante tali ostacoli gli infermieri stranieri iscritti ai collegi IPASVI hanno subito un'accelerazione negli ultimi anni, passando da 2.612 iscritti nel 2002 (37 per cento dalla Romania, 16 per cento dalla Polonia, 13 per cento dalla Tunisia, 8 per cento dal Perù) a 6.730 a settembre 2005 (di cui il 30 per cento cittadini dell'Unione Europea; [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)). Buona parte di tale «successo» è da attribuire all'attivismo degli attori dell'offerta

<sup>13</sup> Ma nella legge Finanziaria per l'anno 2006 tale esenzione è venuta meno, poiché la misura richiesta è quella di ridurre dell'1 per cento la spesa complessiva per il personale rispetto all'importo della spesa 2004.

<sup>14</sup> Tale principio è stato messo in crisi solo di recente e in sentenze che ancora non costituiscono giurisprudenza costante.

– cooperative e agenzie per il lavoro – che hanno investito in modo estremamente veloce e determinato su tale settore<sup>15</sup>. Sebbene non si tratti ancora di una quota complessivamente rilevante sul totale (è pari al 2 per cento), occorre tenere conto del fatto che si tratta di professionisti tutti attivi e in gran parte concentrati nelle classi più giovani di età.

Se, come verosimile, il numero di infermieri stranieri nel nostro paese crescerà nei prossimi anni, allora la professione, i SSR e le aziende dovranno investire in azioni capaci di compensare il cosiddetto *brain drain*, cioè l'impovertimento dei sistemi sanitari dei paesi dai quali provengono gli infermieri<sup>16</sup>. Sotto questo profilo il dibattito in Italia sembra infatti ancora troppo poco sviluppato.

### 16.3 Le risposte gestionali a disposizione delle aziende

Le risposte per gestire la carenza infermieristica possono essere sviluppate anche a livello di singola azienda. Un'utile base di ricognizione è offerta da Palese *et al.* (2001, p. 206) che in un'indagine condotta su 11 aziende del SSN del Nord-Est rilevano i seguenti interventi (da noi elencati in ordine decrescente rispetto alla loro diffusione/adozione presso le 11 aziende oggetto d'indagine)<sup>17</sup>:

- accorpamenti tra reparti che hanno contrazione dell'attività in alcuni periodi;
- inserimento degli operatori di supporto (OTA-OSS);
- mobilità del personale per garantire la compensazione in alcune aree;
- recupero di personale infermieristico da attività improprie (tipo segreteria o ambulatorio) assegnandolo a quelle assistenziali;
- modifica della turnistica (per esempio passaggio da turno in 5<sup>a</sup> a turno in 4<sup>a</sup>);
- revisione dei piani di lavoro, riducendo l'impegno infermieristico su attività prive di senso o improprie;
- acquisto di prestazioni aggiuntive, oltre l'orario di lavoro, dagli infermieri dipendenti monetizzando di più il loro impegno oltre a quanto previsto per le ore straordinarie;
- chiusura reparti;
- stipula di accordi con libero-professionisti;
- attivazione della reperibilità per garantire la compensazione delle assenze improvvise;

<sup>15</sup> Nel caso delle agenzie per il lavoro ciò è descritto in De Pietro (2005b).

<sup>16</sup> Il fenomeno risulta ancora più grave quando si considerino gli investimenti in formazione fatti dai paesi di origine, di cui essi non recupereranno i frutti. Il problema ha dato luogo a un ampio dibattito circa le possibili pratiche volontarie di «reclutamento etico» grazie alle quali i paesi d'immigrazione potrebbero compensare i paesi d'emigrazione (cfr. Martineau *et al.* 2004; Nullis-Kapp 2005).

<sup>17</sup> L'indagine è stata poi ripetuta a distanza di due anni, confermando sostanzialmente i risultati ottenuti nel 2001 (Palese 2004).

- modifica dei livelli di assistenza (per esempio, ridurre la presenza infermieristica media in alcune fasce orarie sacrificando alcune prestazioni);
- attivazione di rapporti di lavoro con infermieri non italiani;
- sospensione delle iniziative di aggiornamento obbligatorio;
- attivazione di foresterie per facilitare il reclutamento e la permanenza di infermieri non residenti.

In alcuni casi si tratta di azioni che mostrano una sofferenza da parte delle aziende, costrette addirittura a chiudere i reparti, a sacrificare alcune prestazioni o a sospendere le iniziative di formazione. Ma le azioni più diffuse rimangono comunque quelle orientate a trovare una migliore efficienza nell'utilizzo delle scarse risorse a disposizione delle aziende, procedendo a una revisione critica dei processi di lavoro, affidando al personale di supporto le attività a minore contenuto professionale, ricercando condizioni di condivisione del personale ecc.

Altri possibili interventi non compresi tra quelli appena citati riguardano l'attivazione di sistemi di fidelizzazione basati su schemi di accantonamento e capitalizzazione di quote di retribuzione differita; il ricorso a fornitori esterni di personale infermieristico, in primo luogo cooperative e agenzie per il lavoro, ma anche liberi professionisti; il perseguimento di condizioni di lavoro più facili e di un miglior bilanciamento tra vita professionale e vita privata, per esempio, grazie a misure quali asili aziendali, banche del tempo interne ecc. Discuteremo alcuni di tali strumenti nel prossimo paragrafo con riferimento all'esperienza maturata da un'azienda ospedaliera dell'area milanese.

Infine, in alcuni casi – e quando le condizioni lo permettevano – le aziende hanno sfruttato le recenti evoluzioni in campo formativo per divenire (o essere confermate) sede di corsi di laurea o di master. Si tratta evidentemente di una strada per poter beneficiare di vantaggi al momento del reclutamento, in quanto i neolaureati conoscono le strutture aziendali, le persone che vi lavorano, l'ambiente sociale e sono quindi in media più propensi a prendere in considerazione un lavoro presso la stessa azienda, piuttosto che trasferirsi altrove.

#### **16.4 Un'esperienza dell'area metropolitana milanese**

L'esperienza qui illustrata si riferisce all'AO «Ospedale Niguarda Ca' Granda» di Milano. L'analisi è stata effettuata grazie a diversi incontri svolti nella primavera 2006 con il responsabile aziendale del personale e il responsabile del servizio infermieristico.

L'ospedale Niguarda è una struttura di grandi dimensioni, con circa 1.000 posti letto, 54.000 ricoveri all'anno e 4.300 dipendenti di cui oltre 1.600 infermieri (insieme all'IRCCS San Raffaele è il maggiore istituto di ricovero milanese). L'ospedale è sede di formazione per il corso di laurea in scienze infer-

mieristiche dell'Università degli Studi di Milano, con circa 70 posti all'anno per le immatricolazioni.

Nonostante il caso di Niguarda non possa certo rappresentare in modo esaustivo l'insieme delle esperienze maturate nel SSN né tanto meno lo spettro delle possibili risposte manageriali alla carenza infermieristica da parte delle aziende sanitarie, esso costituisce un esempio importante per le dimensioni aziendali, per il ruolo svolto in ambito metropolitano milanese e per le caratteristiche locali del mercato del lavoro infermieristico, considerato estremamente competitivo da molti osservatori.

Le azioni utilizzate dall'azienda per affrontare la carenza infermieristica possono essere ricondotte a due tipologie:

- una prima che agisce sul mercato del lavoro e prevede il ricorso a forme di lavoro atipiche, descritta al par. 16.4.1<sup>18</sup>;
- una seconda che guarda a possibili soluzioni organizzative interne che utilizzano la leva retributiva, quella delle carriere o la definizione di standard e strumenti per le attività, come descritto al par. 16.4.2.

#### 16.4.1 Il ricorso a forme di lavoro atipiche

L'azienda fa da tempo ricorso a più forme contrattuali atipiche, usate in misura minore o maggiore per le diverse figure professionali. In particolare sono diffusi:

- i *contratti di lavoro a tempo determinato*, usati in modo rilevante sia per il personale dirigente sia per il personale infermieristico. I contratti sono redatti in documenti di due pagine sottoscritti dal lavoratore e dal responsabile del personale dell'azienda su delega del direttore generale. Essi prevedono una durata media di 180 giorni. Per i medici tali contratti specificano il ruolo, il profilo, la disciplina e l'unità operativa di assegnazione. Per il personale del comparto specificano ruolo e profilo e prevedono un periodo di prova di due mesi.

Con riferimento ai contratti di lavoro a tempo determinato, un'esperienza interessante fatta dall'azienda riguarda un progetto appositamente condotto da quest'ultima che riguarda un gruppo di infermieri spagnoli con contratti di otto mesi rinnovabili (Cremonese 2004, p. 48). Il progetto è stato svolto in collaborazione con la Provincia di Milano, l'EURES (agenzia europea per l'impiego), l'INEM (un ente spagnolo per il collocamento) e i ministeri della Salute dei suoi paesi. In totale tale progetto riguarda la metà circa degli infermieri che lavorano con contratto a tempo determinato presso l'azienda. Gli infermieri stranieri sono stati scelti direttamente dal responsabile del servizio

<sup>18</sup> Per una rassegna delle forme del lavoro atipico con riferimento alle pubbliche amministrazioni italiane, cfr. Bandini e De Pietro (2003).

infermieristico aziendale che si è recato per tale ragione nella capitale del paese di provenienza. Il progetto ha previsto diverse e onerose misure volte a garantire un inserimento efficace in azienda e nel contesto italiano. A tale fine infatti è stato seguito il processo di riconoscimento dei titoli di studio, d'immigrazione in Italia e d'iscrizione presso l'IPASVI; sono stati impartiti corsi di lingua italiana di tre settimane; è stata data la possibilità di ottenere prestiti di onore all'arrivo in Italia; è stato offerto supporto per trovare un alloggio ed è stata stipulata una convenzione con un albergo; è stato affidato un *tutor* di riferimento presso il servizio infermieristico ed è stato organizzato un corso di orientamento. Infine, attraverso i rispettivi ministeri del Lavoro, si è giunti al riconoscimento delle attività svolte in Italia per poter progredire in graduatoria e carriera presso il paese di origine, così da rendere più appetibile il progetto e da evitare abbandoni precoci da parte degli infermieri coinvolti;

- l'*appalto a cooperative*, soprattutto per il personale di supporto. Gli appalti riguardano per l'80 per cento OSS e per il restante 20 per cento infermieri. Il ricorso agli appalti da parte dell'azienda è cominciato a fine 2004. Nel caso degli OSS si tratta per lo più di personale in gran parte italiano utilizzato nelle medicine. Il principale vantaggio di questa tipologia contrattuale sta nel risparmio che l'azienda riesce a conseguire rispetto al proprio personale assunto a tempo indeterminato. Nel caso degli infermieri si tratta per lo più di personale specializzato (sala operatoria, dialisi) e l'appalto di conseguenza prevede retribuzioni maggiori di quelle stabilite dal CCNL;
- le *collaborazioni coordinate e continuative* (co.co.co.) e le *collaborazioni a progetto* (co.pro.), soprattutto per il personale amministrativo. I contratti sono redatti in documenti di tre/quattro pagine sottoscritti da lavoratore e dal responsabile del personale dell'azienda. I contratti di co.pro. hanno contenuto più progettuale e individuano il responsabile del progetto cui il collaboratore è affidato per le attività che lo riguardano (mentre nel caso del co.co.co. la supervisione è più genericamente affidata al responsabile del servizio infermieristico). Il ricorso a tali tipi di contratti per il personale infermieristico è assai limitato nei numeri e riguarda per lo più personale specializzato (strumentisti) con contratti di collaborazione a progetto<sup>19</sup>;
- le *collaborazioni libero-professionali*, sia sotto forma di «partita IVA» (per prestazioni orarie), sia sotto forma di contratto d'opera (per un numero di prestazioni predefinito), utilizzate soprattutto per la dirigenza sanitaria. I contratti d'opera, in particolare, sono redatti su documenti di quattro pagine sottoscritti dal professionista e dal responsabile del personale aziendale, dove

<sup>19</sup> Si tratta evidentemente di forme contrattuali che suscitano qualche motivo di perplessità negli osservatori esterni. In particolare, la natura realmente *progettuale* dei contratti a progetto non è sempre evidente, confermando un problema diffusissimo nell'applicazione di tale tipologia contrattuale, in sanità come negli altri settori economici.

sono specificati il tipo e il numero delle prestazioni che il professionista si impegna a effettuare.

In totale il numero di persone che al 31 dicembre 2005 lavoravano con tali contratti presso l'azienda era pari all'8,1 per cento rispetto a quello dei dipendenti a tempo indeterminato. Non si tratta dunque di una quota particolarmente elevata in assoluto, ma capace di garantire spazi di autonomia e flessibilità gestionale all'azienda.

Tra le forme contrattuali atipiche attualmente utilizzate non è presente *la somministrazione di lavoro a tempo determinato*, nonostante l'azienda abbia intenzione di ricorrere anche a questa leva e stia di conseguenza preparando un apposito bando di gara. In realtà l'azienda ha già fatto ricorso al lavoro interinale in passato per personale amministrativo di *front office*. L'esperienza, che era durata circa sette anni a cavallo tra anni Novanta e Duemila, è stata giudicata positiva dal responsabile del servizio infermieristico e dal responsabile del personale. Era però terminata nel tentativo aziendale di contenere i costi e di riqualificare personale dipendente da destinare a quelle attività.

Nel prossimo futuro l'intenzione è invece quella di utilizzare tale possibilità contrattuale per reclutare personale di ruolo sanitario e in particolare infermieri (nella premessa alla bozza del capitolato speciale si afferma che «nel corso degli ultimi anni si è negativamente stabilizzata presso questa azienda la difficoltà a reperire infermieri professionali con le tradizionali procedure concorsuali o per trasferimento»), distinti in due gruppi cui corrispondono due lotti separati di gara. Il primo riguarda alcune decine di infermieri da utilizzare in alcune unità operative di area medica. Il secondo lotto invece riguarda la somministrazione di pochi strumentisti per le sale operatorie. Significativamente, i requisiti richiesti per il primo lotto sono quelli usuali (iscrizione all'albo, idoneità sanitaria ecc.) e la «buona conoscenza della lingua italiana», requisito che denota una coscienza circa le condizioni del mercato del lavoro e della somministrazione di personale infermieristico, oggi per lo più costituita da stranieri. Per il personale strumentista a tali requisiti viene aggiunto quello di un'esperienza specifica almeno biennale. Gli importi orari posti a base d'asta sono distinti (quello per il secondo lotto è dell'11 per cento maggiore di quello previsto per il primo lotto). I criteri per la valutazione della qualità (che pesa il 50 per cento per l'individuazione dell'offerta più vantaggiosa, con il restante 50 per cento destinato all'elemento prezzo) comprendono l'esperienza nella fornitura di lavoratori di identica tipologia negli ultimi 12 mesi, la certificazione ISO 9001, l'economicità di gestione aziendale nel biennio precedente e poi un elemento di particolare importanza, a cui sono assegnati 25 punti sui totali 100 a disposizione per l'aggiudicazione: si tratta delle «misure organizzative e formative che l'impresa fornitrice intende predisporre per facilitare l'inserimento dei lavoratori forniti nell'organizzazione del lavoro e per pervenire a eliminare problemi di interconnessione e coordinamento tra tali lavoratori e la struttura del-

l'azienda utilizzatrice – disponibilità alla sostituzione programmata ed estemporanea del personale – garanzia sulla continuità lavorativa del personale messo a disposizione». Coerente con questa impostazione sembra la scelta di garantire la fruizione del servizio mensa, al pari che per i professionisti dipendenti.

In conclusione l'azienda mostra forte autonomia e capacità di utilizzare diverse modalità di reclutamento, che vanno dal reclutamento estero «diretto» organizzato attraverso apposito progetto, agli appalti alle cooperative, alla somministrazione di lavoro, ai co.co.pro. o ai contratti d'opera per professionisti specializzati, alla modalità più tradizionale del tempo determinato, con il quale vengono gestite anche le supplenze. I vantaggi citati riguardano principalmente:

- i risparmi che è possibile conseguire (forti nel caso degli appalti alle cooperative, nulli con i contratti a tempo determinato e con la somministrazione);
- la maggiore continuità del servizio e il sensibile contenimento delle assenze (anche nel caso del lavoro a tempo determinato esse sono inferiori a quelle fatte dai dipendenti a tempo indeterminato);
- la possibilità di aggirare le misure di «blocco delle assunzioni» determinate dalle leggi finanziarie (nel caso dell'ultima legge Finanziaria ciò è possibile ricorrendo agli appalti);
- la possibilità di dare soluzione alla carenza infermieristica;
- la maggiore flessibilità gestionale, dovuta al poter variare il numero di persone e spostarle da un'unità operativa a un'altra.

Le principali criticità riguardano invece le competenze possedute dal personale esterno e l'integrazione nelle regole operative e nell'organizzazione aziendale. Ciò richiama due aspetti sui quali è utile soffermarsi.

Da un lato, i nostri interlocutori confermano la scarsa fiducia riposta nella certificazione delle competenze operata dal sistema delle professioni. In altri termini non è detto che un infermiere iscritto all'albo o un OSS appartenente al profilo abbiano competenze adeguate al ruolo. Si tratta di un problema difficilmente eliminabile nel caso delle figure di supporto, che non sono oggetto di un controllo professionale da parte di ordini o collegi. Nel caso degli infermieri invece tale giudizio acquista rilevanza, perché conferma la critica diffusa secondo la quale il controllo professionale operato da ordini e collegi sui propri iscritti è insufficiente o comunque inefficace. Da un altro lato, tali osservazioni mettono in luce la crescente importanza di regole organizzative e aziendali che orientano i comportamenti professionali e così facendo contestualizzano l'autonomia professionale, in una logica di burocratizzazione (da intendersi non necessariamente in senso negativo) dei professionisti. Ciò significa, per esempio, dover utilizzare la cartella infermieristica adottata in azienda, definita in coerenza con le linee guida della Regione Lombardia e certificata ISO e Joint Commission International. Come risultato finale di tale processo, il grado di sostituibilità tra gli infermieri sembra destinato a ridursi. In altre parole, le esperienze da loro acquisite, le competenze

individuali distintive e specifiche, nonché le caratteristiche organizzative delle aziende nelle quali lavorano, avranno un peso crescente.

#### 16.4.2 Altre soluzioni gestionali

Oltre che ricorrere al lavoro atipico, esistono almeno quattro altre leve di gestione messe in atto dall'azienda che possono essere messe in relazione con l'esigenza di reclutare e trattenere il personale infermieristico:

- l'utilizzo della legge 1/2002 per l'acquisto di prestazioni aggiuntive offerte dal personale infermieristico e tecnico sanitario di radiologia medica;
- un progetto d'incentivazione triennale volto a promuovere la permanenza del personale infermieristico in azienda, sia nel senso di aumentare la fidelizzazione, sia nel senso di contenere le assenze;
- la possibilità di «progressioni verticali» di tipo professionale;
- l'adozione di una cartella infermieristica certificata.

1. L'acquisto di prestazioni aggiuntive ex «decreto Sirchia» (legge 1/2002) è un istituto abbastanza usato in azienda. Esso riconosce una retribuzione oraria di circa 30 euro, a fronte dei circa 14 euro previsti in media per il lavoro straordinario. Le ore pro capite medie riconosciute al personale potenzialmente interessato nel 2005 sono state quasi 30.

2. Il progetto aziendale d'incentivazione triennale volto a fidelizzare il personale si basa su due elementi:

- un premio di permanenza riconosciuto a tutti i dipendenti in base alle giornate svolte e di valore crescente nel 2005, nel 2006 e nel 2007. In tale modo si premia fin da subito la presenza ma, soprattutto, si premiano le persone che decidono di restare a lavorare presso l'azienda nell'arco del triennio. Si tratta di una logica peraltro abbastanza diffusa in molte aziende non sanitarie, quando c'è scarsità di alcune figure particolari sul locale mercato del lavoro o c'è alto *turn-over* non programmato;
- il riconoscimento di quattro diversi gradi crescenti di criticità organizzativa o assistenziale delle unità operative. Ciascun livello è associato a un *per diem* riconosciuto ai dipendenti, che aumenta al crescere della criticità dell'unità operativa<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> L'azienda ha considerato di livello 1 (criticità minima) il 50 per cento delle unità operative e di livello 4 (criticità massima) soltanto il 5 per cento delle strutture presenti in azienda; il restante 45 per cento ricade per metà nel livello 2 e per metà nel livello 3. Si tratta di un risultato che si presta a giudizi opposti, a seconda del grado di ottimismo e delle aspettative iniziali dell'osservatore. In senso positivo, si può ritenere che la distribuzione metta in luce la capacità dell'azienda di evita-

Il progetto costituisce un positivo sforzo d'innovazione proattiva per reagire a un mercato del lavoro locale assai competitivo e per rendere più stringente il collegamento tra prestazioni e ricompense. Nonostante ciò, il giudizio complessivo da parte dell'azienda circa il rapporto costo-efficacia del progetto resta incerto e non è detto che l'esperienza venga confermata in futuro.

3. La terza azione riguarda la possibilità di progressione verticale dalla categoria D al profilo economico super (Ds)<sup>21</sup>. Gli obiettivi del progetto, allegato al contratto collettivo integrativo aziendale del 2004, sono quelli di «valorizzare le professionalità interne esistenti, favorire il recupero delle motivazioni del personale, migliorare le funzionalità dei servizi». Le «figure professionali» individuate sono quelle del «referente di settore», del «tutor per il personale neoinserito», del «capo turno» e del *case manager*. La progressione avviene secondo le procedure del bando e della selezione interna. A regime, le persone interessate da tale carriera interna potrebbero rappresentare circa un decimo del personale infermieristico complessivo.

4. Infine, la quarta misura che ha effetti sul lavoro degli infermieri e quindi sulla gestione della «carenza» sul mercato del lavoro riguarda l'adozione della cartella infermieristica certificata e diffusa nell'intera azienda. La cartella infermieristica – che è parte integrante della cartella clinica del paziente – ha richiesto infatti una migliore definizione di quelli che sono i compiti da affidare agli infermieri e quelli che sono da affidare al personale di supporto, contribuendo a «pulire» il lavoro affidato agli infermieri da molte attività di natura non sanitaria. Ciò a sua volta è stato accompagnato dalla definizione di piani di lavoro da parte delle unità operative, poi convalidati dal Dipartimento Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale (DITRA), e da apposite iniziative di formazione.

## 16.5 Conclusioni

1. Le conseguenze del recente processo di professionalizzazione degli infermieri sul mercato del lavoro in Italia non sono ancora chiare. Il maggiore prestigio potrebbe portare a un maggiore numero di iscritti e quindi a un aumento dell'offerta di lavoro. Però, al contrario, il mancato adeguamento delle attività svolte e dell'organizzazione del lavoro – a partire dall'impossibilità di ridurre il ricorso ai turni – potrebbe aumentare il *gap* tra quelle che sono, da un lato, le aspettative maturate durante il percorso formativo e, dall'altro, le condizioni e i contenuti concreti del

---

re uno schiacciamento eccessivo sui livelli più alti (livelli 3 e 4). In senso negativo, si può notare come probabilmente l'azienda avrebbe potuto evitare di riconoscere incentivazioni economiche al livello 1, così da concentrarle sulle situazioni realmente critiche.

<sup>21</sup> Si tratta di una possibilità di carriera offerta a tutti i professionisti di ruolo sanitario inquadrati in categoria D. Tra questi, gli infermieri assumono un ruolo centrale.

lavoro in azienda, con un abbandono precoce della professione e quindi una riduzione dell'offerta. Allo stesso modo, non sono chiare le conseguenze sugli altri gruppi occupazionali, che stanno vivendo cambiamenti simili e quindi non permettono una facile individuazione di quella che sarà la configurazione complessiva del sistema delle professioni codificate nel medio termine. Infine, la stessa ambiguità caratterizza le conseguenze sul piano della gestione aziendale, come evidenziato dall'estrema variabilità delle esperienze maturate nei diversi contesti organizzativi (cfr. par. 16.3) e, di più delle volte, dall'avvio assai recente di tali esperienze.

2. Un esito che sembra chiaramente evidenziarsi sul mercato del lavoro e sembra confermato dalle pratiche di management riguarda la differenziazione professionale del personale infermieristico. In tale senso la formazione universitaria non ha significato soltanto un innalzamento generalizzato del grado di istruzione e formazione, ma ha costituito l'occasione per una dinamica di differenziazione sia lungo la dimensione orizzontale, distinguendo i vari ambiti di attività specialistica, sia lungo la dimensione verticale, distinguendo personale non specializzato da personale con competenze specialistiche riconosciute<sup>22</sup>. Tale differenziazione risponde a un'esigenza già presente sul mercato del lavoro e all'interno delle aziende sanitarie, dove infatti era ed è già orientata/gestita in modo implicito o, come visto nel caso dell'azienda milanese, in modo esplicito, con differenziazioni contrattuali evidenti nel bando per la somministrazione. Ma la novità rappresentata dalle recenti opportunità di formazione universitaria specifica produrrà un'ulteriore esplicitazione e codificazione di tali differenze. Ciò comporterà verosimilmente una maggiore articolazione del concetto di carenza di infermieri, che sarà declinata in gradi diversi per i singoli profili specifici.

3. Le pressioni sul mercato del lavoro e la carenza infermieristica costituiscono uno stimolo importante per le aziende sanitarie, spinte a ricercare modalità nuove di reclutamento e fidelizzazione. In tale senso l'esperienza qui discussa dell'azienda ospedaliera milanese costituisce un esempio illuminante di capacità d'innovazione manageriale con soluzioni originali (anche e soprattutto quando l'azienda pone sotto vaglio critico le proprie esperienze, non disconoscendone eventuali debolezze) e di autonomia aziendale. Ciò peraltro contribuisce a smentire – nel caso ce ne fosse ancora bisogno – alcune letture riduttive di quanto avviene all'interno del SSN e delle pubbliche amministrazioni, spesso tacciate di immobilismo e di incapacità di reagire di fronte a trasformazioni dell'ambiente nel quale operano.

4. Un ruolo fondamentale nell'affrontare e gestire la carenza infermieristica è

<sup>22</sup> Più difficile è invece individuare gli esiti del processo di differenziazione lungo la linea «pratica assistenziale/coordinamento/ricerca-insegnamento», che risponde a logiche e prassi presenti da decenni nella professione infermieristica, ma che negli ultimi anni hanno subito un'accelerazione che a nostro avviso non è sempre controllata efficacemente.

svolto dagli attori dell'offerta, in primo luogo cooperative e agenzie per il lavoro, che mostrano un attivismo estremamente pronunciato. Le agenzie riescono a reclutare all'estero attraverso processi strutturati, mettendo a disposizione del sistema sanitario italiano e delle sue aziende professionisti che hanno già completato i processi di riconoscimento dei titoli di studio, di arrivo nel nostro paese e di iscrizione all'albo professionale. In tale modo le agenzie operano un vero e proprio allargamento del bacino di reclutamento a disposizione delle aziende (De Pietro 2005b). Dal canto loro, le cooperative di lavoro di fronte a vincoli crescenti al proprio operare<sup>23</sup> sono capaci di cambiamenti nelle forme giuridiche (assumendo la veste di agenzie per il lavoro), nel posizionamento sul mercato (prediligendo l'appalto di servizi in senso più proprio di quanto non succedesse fino al recente passato), nell'organizzazione interna e nelle condizioni di lavoro offerte ai propri soci. Infine, le nuove condizioni di mercato spingono un numero crescente di infermieri a operare quali liberi professionisti (ciò è confermato dall'aumento degli iscritti all'apposita cassa previdenziale) per poi eventualmente associarsi o comunque operare in forza di contratti di collaborazione professionale stipulati con le diverse aziende del sistema sanitario.

5. Le conoscenze che si hanno circa la carenza infermieristica in Italia, i suoi numeri, la sua distribuzione territoriale e le sue cause sembrano ancora insufficienti ad affrontare efficacemente il problema. Tale situazione richiede un maggiore sforzo di ricerca all'interno delle università e delle altre istituzioni a ciò preposte. Ma forse ancora più necessaria e urgente sembra la formazione di tavoli e gruppi di lavoro capaci di mettere insieme e a confronto le esperienze sviluppate dalle aziende e le riflessioni teoriche – italiane ed estere – che su tale campo si stanno producendo. La debolezza di tale tipo di confronto, confermata anche dagli interlocutori incontrati nell'azienda oggetto di approfondimento nel par. 16.4, indica certamente una strada da percorrere.

### Bibliografia

- Antonazzo E., Scott A. *et al.* (2002), «The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature», *Health Economics*, n. 12, pp. 465-478.
- Bandini F., De Pietro C. (2003), «La flessibilità nella pubblica amministrazione», in M.C. Bombelli, D. Cuomo (a cura di), *Il tempo al femminile*, Milano, Etas.
- Barron D., West E. (2005), «Leaving Nursing: An Event-history Analysis of Nurses' Careers», *Journal of Health Services Research Policy*, 10(3), pp. 150-157.

<sup>23</sup> La maggiore criticità riguarda le accuse spesso rivolte alle cooperative – e confermate di recente da importanti sentenze – secondo le quali esse non prenderebbero in gestione interi servizi (con tanto di rischio imprenditoriale associato), quanto piuttosto intermedierebbero lavoro, attività che la legge riserva alle agenzie per il lavoro a ciò autorizzate.

- Camerino D., Lusignani M. *et al.* (2004), «L'intenzione di lasciare la professione infermieristica», *La medicina del lavoro*, 95(5), pp. 354-364.
- Cremonese A. (2004), «Niguarda "importa" infermieri spagnoli», *Il Corriere della Sera*, 2 settembre, p. 48.
- De Pietro C. (2003), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, n. 48, pp. 7-35.
- De Pietro C. (2005a), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. (2005b), «Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle agenzie per il lavoro», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Tereanu C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive», *Mecosan*, n. 55, pp. 65-85.
- Del Bufalo P. (2006), «Un "buco" da 60mila unità», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 14-20 febbraio, p. 31.
- Feldstein P.J. (2002), *Health Care Economics*, V ed., Clifton Park, Delmar.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M. (2001), *The Economics of Health and Healthcare*, III ed., Upper Saddle River, Prentice Hall.
- Heitlinger A. (2003), «The Paradoxical Impact of Health Care Restructuring in Canada on Nursing as a Profession», *International Journal of Health Services*, 33(1), pp. 37-54.
- Janiszewski Goodin H. (2003), «The Nursing Shortage in the United States of America: An Integrative Review of the Literature», *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), pp. 335-350.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Martineau T., Decker K., Bundred P. (2004) «"Brain drain" of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action», *Health Policy*, 70(1), pp. 1-10.
- Ministero della Salute (2005), *Personale delle A.S.L. e degli istituti di cura pubblici. Anno 2004*. [www.sanita.it](http://www.sanita.it), 24 luglio 2006.
- Newman K., Maylor U. (2002), «The NHS Plan: Nurse Satisfaction, Commitment and Retention Strategies», *Health Services Management Research*, 15(2), p. 93-115.
- Nullis-Kapp C. (2005), «Efforts Under Way to Stem "Brain Drain" of Doctors and Nurses», *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), pp. 84-85.
- OECD (2006), *Eco-Salute 2006*, [www.oecd.org](http://www.oecd.org), 26 giugno 2006.
- Palese A. (2004), «L'evoluzione della carenza di infermieri in dieci aziende sanitarie a due anni dalla prima rilevazione», *Mecosan*, n. 51, pp. 93-100.
- Palese A., Battistello M. *et al.* (2001), «Le strategie per affrontare la carenza di infermieri in undici aziende sanitarie: un'analisi descrittiva», *Assistenza infermieristica*, 20(4), pp. 203-210.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.