

PERSONALE SANITARIO: CARATTERISTICHE ED IMPATTI SUI MODELLI DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO

7

Daniele Piacentini, Umberto Moscato

*Sistemi organizzati e professionalizzati sono capaci di erogare servizi,
ma solo una comunità è capace di erogare cura.*

Peter Block

*Una ben funzionante organizzazione professionale
non è solo un insieme di competenti specialisti, è una comunità di membri impegnati.*

Henry Mintzberg

Professioni sanitarie tra storia, norme e inquadramento attuale

La disciplina del personale operante in ambito sanitario affonda le proprie radici nel testo unico delle leggi sanitarie (TULS), approvato con il R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, che suddivideva le professioni sanitarie in tre grandi categorie:

1. Le professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, solo successivamente, odontoiatra).
2. Le professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata).
3. Le arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato).

Successivamente, il DPR n. 761/79, recante la disciplina dello “Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”, ha introdotto la divisione del personale operante nelle unità sanitarie locali in 4 ruoli: ruolo sanitario, ruolo professionale, ruolo tecnico, ruolo amministrativo.

Ai sensi del citato decreto, in particolare, erano considerati appartenenti al ruolo sanitario “i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, ove esistano, che esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute, ovvero: i medici, i farmacisti, i veterinari, i biologi, i chimici, i fisici, gli psicologi, nonché gli operatori in possesso dello specifico titolo di abilitazione professionale per l’esercizio di funzioni didattico-organizzative, infermieristiche, tecnico-sanitarie, di vigilanza ed ispezione e di riabilitazione”.

Alla crescita professionale delle figure rientranti nell’ambito del ruolo sanitario, ma considerate “ausiliarie” della professione medica (ai sensi del R.D. n. 1265/34) ha contribuito l’istituzione dei diplomi universitari, attuata con la legge 19 novembre 1990, n. 341, e, successivamente, l’attivazione dei corsi universitari, così come disposto dalla cd. Riforma bis del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attuata con il D.Lgs. n. 502/1992.

In particolare, tale riforma ha avviato un processo di “professionalizzazione” delle figure sanitarie, demandando al Ministro della Sanità l’individuazione (attraverso specifici decreti) delle figure professionali da formare e la definizione dei relativi profili (cfr. art. 6, D.Lgs. n. 502/1992) e affidando alle Università la loro formazione abilitante, tramite corsi per l’espletamento dei quali era richiesta l’approvazione di appositi protocolli di intesa tra Regioni e Università.

Parallelamente, è stata introdotta la qualifica dirigenziale per medici, veterinari e dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, psicologi), poi ridisegnata dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, recante norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell'art. 1 della l. 30 novembre 1998, n. 419.

Dirigenza medica e sanitaria nel settore pubblico

Nel nuovo quadro normativo tracciato dal legislatore con la 229/1999, la dirigenza sanitaria è stata collocata in un unico ruolo, distinta per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.

Precedentemente, erano invece previsti due livelli: nel primo era stato ricondotto il personale precedentemente inquadrato nel X livello (coadiutore sanitario, vicedirettore sanitario, aiuto corresponsabile ospedaliero, aiuto corresponsabile odontoiatra, veterinario coadiutore) e nel IX livello (assistente medico, assistente odontoiatra, veterinario collaboratore); nel secondo livello erano stati, invece, collocati i dirigenti apicali ex livello XI (dirigente sanitario, direttore sanitario, primario ospedaliero, primario odontoiatra, sovrintendente sanitario, veterinario dirigente).

L'assunzione dei dirigenti nel SSN ha come presupposto l'espletamento di specifiche procedure concorsuali, l'accesso alle quali è subordinato al possesso dei requisiti generali (es. idoneità fisica all'impiego, titolo di studio per l'accesso alle rispettive carriere, iscrizione all'albo ove richiesta per l'esercizio della professione) e speciali (laurea, specializzazione nella disciplina del concorso o in disciplina affine, iscrizione all'albo) previsti dal DPR n. 483/97.

La costituzione del rapporto è, poi, affidata alla stipula di un contratto di lavoro che può essere a tempo determinato o indeterminato su cui si innesta lo specifico incarico conferito, a termine, al dirigente.

Il possesso della qualifica di dirigente medico costituisce il presupposto per esercitare una funzione dirigenziale, ma solo l'attribuzione dello specifico incarico da parte dell'Azienda individua in modo concreto il livello di responsabilità richiesto e attribuito.

Il citato D.Lgs. n. 229 del 1999, nel ridefinire il profilo giuridico della dirigenza medica ha, infatti, tenuto conto dell'evoluzione avvenuta nello stato giuridico della dirigenza statale e ha ridisegnato la nuova dirigenza medica sulla base dei seguenti principi:

- Nessun dirigente è più incardinato in una qualifica giuridica, ma ciascuno esplica le funzioni proprie dell'incarico che gli viene conferito.
- La dirigenza medica è collocata in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.
- L'attività dei dirigenti medici è caratterizzata da autonomia tecnico-professionale, soggetta a periodica valutazione e verifica.
- L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nell'ambito di indirizzi operativi e programmatici finalizzati all'efficiente utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.
- Il dirigente è responsabile del risultato conseguito.

Il processo iniziato con il più volte citato decreto del 1999 ha poi trovato completamento, per quanto riguarda la parte normativa e il correlato trattamento economico, nella contrattazione collettiva nazionale, che ha individuato i criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali e per l'assegnazione, la valutazione e la verifica degli incarichi dirigenziali, nonché per l'attribuzione della componente variabile della retribuzione di posizione collegata alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato. In tal senso gli artt. 27-30 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 hanno prefigurato quattro tipologie di incarico, con le relative modalità di conferimento e requisiti:

- 1) Incarico di direzione di struttura complessa (dipartimento, distretto, presidio ospedaliero).
- 2) Incarico di direzione di struttura semplice.
- 3) Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.
- 4) Incarichi di natura professionale.

A tutti i dirigenti doveva, pertanto, essere assegnato un incarico rientrante nelle tipologie di cui sopra.

Per espressa previsione legislativa, inoltre, gli incarichi di direzione di struttura (punti 1 e 2) erano riservati ai dirigenti a rapporto esclusivo; tuttavia, dopo le modifiche apportate dalla legge (art. 2-septies del D.L. n.

81/2004, convertito con modifiche nella L. n. 138/2004), tali incarichi possono essere attribuiti anche ai dirigenti con rapporto non esclusivo, salvo diverse previsioni contrattuali o organizzative.

L'ultimo C.C.N.L. dell'Area Sanitaria (che disciplina ora i rapporti non solo della dirigenza medica e veterinaria, ma anche dei dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie) ha innovato il sistema degli incarichi distinguendo tra incarichi gestionali ed incarichi professionali.

Negli incarichi gestionali si ricomprendono: gli incarichi di direzione di struttura complessa; di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale; di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa.

Gli incarichi professionali si articolano, invece, in: incarico professionale di altissima professionalità, che, a sua volta, si distingue in incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale e incarico professionale di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa; incarico professionale di alta specializzazione; incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo; incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova.

Dirigenza medica e sanitaria nel settore privato

L'evoluzione della dirigenza medica e sanitaria ha stentato a trovare ingresso nella sanità privata: solo il C.C.N.L. della dirigenza medica degli ospedali classificati, sottoscritto da Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (ARIS) e Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedaliere (ANMIRS), ha introdotto, con prontezza ad inizio 2000, le principali modifiche previste normativamente per il personale medico.

Per le altre strutture sanitarie bisognerà attendere il 2020 per vedere il primo contratto collettivo nazionale di lavoro per la dirigenza medica, sottoscritto peraltro solo da ARIS e che, dunque, non trova applicazione nei confronti del personale delle strutture sanitarie profit, in cui il personale medico appartiene ancora alla categoria legale impiegatizia, con inquadramento nelle risalenti qualifiche di Direttore Sanitario, Responsabile, Aiuto dirigente, Aiuto e Assistente.

L'attuale C.C.N.L. della dirigenza medica della sanità privata 2020-2023 prevede, invece, la possibilità di conferire ai dirigenti medici (tutti inquadrati in un unico livello) gli incarichi precedentemente previsti dalla contrattazione collettiva della dirigenza medica e veterinaria prima dell'ultimo rinnovo (incarico di direzione di struttura complessa, semplice, di alta specializzazione e professionale).

Dopo quasi trent'anni dalla riforma del 1992, infatti, il nuovo contratto collettivo, attraverso l'introduzione della qualifica dirigenziale, ha ripristinato l'uniformità di inquadramento tra i medici della sanità privata e quelli delle strutture pubbliche del SSN, costituendo un passo in avanti verso il riconoscimento del settore privato quale parte integrante del servizio sanitario pubblico, nonché verso l'adozione di provvedimenti legislativi che estendano anche ai medici dell'area privata il riconoscimento dell'equiparazione dei titoli e dei servizi.

Anche per i dirigenti medici della sanità privata gli incarichi sono a termine e hanno una durata da tre a cinque anni con facoltà di rinnovo.

L'eventuale revoca o mancata conferma dell'incarico comporta l'attribuzione di un altro incarico e il riconoscimento del relativo trattamento economico, senza che possa configurarsi in alcun modo un demansionamento. I dirigenti sono, infatti, tutti collocati in un unico livello ed il collegamento gerarchico-funzionale tra essi va ricercato quindi non nella differente qualificazione, bensì nella specificità degli incarichi affidati a ciascuno. Gli incarichi non sono collocati in una scala gerarchica, ma hanno pari dignità ed importanza e l'eventuale decisione del Datore di Lavoro di mutare detti incarichi determina soltanto una differente valorizzazione economica.

Le altre figure di "laureati sanitari" hanno dovuto attendere il 2006 perché venisse per loro introdotta la dirigenza attraverso un Protocollo sperimentale che si innestava, tuttavia, nel C.C.N.L. per il personale non medico. Solo nel 2013 è stato sottoscritto da ARIS un vero e proprio C.C.N.L. per il personale dirigente sanitario (non medico), professionale, tecnico ed amministrativo dipendente da ospedali classificati, IRCCS e Presidi ex art. 43 l. n. 833/78, recentemente rinnovato per il triennio 2020-2023. Nel resto della sanità privata le figure di laureati non medici (farmacisti, biologi, psicologi, ingegneri clinici e figure amministrative in ruoli apicali) rimangono appartenenti al contratto collettivo del personale del comparto ed inquadrati prevalentemente nella categoria E del C.C.N.L. di riferimento.

Personale del comparto

Per quanto riguarda invece le altre figure sanitarie non dirigenziali un'importante svolta, dopo il D.Lgs. n. 502/92, è stata segnata dalla l. n. 42/99 che ha sancito definitivamente l'eliminazione della suddivisione di cui al T.U. delle leggi sanitarie del 1934, con la scomparsa di ogni riferimento alle cd. professioni "ausiliarie" e la riconduzione di tutte le figure nell'unica categoria delle "professioni sanitarie" (art.1, l. n.42/1999) e con abolizione dei mansionari.

La citata legge ha, inoltre, avuto il pregio di aver abolito i mansionari precedentemente esistenti, sancendo così il passaggio dalle mansioni alle responsabilità per i professionisti sanitari.

Alla legge n. 42/1999 ha, poi, fatto seguito la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante la "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che ha istituito la possibilità di accesso alla dirigenza e la laurea specialistica per queste professioni sanitarie e che contiene norme inerenti anche all'esercizio e alla formazione professionale.

Tale legge ha, infatti, disciplinato le professioni sanitarie allocandole nelle seguenti aree: "Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica", "Professioni sanitarie riabilitative", "Professioni tecnico-sanitarie", "Professioni tecniche della prevenzione".

Le leggi n. 42/1999 e n. 251/2000 hanno segnato, in sostanza, il definitivo abbandono del ruolo "ausiliario" proprio di tali professionisti riconoscendogli pari dignità rispetto alle già esistenti professioni e un ruolo centrale nei nuovi modello organizzativi e clinico assistenziali.

Con il D.M. 29 marzo 2001 si è poi proceduto alla classificazione delle professioni sanitarie nelle aree definite dalla L. n. 251/2000 e che sono valide ancora oggi:

- Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (Infermiere, Ostetrica/o, Infermiere pediatrico).
- Professioni sanitarie riabilitative (Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista-Assistente di oftalmologia, Terapista della neuro- e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale).
- Professioni tecnico-sanitarie (Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale).
- Professioni tecniche della prevenzione (Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario).

Le professioni di cui sopra, analogamente a quanto previsto dal C.C.N.L. del comparto sanità, sono stati inquadrati tutti nell'ambito della categoria D del C.C.N.L. per il personale non medico della sanità privata (cfr. da ultimo C.C.N.L. 2016-2018, art. 52).

Altro passaggio importante nell'evoluzione della disciplina delle professioni sanitarie è rappresentato dalla legge n. 43/2006 che ha istituito gli ordini e gli albi per tutte le professioni sanitarie, disciplinando la procedura partecipata fra Stato e Regioni per l'integrazione di professioni sanitarie già riconosciute e/o l'istituzione di nuove professioni ed ha, altresì, istituito la funzione di coordinamento.

Segnatamente, l'art. 6 della citata legge ha definito l'articolazione del personale laureato appartenente alle professioni sanitarie, in conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, distinguendo tra:

- Professionisti in possesso del diploma di laurea, o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente;
- Professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;
- Professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche;
- Professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati affidati incarichi dirigenziali ex art. 7 della Legge n. 251 del 2000 e s.m.i.

La Legge n. 43 del 2006 ha previsto, inoltre, che l'esercizio della funzione di coordinamento possa essere espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti: a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza; b) esperienza professionale triennale nel profilo di appartenenza.

La norma demandava poi la definizione dei criteri e delle modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private ad un apposito accordo Stato-Regione che è stato effettivamente emanato in data 1 agosto 2007.

Tale accordo ha rinviato - a sua volta - l'applicazione di quanto previsto dall'art. 6 della legge n. 43/2006 alla preventiva armonizzazione dei vigenti contratti collettivi con i principi ivi contenuti, disponendo espressamente che "in sede contrattuale saranno definite le modalità per il conferimento dell'incarico di coordinamento" (art. 2, comma 2).

Tuttavia, se nel comparto pubblico è subito intervenuto il C.C.N.L. 10/4/08 a dettare la regolamentazione contrattuale del nuovo incarico di coordinamento delle professioni sanitarie, nella sanità privata bisognerà attendere il 2020 per l'introduzione di una disciplina analoga, ad opera del C.C.N.L. 2016-2018.

Ai sensi dell'art. 62 del vigente C.C.N.L. del personale non medico della sanità privata, infatti, "A far data dall'entrata in vigore del presente contratto, ai fini dell'affidamento della funzione di coordinamento per il personale dei profili delle professioni sanitarie, è necessario il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, commi 4 e 5, della legge n. 43/2006. Per gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente C.C.N.L. resta fermo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni dell'1/8/2007".

Per quanto riguarda l'inquadramento dei professionisti sanitari cui sia stato conferito l'incarico di coordinamento, l'art. 52 del citato C.C.N.L. prevede che "Il personale inquadrato nella categoria D ed appartenente alle professioni sanitarie (infermieristiche, ostetrica, riabilitativa e tecnico-sanitarie e della prevenzione), nonché gli assistenti sociali cui sia stato conferito l'incarico di coordinamento, ai sensi del successivo art. 62, sono inquadrati nella posizione DS dopo un periodo di assegnazione a tale incarico di almeno 24 mesi".

La sanità privata non ha, invece, ancora introdotto nel C.C.N.L. nazionale la qualifica dirigenziale per tali professioni sanitarie, che rimangono disciplinati dal C.C.N.L. del personale non medico, con inquadramento in posizione DS4 per i lavoratori con "qualifica di Dirigente di Area Infermieristica (già C.S.S.A, R.A.I.), tecnica e riabilitativa (già Responsabile di area riabilitativa in struttura con internato)". A questa situazione fanno eccezione poche strutture di grandi dimensioni che hanno introdotto la dirigenza per i ruoli apicali del comparto sanitario mediante contratti collettivi aziendali.

Infine, un ulteriore passo verso la professionalizzazione degli operatori sanitari è stato, poi, compiuto con la cd. legge Lorenzin (legge n. 3/2018) che ha riformato il sistema ordinistico delle professioni sanitarie in Italia.

In particolare con il suddetto decreto sono stati istituiti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ben 17 nuovi Albi professionali (tecnico sanitario di laboratorio biomedico; tecnico audiometrista; tecnico audioprotesista; tecnico ortopedico; dietista; tecnico di neurofisiopatologia; tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; igienista dentale; fisioterapista; logopedista; podologo; ortottista e assistente di oftalmologia; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; tecnico della riabilitazione psichiatrica; terapeuta occupazionale; educatore professionale; tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro).

Tali albi si sono aggiunti a quelli dei tecnici sanitari di radiologia medica e degli assistenti sanitari (entrambi esistenti presso i relativi collegi).

L'importanza di tale novità legislativa è di tutto rilievo se si considera che lo svolgimento da parte di soggetti privi della prevista iscrizione all'Albo di attività riservate ad una particolare figura professionale è idoneo ad integrare gli estremi del reato di esercizio abusivo della professione di cui all'art. 348 c.p. e s.m.i.

Alle figure professionali della dirigenza e del comparto, si uniscono le figure socio sanitarie come gli operatori socio sanitari (OSS) (inquadrate in BS nel C.C.N.L. pubblico e in B nel C.C.N.L. privati) e le figure amministrative sia di front office normalmente inquadrate nelle categorie B e C dei rispettivi C.C.N.L. (ruoli principali: accettazione, cup, segreterie cliniche, urp, ecc.) sia appartenenti alle funzioni di staff e normalmente inquadrate nelle categorie C e D dei C.C.N.L. (ruoli principali: amministrazione e finanza, contabilità, acquisti, risorse umane, formazione, amministrazione del personale, sistemi informativi, controllo di gestione, qualità ed accreditamento, programmazione operativa, ecc.), mentre per quanto ancora presenti all'interno degli ospedali, sono sempre più residuali le figure di personale ausiliario addetto sia alla movimentazione dei pazienti o di materiali, gli addetti alle pulizie, gli operai della manutenzione degli edifici o impianti, tutte figure importanti per assicurare il corretto funzionamento di un ospedale, ma svolgenti attività che sempre più spesso sono oggi affidate a società esterne specializzate, mediante contratti di appalto o di servizio.

Alla luce di questa evoluzione organizzativa, possiamo dire che, con l'introduzione degli albi professionali per la totalità delle professioni sanitarie, si è sancita la dimensione di ospedale come organizzazione di natura professionale (mediamente oltre il 75% del personale che lavora in ospedale appartiene infatti ad una professione) in cui diverse ed eterogenee figure professionali coesistono e collaborano all'interno di complessi processi di organizzativi finalizzati a rispondere ai bisogni dei pazienti. Queste sono caratteristiche rilevanti di cui tener conto sia nella definizione dei modelli di gestione del personale, sia nei modelli organizzativi atti ad assicurare salute e sicurezza del lavoro.

Caratteristiche delle organizzazioni sanitarie: principi base e novità organizzative

Le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da una elevata complessità organizzativa e gestionale essenzialmente derivante da tre loro caratteristiche peculiari: alto livello di conoscenze professionali in continua evoluzione e di professionisti in organizzazione; elevata necessità di tecnologie a supporto della erogazione della prestazione professionale; la prestazione consiste nella erogazione di un servizio complesso, altamente personalizzato, con alto contenuto relazionale e scarsamente standardizzabile. Gestire professionisti implica un confronto diretto con persone con elevato grado di istruzione, in possesso di conoscenze specialistiche non facilmente acquisibili e valutabili dall'organizzazione, coscienti che il ruolo ricoperto è cruciale per l'organizzazione e per assicurare qualità dei percorsi di diagnosi e cura al paziente. La componente professionale è sempre accompagnata da un alto grado di autonomia e discrezionalità nell'esecuzione del proprio lavoro, la quale è fondamentale per assicurare la qualità delle prestazioni erogate ai pazienti, ma che deve trovare costante equilibrio con il necessario rispetto di linee guida, protocolli, procedure finalizzati ad assicurare la sostenibilità delle scelte e dell'organizzazione. L'equilibrio dinamico tra autonomia professionale e organizzazione è la vera sfida per ogni struttura sanitaria per assicurare prestazioni di qualità sostenibili nel tempo. In un contesto organizzativo con questi tratti dovrebbe essere un obiettivo fondamentale per ogni organizzazione sanitaria quello di coinvolgere il più possibile i professionisti nella gestione, ottenerne la collaborazione convinta, flessibile e costruttiva, cercando di creare un ambiente di lavoro nel quale possano esercitare tutta la loro competente autonomia, all'interno di sistemi aziendali che assicurino qualità, sicurezza ed efficienza.

Questi elementi si sono evidenziati in tutta la loro forza nella gestione dell'emergenza CoViD-19 che ha messo a dura prova non solo la rete del sistema sanitario nazionale, ma l'organizzazione interna delle singole aziende ospedaliere. L'emergenza CoViD-19 ha da subito reso evidente come i tradizionali modelli funzionali-specialistici e fortemente gerarchici non erano in grado di far fronte alla nuova situazione e hanno, ancora una volta, dimostrato i loro limiti e le loro inefficienze in sanità.

Una malattia sconosciuta ha richiesto un approccio multidisciplinare sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista gestionale.

La maggior parte degli ospedali ha costituito *team* multidisciplinari, talvolta per necessità, ma prevalentemente perché si sono rivelati fin da subito più efficaci nella gestione clinica dei malati Covid: internisti, infettivologi, pneumologi, geriatri, cardiologi e rianimatori, supportati da virologi e radiologi, hanno lavorato insieme per assicurare ai pazienti le migliori cure, aggiustando progressivamente le terapie in base alle risposte del singolo paziente ed in coerenza con le emergenti linee guida internazionali.

A livello assistenziale il personale infermieristico è stato prevalentemente organizzato per intensità di cure, in modo da ottimizzare sia le risorse disponibili, sia le loro competenze.

Allo stesso modo a livello di governance organizzativa gli ospedali si sono dotati di un *team* di gestione trasversale e anch'esso multidisciplinare, che ha superato le tradizionali gerarchie e i classici ruoli. Ogni ospedale ha chiamato in modo diverso queste strutture organizzative (unità di crisi, cabina di regia, task force) ma tutte hanno avuto una caratteristica comune: avere al proprio interno medici, infermieri, dirigenza sanitaria e amministrativa, per discutere insieme i problemi e cercare di identificare soluzioni condivise, in modo da prendere decisioni rapide.

Questo modello organizzativo trasversale e per processo, che è emerso con forza durante l'emergenza CoViD-19, è quello a cui stanno tendendo in modo diversificato le strutture sanitarie maggiormente innovative, cercando di superare il modello ad oggi prevalente di natura gerarchico funzionale centrato sulla specializzazione disciplinare o per organo (UOC e UOSD) aggregato e coordinato in dipartimenti (anch'essi di tipo specialistico disciplinare, per organo, per semplice ragione logistica e, solo nei casi più evoluti per patologia). La struttura dipartimentale costituisce il modello organizzativo di riferimento in sanità ed è stata

introdotto per la prima volta con il DPR 128/1969 che prevedeva che le amministrazioni ospedaliere potessero realizzare, nell'ambito di ciascun presidio, strutture organizzative a tipo dipartimentale tra le divisioni, al fine della loro migliore efficienza operativa, così come integrata dalla 148/1975 che ha sottolineato l'esigenza di giungere attraverso il dipartimento all'integrazione tra le funzioni territoriali anche socio-sanitarie e quelle ospedaliere.

Come la storia di ogni modello organizzativo, anche quella del modello dipartimentale è costellata di successi e fallimenti, di applicazioni efficienti e basate sulla razionalità organizzativa e altre prettamente fondate su equilibri di politica aziendale, con un frequente ripetersi di implementazioni intermedie. Sicuramente il modello dipartimentale ha consentito di razionalizzare e coordinare la frammentazione organizzativa di tipo specialistico delle UOC/UOSD/UOS, che sono stati i mattoni organizzativi base della struttura organizzativa ospedaliera negli ultimi 30 anni, ma in un quadro profondamente cambiato come quello attuale non sono più in grado di rispondere in modo efficace ai mutati bisogni dei pazienti e all'efficienza organizzativa richiesta dalle Aziende sanitarie, che sono alla ricerca di nuovi modelli organizzativi per processi e *patient centered*.

Questo nuovo approccio per processi trova nel modello *Value Based* il suo più chiaro disegno organizzativo che possiamo così sintetizzare (Figura 7.1):

- Organizzare l'ospedale in *Integrated Practice Unit* (IPU). L'ospedale e le sue strutture organizzative (Dipartimenti, Centri, Programmi) devono essere strutturate in *équipe* multidisciplinari di professionisti per PDTA che si occupano dell'intero ciclo di diagnosi e cura del paziente e delle eventuali complicanze connesse alla sua condizione.
- Garantire spazi fisici coerenti con i percorsi di cura e favorire l'integrazione del percorso del paziente all'interno dell'ospedale, con l'obiettivo di renderne efficiente la somministrazione e incrementare la qualità dell'esperienza di cura del paziente. Percorsi di cura integrati erogati in spazi frammentati e dispersi in sedi, padiglioni e centri diversi, tra cui il paziente deve orientarsi da solo, portano spesso a cure frammentate, duplicazioni, ritardi e talvolta incidono sulla qualità dell'outcome clinico, oltre che sulla esperienza del paziente.
- Assicurare un network con il territorio al fine di garantire al paziente un sistema di assistenza esteso. Le *Integrated Patient Unit* devono essere connesse al territorio realizzando dei veri *Integrated Patient Network*, che favoriscano scambi costanti e bidirezionali di informazioni, conoscenze e competenze per gestire al meglio i percorsi dei pazienti del network e nel rapporto ospedale-territorio.
- Sviluppare una piattaforma informativa adeguata di supporto, che sfrutti al massimo le tecnologie cliniche ed informatiche di ultima generazione, al fine di rendere l'informazione costantemente disponibile in ogni singola fase e in ogni luogo del percorso, assicurando di poter seguire il paziente lungo l'intero ciclo di cura favorendo il coordinamento delle azioni del *team* interdisciplinare.

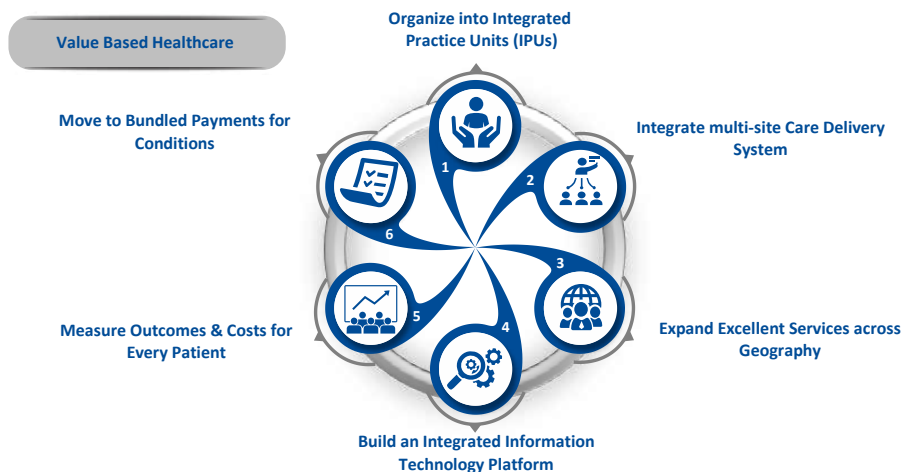


Figura 7.1 Value Based Healthcare (Tratto e Modificato da Prof. Michael E. Porter. Harvard Business School. *Value-Based Health Care Delivery: Core Concepts*. Value-Based Innovation Summit Cleveland, OH Tuesday, October 22, 2019).

- Misurare esiti (qualità dell'outcome clinico e assistenziale) e costi di ciascun percorso di cura per ogni singolo paziente. Il valore effettivo delle cure è dato dal rapporto tra la qualità dell'outcome clinico dell'intero percorso e i costi sostenuti durante il ciclo di cura. La mancanza o frammentarietà di queste informazioni sta alla base dell'inefficienza attuale e rende difficile ogni realistico percorso di miglioramento. La scelta degli esiti da misurare deve essere guidata dalla rilevanza per il paziente e dalla sua condizione complessiva di salute, non più dal tipo di prestazione. In coerenza, la raccolta dei dati di costo deve seguire la logica dell'intero ciclo di cura e non quella gerarchico-funzionale per dipartimento o unità clinica. L'obiettivo non è soltanto quello di ottimizzare le spese e di eliminare inefficienze e lentezze, ma poter garantire cure ad un maggior numero di persone, migliorando l'esperienza del paziente e la soddisfazione complessiva del suo percorso.
- Valutare la sostenibilità del sistema in una ottica di finanziamento dei cicli di cura e non più delle singole prestazioni o atti clinici. Questo implica pagare l'intero trattamento, valutando i suoi complessivi esiti per la qualità di vita del paziente e non i singoli atti di diagnosi e cura che di per sé potrebbero essere di elevata qualità, ma inefficaci ad assicurare un reale beneficio di percorso o nella loro sommatoria, non coerente e frammentata, insostenibili per il paziente o per il sistema. Il modello *Value Based* valuta sempre il rapporto tra qualità e costi dell'intero trattamento, spingendo verso sistemi di pagamento che incentivano la riduzione dei costi ed il miglioramento delle condizioni di salute complessivi e nel tempo, per ogni singolo paziente. A livello di singola struttura la valutazione ricavi/costi di percorso deve riguardare il percorso del paziente all'interno dell'ospedale.

A prescindere dall'adozione o meno di questo modello innovativo, la tendenza negli ospedali è quella di far evolvere l'organizzazione verso modelli per processo in grado di seguire tutto il percorso del paziente dalla diagnosi al *follow-up* per diverse patologie, implementando percorsi diagnostico-terapeutici in grado di seguire e guidare il paziente nei percorsi di cura.

Sul piano assistenziale l'assistenza tende ad essere sempre più riorganizzata seguendo i percorsi, aggregando le necessità assistenziali per intensità di cura e questo spinge verso l'introduzione di nuovi ruoli a supporto del processo assistenziale e diagnostico-terapeutico.

Sicurezza negli ospedali

La cultura della sicurezza e della prevenzione nelle strutture sanitarie e negli ospedali in particolare, pertanto, sempre più diffusa ed in evoluzione da molti anni, precedentemente correlata fundamentalmente alla sicurezza del paziente ed alla qualità del servizio assistenziale offerto e, per questo, sotto esclusiva responsabilità della direzione sanitaria (dai programmi di prevenzione e gestione delle patologie trasmissibili, all'esposizione a farmaci e quindi agenti chimici), è andata modulandosi e cambiando in funzione del mutare degli aspetti organizzativo-gestionali e della già rammentata complessità che caratterizza gli ospedali (sia dal punto di vista strutturale-impiantistico che quello funzionale-operativo), oltre che le variate esigenze normative. Di fatto, a differenza di altri ambienti e luoghi di lavoro, l'ospedale, od in genere le strutture assistenziali, sono altamente vulnerabili a differenti situazioni e fonti di esposizione a rischio, dovute non solo all'affollamento ma alla molteplicità e diversa suscettibilità dei pazienti e dei visitatori poste a confronto con il personale sanitario, gli amministrativi ed i tecnici che operano nella struttura ospedaliera. Ciò che, peraltro, tende a rendere maggiormente complesso l'approccio metodologico alla valutazione del rischio ed alla sua riduzione o eliminazione in ospedale è poi la presenza di tecnologie molto eterogenee ed in continua evoluzione: dagli impianti erogatori di energie, con oggi attenzione a quelle *green*; agli impianti per il trasporto e le comunicazioni, oggi essenziali data l'elevata digitalizzazione ed informatizzazione dei sistemi sanitari; dai dispositivi di laboratorio e di reparto alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche sino agli impianti di climatizzazione e ventilazione (che tanto sono divenuti importanti e sensibili nella recente era pandemica, anche per la sottostima dei vantaggi ma anche delle criticità che comportano), per giungere agli impianti per la sicurezza quali sistemi antincendio, rilevatori fumi e gas, sistemi di allarme, ecc. Se già con il DPR 27/04/1955, n. 547 è stata emanata la prima norma di sicurezza, a carattere prescrittivo per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, è con il D.Lgs. 19/9/1994, n. 626 e, successivamente, con il D.Lgs. 9/4/2008, n. 81 (coordinato poi con il D.Lgs. 3/8/2009, n. 626 e ss.mm.ii.) che il legislatore ha preso coscienza dei molteplici e rapidi, nonché profondi cambiamenti che il mondo del lavoro ha subito negli ultimi decenni, contraddistinto da attività lavorative, in particolare in Sanità, sempre più specialistiche con un ruolo vieppiù maggiore delle tecnologie analogiche ma

anche digitali, necessitando di trasformare la sicurezza ed igiene sul lavoro con criteri prescrittivi in modelli organizzativi e gestionali della sicurezza centrati sulla individuazione di ruoli, responsabilità e processi lavorativi, che debbono comportare, anche nell'ambito della sorveglianza sanitaria prevista per i lavoratori, una implementazione dell'approccio preventivo attivo "personalizzato" al singolo lavoratore, tenendo in debita considerazione le differenze ed eliminando le disuguaglianze di genere, etnia di origine ed età, e non passivo, con il solo accertamento diagnostico post-evento espositivo.

Il Datore di Lavoro, responsabile organizzativo ed "economico" dell'attività di produzione sanitaria, deve nominare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP, art. 17 D.Lgs. 81/2008), il Medico Competente (art. 18) nei casi previsti, far eleggere e designare il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (art. 47), ma soprattutto deve eseguire la Valutazione dei Rischi della propria Azienda Sanitaria (art. 17), con la finalità di poter attuare un programma di interventi preventivi e protettivi sull'ambiente, nei processi e nell'organizzazione di lavoro, al fine di conseguire un miglioramento continuo delle condizioni igieniche e di sicurezza per la salute ed il benessere del personale sanitario ed ausiliario in ospedale.

La finalità di una corretta valutazione dei rischi, ai sensi della Direttiva Quadro 89/391/CEE, dovrebbe consentire, in sintesi, di:

- Identificare i pericoli presenti negli ambienti e nei processi di lavoro e valutare i rischi associati a questi pericoli.
- Stabilire quali misure adottare per proteggere la salute e la sicurezza dei dipendenti e degli altri lavoratori, nel rispetto dei requisiti di legge, semplificando i processi di lavoro attraverso il miglioramento dei sistemi organizzativi e gestionali.
- Valutare i rischi allo scopo di una scelta informata delle attrezzature di lavoro, delle sostanze o dei preparati biologici, chimici e/o fisici utilizzati nonché per allestire al meglio l'ambiente di lavoro e garantire un'organizzazione ottimale dell'attività, verificando che le misure messe in atto siano adeguate utilizzando, ad esempio, liste di controllo e matrici di rischio.
- Prioritizzare eventuali altre misure ritenute necessarie a seguito della valutazione anche per documentare non solo alle autorità competenti, ai lavoratori e ai loro rappresentanti di aver vagliato e contemplato tutti i fattori propri dell'attività aziendale e di aver raggiunto un giudizio valido e informato dei rischi e di quanto necessario per salvaguardare la salute e la sicurezza, quanto per "misurare" e rendersi consapevoli oggettivamente del livello di sicurezza conseguito e dei "margini" residui di miglioramento da ottenere.
- Garantire che le misure preventive e i metodi di lavoro e di produzione, ritenuti necessari e attuati in funzione di una valutazione dei rischi, migliorino il livello di protezione dei lavoratori e, fondamentalmente, il loro grado di benessere, avendo consapevolezza, con questo, di conseguire due risultati: la soddisfazione del lavoratore ed un conseguente aumento del suo senso di appartenenza all'Azienda.

Perché la valutazione dei rischi sia efficace è poi bene che si ponga attenzione a diversi aspetti di criticità comuni alle strutture sanitarie, quali la vetustà di alcuni edifici ospedalieri ed il grado di obsolescenza di molti sistemi di sicurezza; ovvero, anche per insufficienza o scarsa formazione delle risorse assegnate a tali compiti, adozione di controlli generici e/o con scarsa frequenza, oppure assegnati a ditte esterne che, al di là della loro specifica competenza in ambito sanitario assistenziale, non sono spesso oggetto di corrette verifiche e controlli, sempre necessari da parte dell'Azienda, non derogabili e talora insufficienti.

Rischio occupazionale

Il rischio in medicina del lavoro viene classificato come generico e specifico. Per rischio generico si intende un rischio a cui il lavoratore è esposto indipendentemente dall'attività lavorativa o mansione che svolge (si pensi, ad esempio, all'*itinere*); il rischio specifico viene invece valutato sulla base della mansione specifica del lavoratore all'interno dell'azienda e nel contesto del ciclo produttivo. Attraverso la valutazione del rischio e la redazione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR), si categorizzano prevalentemente, nelle strutture assistenziali sanitarie, le seguenti categorie di rischio:

- Agenti biologici.
- Sostanze pericolose.
- Agenti fisici.
- Movimentazione manuale dei carichi.
- Attrezzature munite di videotermini.

Agenti biologici

Per agente biologico si intende qualsiasi microrganismo che potrebbe provocare infezioni, intossicazioni, o allergie, nell'uomo. L'esposizione al rischio biologico ha la peculiarità di poter essere non solo deliberata, come nel caso di laboratori in cui vengono manipolati agenti biologici, ma anche soltanto potenziale, come nel caso di reparti ospedalieri; per entrambi i tipi di esposizione i lavoratori sono soggetti a sorveglianza sanitaria. È indispensabile, inoltre, al fine di valutare correttamente l'esposizione a rischio biologico nel tempo, effettuare dei monitoraggi ambientali per stimare la presenza di microrganismi sia aerodispersi che su superfici tenendo conto del titolo X del D.Lgs. 81/2008 che individua quattro gruppi di rischio degli agenti biologici, secondo una classificazione che va dal gruppo 1 in cui "l'agente ha poche probabilità di causare malattie nell'uomo" al gruppo 4 in cui "può provocare malattie gravi nell'uomo e costituisce un serio rischio per il lavoratore con un elevato rischio di propagazione nella comunità".

Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di comunicare l'esposizione ad agenti di gruppo 2 e 3 agli organi di competenza territoriali, mentre per il gruppo 4 si rende necessaria l'autorizzazione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Obbligo del Datore di Lavoro è anche, secondo quanto stabilito dal Regolamento dell'Unione Europea 425 del 2016, quello di fornire gli adeguati dispositivi di protezione individuali (DPI) in base al tipo di esposizione (dispositivi di protezione oculari, delle vie respiratorie, del corpo, delle mani, ecc.). Il rischio biologico deve essere valutato dal Medico Competente in sede di sorveglianza sanitaria, considerando tale rischio come esempio delle differenze di genere nella suscettibilità ai rischi occupazionali in particolari in ambienti ospedalieri. Il sistema immunitario delle donne è in grado di produrre una risposta immunitaria innata e adattiva più forte rispetto a quella degli uomini, con differenze rilevanti per quanto concerne le malattie infettive ed autoimmuni. Secondo quanto riportato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), le donne sono più immunoreattive e, analogamente alle differenze nelle risposte immunitarie alle infezioni virali e batteriche, sviluppano risposte più intense ai vaccini, con titoli anticorpali anche doppi rispetto agli uomini. Pur tuttavia, nel genere femminile, si verificano anche reazioni avverse più frequenti e più gravi in seguito alla vaccinazione. È fondamentale, pertanto, per il Medico Competente, tenere conto della diversa suscettibilità di genere agli agenti biologici nonché all'efficacia delle vaccinazioni.

Sostanze pericolose

Rientrano nella categoria delle sostanze pericolose le sostanze chimiche (compresi i gas anestetici) e gli agenti cancerogeni e/o mutageni (compresi i chemioterapici ed i disinfettanti), che vengono utilizzati o smaltiti durante lo svolgimento della mansione lavorativa, classificati in diverse classi di pericolo in base al Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 1272/2008. È obbligo del Datore di Lavoro valutare la presenza di sostanze pericolose all'interno dell'ambiente di lavoro e facenti parte del ciclo produttivo, al fine di valutare accuratamente l'esposizione al rischio da agenti chimici e/o cancerogeni, nonché mettere in atto tutte le necessarie misure per ridurre al minimo (qualora non fosse possibile rimuoverlo completamente) tale rischio; così come è compito del Medico Competente istituire ed aggiornare la cartella sanitaria di rischio per ogni lavoratore esposto al rischio chimico, in cui è indicato anche il livello di esposizione sulla base della valutazione effettuata dal Servizio di Prevenzione e Protezione, nonché formare ed informare il lavoratore riguardo i rischi a cui è sottoposto. L'esposizione professionale alle sostanze chimiche è valutata in base alla quantità di sostanze assorbite; per i composti chimici pericolosi è stato fissato un valore limite (valore limite soglia o *threshold limit value*, TLV) oltre il quale la sicurezza del lavoratore potrebbe non essere garantita. Sono stati condotti numerosi studi su diversi composti e i TLV sono frequentemente aggiornati dall'American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH). Tuttavia, i TLV sono stati testati e calcolati prevalentemente su soggetti di genere maschile e gli studi che hanno calcolato i TLV per uomini e donne, nello stesso contesto occupazionale, sono insufficienti nonostante le differenze biologiche giochino un ruolo chiave nel modo in cui i composti chimici siano metabolizzati e assorbiti.

Agenti fisici

Si valutano come agenti fisici, secondo quanto disposto dal D.Lgs. 81/08, il rumore, le vibrazioni, i campi elettromagnetici, le radiazioni ottiche artificiali. La valutazione deve essere effettuata da personale del Servizio di Prevenzione e Protezione con competenze specifiche in questo ambito, con rinnovo alme-

no ogni quattro anni, e comunque ogni qualvolta vengano apportate modifiche al ciclo produttivo che comportino variazioni a tali rischi. In nessun caso i lavoratori possono essere esposti ad agenti fisici con valori superiori ai limiti normati nel D.Lgs. 81/08. Anche in questo caso informazione e formazione dei lavoratori riguardo i rischi, la loro entità ed i limiti di esposizione, i loro effetti sulla salute, le procedure di sicurezza individuate ed i dispositivi di protezione individuale forniti (nonché il loro corretto uso a verifica del dirigente delegato) è a carico del Datore di Lavoro. Differenti manipoli, in particolare in odontoiatria, e diversi dispositivi medicali comportano esposizione alle vibrazioni, che deve essere valutata in base alla zona di trasmissione (mano-braccio o corpo intero), alla durata ed all'intensità dell'esposizione. Le vibrazioni come, per altro, l'esposizione ai campi elettromagnetici e a radiazioni ottiche artificiali rappresentano fonti di rischio in graduale e continuo aumento con l'evoluzione delle tecnologie mediche e resta al Datore di Lavoro l'obbligo di valutare tali rischi per la frequenza, l'intensità, il tempo di esposizione, assicurando il limite dell'esposizione al di sotto dei valori soglia, la presenza di eventuali esposizioni concomitanti che aumentino il rischio occupazionale compresi eventuali effetti indiretti e l'esposizione in particolari condizioni lavorative, di formare ed informare i lavoratori e fornire i dispositivi di protezione individuale qualora non siano disponibili attrezzature alternative.

Infine, nel rischio fisico rientrano anche le caratteristiche microclimatiche in cui il lavoratore deve espletare le sue mansioni. Il luogo di lavoro deve garantire il benessere termo-igrometrico del lavoratore, rispettando le caratteristiche adeguate di temperatura dell'aria, umidità relativa interna, temperatura media radiante e velocità nonché adeguati ricambi dell'aria, utili anche a ridurre il rischio di trasmissione di agenti biologici, in considerazione anche dei complessi limiti derivanti per il personale sanitario dall'adozione di indumenti protettivi o di barriera, spesso impermeabili, per impedire la trasmissione di patologie diffuse od il contatto con liquidi biologici.

Movimentazione manuale dei carichi

Per movimentazione manuale dei carichi si intendono quelle attività lavorative che, comprendendo il trasporto di un carico da parte del lavoratore, prevedano il rischio di sovraccarico biomeccanico o per le loro caratteristiche intrinseche o, ad esempio, per la presenza di condizioni ergonomiche sfavorevoli. I rischi biomeccanici includono, inoltre, compiti ripetitivi, posture scomode, stare seduti o in piedi per molto tempo e lavorare ad elevata frequenza di movimento. Anche nel caso del rischio biomeccanico la presenza di differenze di genere nell'esposizione al rischio occupazionale non può essere trascurata. Le differenze fisiche tra uomini e donne possono determinare effetti della movimentazione manuale dei carichi diverse, nonché comportare l'assegnazione a mansioni con caratteristiche diverse, ad esempio in ambito assistenziale, laddove lavoratori uomini potrebbero essere più frequentemente esposti a lavori fisicamente impegnativi in quanto adibiti incongruamente a svolgere direttamente, senza l'impiego di ausili biomeccanici, la movimentazione dei carichi, in particolare di pazienti. In generale, i disturbi muscoloscheletrici sono tra i problemi di salute legati al lavoro più comuni sia per le donne che per gli uomini, con alcune differenze nella prevalenza dei sintomi dovuti all'esposizione lavorativa. Inoltre, è importante tenere presente che le attrezzature di lavoro, gli strumenti e i DPI sono stati tradizionalmente progettati per le dimensioni del corpo maschile, in età giovanile e, pertanto, l'inadeguatezza di attrezzature e strumenti di lavoro può portare a una postura scorretta, aumentando il rischio di disturbi muscoloscheletrici sia nelle donne che negli uomini di età più avanzata, come l'innalzamento dei limiti pensionabili lascerebbe ipotizzare.

Attrezzature munite di videoterminali

Si debbono considerare videoterminali i lavoratori che utilizzano un'attrezzatura munita di videoterminale nell'espletamento delle mansioni lavorative per almeno venti ore settimanali, avendo presente che nella valutazione dei rischi da videoterminale devono essere considerati non soltanto i rischi visivi, ma anche quelli correlati alla postura e all'ergonomia della postazione lavorativa. Per garantire al lavoratore un adeguato riposo oculo-visivo e posturale, sono previste pause dal videoterminale di almeno quindici minuti ogni due ore di attività continuativa. Per i lavoratori soggetti solo a rischio come videoterminali la sorveglianza sanitaria non ha periodicità annuale, come per gli altri rischi considerati in questo capitolo, ma ogni cinque anni nei casi senza criticità, ridotti a due per lavoratori con prescrizioni o limitazioni o che abbiano superato il cinquantesimo anno di età. Il rischio oculo-visivo, da uso prolungato di videoterminale, è stato riportato essere

maggiore nelle lavoratrici donne così come i rischi correlati quali i disturbi muscoloscheletrici, con differenze anche nelle regioni muscolari interessate (spalle, collo, arti superiori e regione lombare nelle donne, regione lombare negli uomini).

Nuovi ruoli e nuove tecnologie: l'impatto sulla gestione e sulla salute e sicurezza del personale

I nuovi modelli organizzativi per processi spingono verso l'introduzione di nuovi ruoli in grado di facilitare e rendere più efficiente la gestione trasversale e di percorso, come per esempio i ruoli di *Care e Case Manager* in ambito infermieristico o i ruoli di Responsabile PDTA, di percorso o del *team* multidisciplinare in ambito medico. Queste figure che diventano abilitanti nella nuova organizzazione svolgono il loro lavoro al fianco dei ruoli di infermiere, tecnico, medico ma in modo diverso con una maggiore attivazione di competenze di coordinamento e organizzazione, una più elevata interazione con strumenti digitali con cui monitorano il percorso di cura e con i quali interagiscono con i pazienti ed i loro colleghi.

Come dimostrato da uno studio Cerismas i nuovi ruoli emergenti all'interno degli ospedali richiedono nuove competenze o sollecitano in modo ed intensità diversa le competenze "tradizionali" di ciascuna ruolo.

Un aspetto importante per chi si occupa di assicurare la sicurezza dei lavoratori è pertanto quella di monitorare l'impatto che l'evoluzione dei modelli organizzativi ha per i singoli ruoli e per il personale ad essi assegnato. A prescindere dalla valutazione del livello di competenze e la loro rilevanza quello che è importante è vedere come all'interno di un contesto organizzativo, si modifichino le competenze richieste alle diverse figure professionali in coerenza con le responsabilità assegnate al ruolo, per cui un infermiere *care manager* differisce da uno *case manager* o dal *bed manager*, ma soprattutto da chi lavora in reparto o in area critica e queste differenze devono essere correttamente tracciate non solo nei modelli di gestione del personale e valutazione delle performance, ma anche nei modelli di valutazione della salute e sicurezza sul lavoro, perché ai nuovi ruoli si associano nuove attività e conseguenti nuovi rischi emergenti e rischi cessanti per la salute del personale.

A titolo esemplificativo prendiamo il ruolo di *case manager*. L'infermiere *case manager* è un professionista formato e in possesso di competenze assistenziali e gestionali tali da assicurare l'ottimizzazione dei percorsi di diagnosi e ricovero ospedalieri dei pazienti; assicura l'efficace ed efficiente percorso del paziente all'interno del PDTA/Percorso/Centro che coinvolge diverse unità operative di tipo diagnostico, medico, chirurgico, ecc.; ha la responsabilità di: a) gestire il percorso diagnostico terapeutico del paziente all'interno del programma; b) essere il riferimento per il paziente durante l'iter diagnostico-terapeutico; c) individuare le priorità assistenziali, in collaborazione con gli altri membri del *team* interdisciplinare (medici, infermieri, altri professionisti sanitari), ed impostare un piano assistenziale conseguente ai problemi identificati; d) razionalizzare e facilitare gli accessi e la previsione delle necessità future riguardo alla prosecuzione e all'evoluzione del processo di cura; e) assicurare la comunicazione fra i vari membri del *team* multidisciplinare e il paziente; f) valutare la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi per prevenire un uso improprio delle risorse. Se confrontiamo in modo trasversale le competenze richieste a questo profilo con gli altri citati possiamo vedere delle sensibili differenze. Non è oggetto di questa trattazione approfondire questo argomento ma segnalare l'importanza di tener sempre più conto della variabilità delle responsabilità e delle correlate competenze richieste alle stesse figure professionali (nella fattispecie infermiere) nei nuovi modelli organizzativi (Figura 7.2).

Un'altra dimensione importante che impatta sui ruoli in termini di competenze, attività e della sicurezza sul lavoro è data dalle tecnologie utilizzate e soprattutto dai fenomeni di sempre maggiore digitalizzazione dei processi e delle attività, che non solo modificano in modo sensibile l'interazione tra uomo e macchina, ma abilitano anche nuovi modi di lavorare.

Fino ad oggi l'evoluzione tecnologica è stata prevalentemente caratterizzata da strumenti esterni (macchinari) che hanno aiutato i professionisti ad eseguire il loro lavoro con sempre maggiori gradi di accuratezza, qualità e sicurezza, si pensi all'evoluzione della tecnologia diagnostica, sia di laboratorio sia di radiologia: il personale negli ultimi decenni ha progressivamente ridotto le attività manuali spesso rischiose perché a diretto contatto con sostanze biologiche e radiologiche a vantaggio di attività di sempre maggiore complessità di interazione con strumenti o macchine, che elaboravano autonomamente esami e in cui il ruolo del professionista era quello di leggere le immagini o i risultati quantitativi, ma sensibilmente più sicure in termini di salute e sicurezza dei lavoratori.

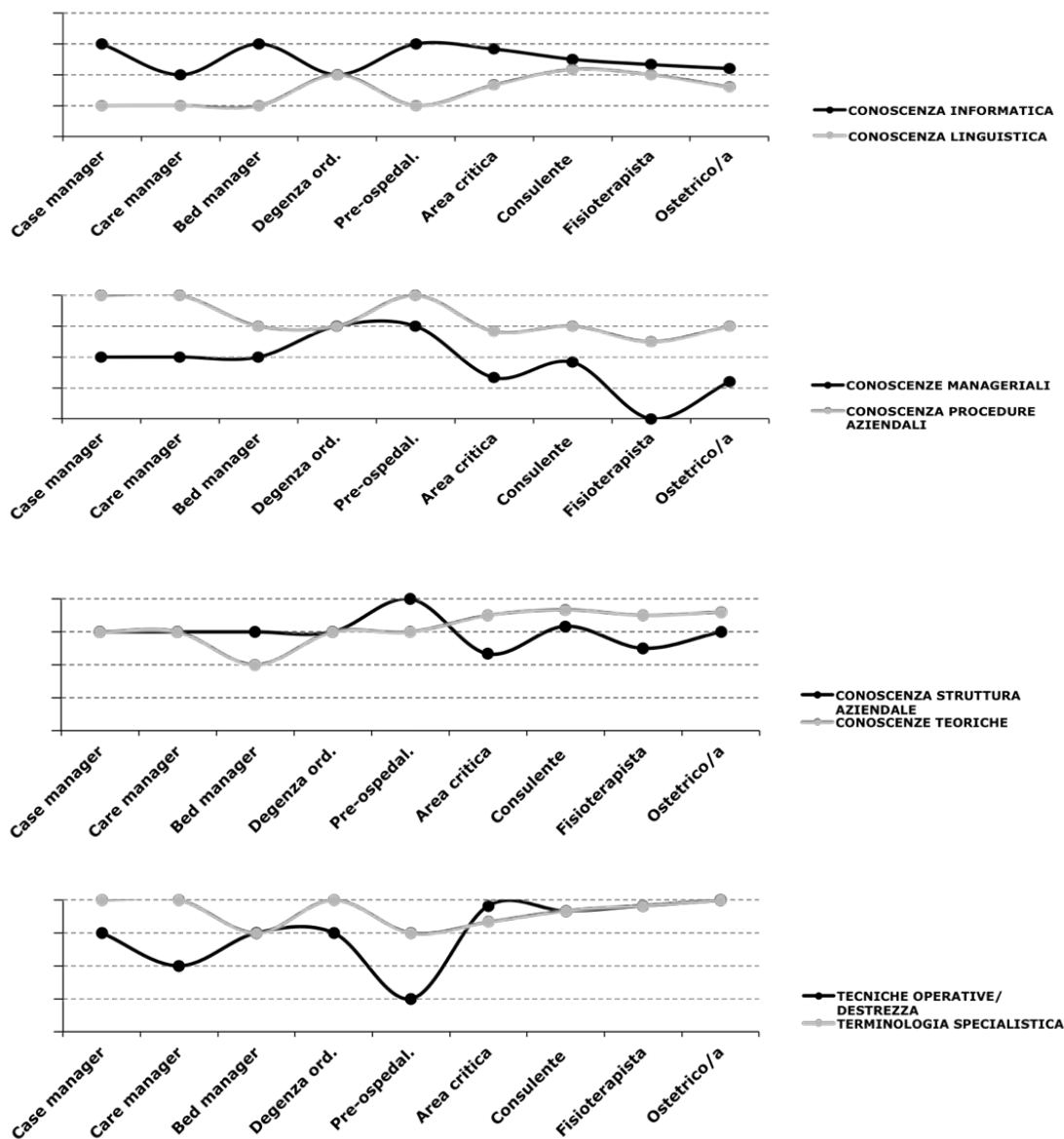


Figura 7.2 I profili dei ruoli analizzati in termini di competenze. Tratto e Modificato da Cicchetti A, Baraldi S, Cifalino A. *Innovazione organizzativa e ruoli emergenti in sanità. Le sfide per i professionisti della salute*. New York: Mc Graw Hill Education; 2015.

Oggi stiamo assistendo a qualcosa di progressivamente molto diverso che possiamo vedere ben rappresentato, come esempio semplicemente introduttivo perché ormai consolidato, nella chirurgia robotica. La chirurgia robotica, non è il semplice passaggio dal bisturi tradizionale a quello elettrico o al laser, è un cambiamento del modo di fare l'attività di chirurgo: l'intervento viene eseguito mediante il robot che il chirurgo manovra mediante joystick evoluti e guardando immagini ad alta definizione su appositi schermi, supportato da immagini del paziente non solo *live* ma anche derivanti da esami diagnostici progressi, con possibilità oggi di ricostruzioni in 3D della anatomia del paziente e degli organi oggetto dell'intervento. Il suo ruolo non cambia (rimane un chirurgo), le sue competenze chiave si trasformano (ad esempio non serve più una mano

ferma ma una capacità di far muovere in modo organizzato le braccia del robot), i suoi atti critici si modificano e di conseguenza anche ciò che viene maggiormente sollecitato nel corso della prestazione clinica (in passato le mani e le braccia, oggi la vista e le dita).

Se si vuole svolgere al meglio il lavoro di sorveglianza sanitaria e assicurare salute e sicurezza sul lavoro non si può non tener conto di questi cambiamenti in atto e modificare i protocolli di sorveglianza sanitaria.

Questo è solo un esempio e datato, la chirurgia robotica ormai è stata introdotta oltre 15 anni fa, di quanto sta accadendo in modo ben più radicale nel mondo del lavoro di oggi a causa della digitalizzazione, dell'introduzione dei sistemi di intelligenza artificiale, al *machine learning*, alla realtà aumentata e al metaverso. Fenomeni questi che, pur essendo ancora oggi non diffusi in modo capillare nelle nostre strutture iniziano ad avere impatti a macchia di leopardo in alcuni contesti e su alcuni ruoli e devono essere monitorati e tenuti in considerazione per chi si occupa oggi e soprattutto nei prossimi dieci anni di salute e sicurezza dei lavoratori, i benefici (in termini di produttività, maggior tempo da dedicare ad attività a più alto valore aggiunto, maggior tempo per dedicare alla relazione con pazienti e colleghi, più spazio per attività di ricerca a aggiornamento professionale, maggiore qualità delle decisioni prese, riduzione degli errori) saranno innegabili, ma saranno sicuramente associati a nuovi rischi o a rischi attuali ma portati ad una intensità diversa.

Difficile dare oggi indicazioni di dettaglio in merito agli impatti sui diversi ruoli organizzativi, ma alcuni macro-*trend* possono essere delineati:

- **Intensificazione del lavoro.** L'utilizzo di strumenti digitali, dell'intelligenza artificiale del *machine learning* se da un lato può ridurre attività ripetitive e alienanti, dall'altro può incrementare l'intensità del lavoro, riducendo i tempi di esecuzione di cicli di attività e procedure ed eliminando ogni mini-break tra una attività e l'altra tipici delle attività tradizionali.
- **Perdita di controllo del lavoro e riduzione della autonomia decisionale.** Molti sistemi di IA, *machine learning*, realtà aumentata (esempio sistemi avanzati di lettura delle immagini che identificano possibili patologie ed effettuano diagnosi sulla base delle immagini e dei dati analizzati) tendono a prendere il controllo sul lavoro delle persone, a dire loro come più opportuno eseguire il lavoro o quale può essere l'esito dell'esame diagnostico, riducendo così fortemente l'autonomia decisionale dei professionisti.
- **Deumanizzazione.** Un eccesso di sistemi che indicano come fare e cosa è necessario tenere in considerazione e suggeriscono le decisioni da prendere o le diagnosi da fare nel lungo periodo possono portare alla de-umanizzazione del lavoro. L'induzione delle persone ad agire come viene detto dalla tecnologia e quindi a comportarsi come macchine, può determinare un progressivo calo delle capacità cognitive ed intellettuali, delle capacità decisionali autonome e di conseguenza portare nel lungo termine a malattie mentali.
- **Movimenti ripetitivi ed impatto sulla vista.** Lavori ad alta intensità possono portare ad elevati numeri di azioni e movimenti ripetitivi e a scarsa attenzione alla corretta postura ed ergonomia. Inoltre, la sempre maggiore interazione con strumenti digitali può avere impatti sulle capacità visive e su deficit della vista; in particolare se si considera il progressivo aumento dell'età di quiescenza dal lavoro che comporterà un aumento delle patologie oculistiche per motivi correlati alla senescenza naturale, precedentemente non osservate in soggetti che svolgono ancora attività lavorative.
- **Technostress:** L'uso della tecnologia può aumentare il carico cognitivo dei lavoratori, portando a stanchezza, *burnout* e diminuzione della soddisfazione lavorativa. Questo comporta aspetti correlati anche con *Cybersecurity threats* in quanto le strutture sanitarie sono vulnerabili ai cyberattacchi che possono compromettere i dati dei pazienti, interrompere le operazioni e compromettere la sicurezza dei lavoratori con forte aggravio dello stato di *burnout*.
- **Telemedicine-related risks:** Con l'adozione della telemedicina da parte di un numero sempre maggiore di strutture sanitarie, i lavoratori si trovano ad affrontare nuovi rischi, come l'aumento del carico cognitivo, la riduzione della comunicazione con i pazienti e la potenziale responsabilità legale.
- **TeleWork Related Stress:** L'adozione non solo della telemedicina, ma anche di attività di comunicazione a distanza oltre ad attività di "lavoro agile" per le proprie componenti amministrative, secondo il D.L. 81/2017, in relazione all'emergenza pandemica da parte di un numero sempre maggiore di strutture sanitarie, comporta per i lavoratori uno stress correlato alle conoscenze e competenze informatiche spesso insufficienti o incongrue.
- **Physical strain:** I lavoratori che utilizzano la tecnologia per periodi prolungati possono subire affaticamenti fisici, affaticamento oculare, disturbi muscoloscheletrici e lesioni da sforzo ripetuto.

L'emergere delle nuove tecnologie nelle pratiche assistenziali, come l'intelligenza artificiale, i *big data*, i *collaborative-robotic*, lo sviluppo di nuovi algoritmi complessi e di pari passo l'aumentare della popolazione lavorativa nel settore ICT/digitale o che lavora da remoto, rappresenta una nuova sfida per i rischi occupazionali e di salute. Se è importante che le strutture sanitarie siano consapevoli dell'evolvere di questi nuovi rischi al fine di adottare misure proattive per mitigarli, ad esempio fornendo una formazione adeguata, implementando misure di sicurezza informatica e promuovendo il benessere dei lavoratori, appare fondamentale che la formazione sia implementata e variata rispetto a quella tradizionale per metodi e finalità. Ad esempio: i programmi di formazione in telemedicina dovrebbero includere tecniche di gestione dello stress per aiutare gli operatori sanitari a far fronte alle richieste di assistenza a distanza, mentre le organizzazioni potrebbero ridurre il technostress implementando risorse lavorative, come il supporto dei colleghi e l'autonomia decisionale. L'European Agency for Safety and Health at Work (EASHW) sottolinea, inoltre anche in ambito sanitario, quanto sia necessaria una solida vigilanza sull'introduzione di nuove pratiche e tecnologie in campo occupazionale. L'EASHW ha identificato quattro categorie di rischio emergente:

- 1) la **digitalizzazione** che, come discusso, potrebbe esitare in un aumento dello stress psicologico derivante dalla compliance del lavoratore rispetto ai cambiamenti dei meccanismi produttivi, protocolli e scenari lavorativi;
- 2) i **nanomateriali**, ovvero particelle invisibili all'occhio umano, già presenti in natura e/o create artificialmente, presenti in diversi settori industriali e di produzione (alimentare, cosmetica, elettronica, medicina, ecc.). Gli effetti più importanti dei nanomateriali sono correlati ad affezioni polmonari, genesi di stati infiammatori, danno tissutale e oncogenesi: alcuni nanotubi in carbonio sembrano poter avere effetti simili all'esposizione da asbesto. Il sistema cardiovascolare, renale e il fegato potrebbero essere coinvolti in alcuni meccanismi patologici associati all'esposizione a nanomateriali, così come altri tessuti molli, il sistema osteoarticolare e neurologico;
- 3) l'**economia circolare**, che si riferisce ad un efficace ri-uso delle risorse, materiali e prodotti intervenendo in una drastica riduzione dello spreco e comportando lo stravolgimento dei processi industriali anche in ambito sanitario, esponendo i lavoratori a nuovi rischi quali la decentralizzazione, con la necessità di garantire ambienti di lavoro salubri e sicuri nonostante i diversi *setting*;
- 4) i cosiddetti **green jobs** o lavori che contribuiscono a preservare o riqualificare l'ambiente e che sempre più evoluzione dovrebbero avere in campo sanitario, dato le elevate richieste energetiche che un ospedale comporta. La rapidità con cui la *green economy* si sta espandendo attualmente potrebbe indurre a carenza di competenze ed inesperienza lavorativa, portando ad una compromissione della salute e sicurezza del lavoratore in particolare in ospedale, laddove la cultura del risparmio energetico è spesso insufficiente o sottovalutata.

Questi sono elementi che dovranno essere presi necessariamente in considerazione nelle valutazioni sui rischi dei lavoratori nella prossima decade. Sarà fondamentale non solo valutarne l'impatto sulla salute per gruppi di attività omogenea in un ambiente di lavoro definito ed identificabile, ma definendo una sorveglianza sanitaria sempre più personalizzata ed attenta a prevenire i fenomeni che possano derivare da una dematerializzazione dell'ambiente lavorativo, ricorrendo a campagne di *screening* o di *survey* mirate a monitorare "eventi sentinella" che possano preludere a eventi diffusi di disagio lavorativo, quale possono già essere oggi i fenomeni di violenza verbale, fisica o psicologica che appaiono in aumento nell'ambito del mondo sanitario sia tra gli operatori sanitari quanto e più tra questi nel rapporto con pazienti e familiari degli stessi.

La matrice sotto riportata può aiutare e identificare le aree di maggiore attenzione in base a dove si colloca l'organizzazione in relazione alle due dimensioni analizzate: modelli organizzativi innovativi o tradizionali; tecnologie e strumenti digitali limitate a tecnologia tradizionali e in alcune aree o diffuse e includenti sistemi di intelligenza artificiale, *machine learning*, sistemi di realtà aumentata e metaverso. Nelle organizzazioni definite "innovatori digitali" i modelli di gestione della salute e sicurezza del lavoro devono essere adattivi al mutevole contesto di riferimento, devono avere la capacità di mappare i nuovi ruoli e le loro caratteristiche e di intercettare i cambiamenti di responsabili e delle attività richieste al personale a cui possono essere associati rischi molto diversi anche a parità di denominazione del ruolo organizzativo (Figura 7.3).



Figura 7.3 Matrice di Confronto: dai Modelli Tradizionali agli Innovatori Digitali.

Carenza personale, Età, Remotizzazione ed Esclusività - CERÉ

Un altro *trend* importante con un impatto significativo in termini di salute e sicurezza del lavoro è rappresentato da quello che potremo sintetizzare nell'acronimo CERÉ.

La prima direttrice del *trend* è costituita da quello che evidenziato da moltissime ricerche e proiezioni, nonché certificato dalla situazione ormai riscontrabile quotidianamente all'interno delle strutture ospedaliere: si è in presenza di una forte carenza di personale sanitario, in particolare medico e infermieristico.

La carenza di personale potrà spingere le organizzazioni a due fenomeni opposti: da un lato potrà obbligare le organizzazioni a richiedere incrementi di produttività e carichi di lavoro alle risorse disponibili all'interno dell'organizzazione con conseguente incremento di rischi di *burnout*, infortuni, stress; dall'altro potrà portare le organizzazioni a considerare i "pochi" lavoratori come una risorsa preziosa da gestire con grande attenzione per evitare non solo *turnover*, ma anche malattie, infortuni, *burnout* e demotivazione. In entrambi questi scenari il ruolo della sorveglianza sanitaria diventa cruciale per prevenire e ridurre i rischi di salute e sicurezza del lavoro.

La seconda direttrice del *trend* è rappresentata dalla crescente età media dei lavoratori. Se fino a due decenni fa l'uscita dal lavoro avveniva tra i 60 e i 62 anni oggi avviene tra i 65 e i 67 anni, con punte di 70 per i docenti universitari.

Questo fenomeno porta con sé inevitabilmente il crescere di alcune problematiche di salute dei lavoratori che in passato non erano oggetto di interesse della medicina del lavoro, in quanto si manifestavano generalmente dopo i 62 anni, quindi al termine della vita lavorativa e non erano a carico delle Aziende. Un esempio emblematico è caratterizzato dalle patologie della vista come la cataratta, del tutto assente fino una decade fa e invece molto più frequente come patologia tra i lavoratori negli ultimi anni. Oltre che per le ragioni dell'età le patologie della vista sono destinate a crescere nei prossimi dieci anni anche a causa delle frequenti interazioni con video e *smart devices* che sono sempre più tipiche delle interazioni uomo-tecnologia nel mondo del lavoro, ma anche nella vita privata.

La terza direttrice del *trend* è basata proprio sulla diffusione delle tecnologie digitali, grazie anche all'emergenza CoViD-19 e i suoi *lockdown*, negli ultimi tre anni si è ormai diffusa una nuova modalità di lavoro, spesso denominata *smart-working*, ma che di fatto è una modalità di *remote working* asincrono in cui i professionisti possono svolgere una parte della loro attività anche da remoto mediante l'interazione con smart

device, pc, smart phone (ad esempio se ci si limita ai medici che spesso vengono considerati figure che non possono fare *smart-working*: radiologi che svolgono reperibilità da casa, medici di laboratorio che possono refertare esami da remoto, second opinion date da remoto basandosi su analisi della documentazione clinica trasmessa on line, scrittura di lavori di ricerca, ecc.). Il fatto che parte delle attività professionali possano essere svolte fuori dall'ambiente di lavoro e da *everywhere* e che possano essere svolte in modo asincrono, ovvero il professionista può lavorare non in modo continuativo o in orari non definiti in modo vincolante, apre un tema di grande rilevanza: per assicurare salute e sicurezza sui luoghi di lavoro non è più sufficiente che si pensi al luogo principale di svolgimento del prestazione, ma si deve pensare a fornire indicazioni ai lavoratori per lavorare in sicurezza anche quando lavorano da remoto (casa loro, casa in vacanza, un ufficio in sharing, in luoghi pubblici se l'attività la consente, ecc.). Tematiche queste che sono state affrontate limitatamente e risolte parzialmente dal *Protocollo Nazionale sul lavoro in modalità agile* nel settore privato del dicembre 2021 e che pertanto devono trovare una risposta nei nuovi modelli di gestione della medicina del lavoro e nei protocolli di sorveglianza sanitaria.

Questi tre macro-cambiamenti sono già di per sé talmente rilevanti da poter costituire da soli un cambio di "era" nella medicina del lavoro, ma un'altra emergente condizione lavorativa spinge ancora oltre la portata del cambiamento: la possibilità concessa con il CoViD-19 e prorogata ulteriormente nel 2023 al personale sanitario del comparto di poter venir meno al vincolo dell'esclusività e poter svolgere l'attività lavorativa fuori orario di lavoro presso altri Datori di Lavoro. Questa possibilità, dovesse rimanere permanente, aprirebbe non pochi interrogativi su chi dovrebbe essere responsabile della sorveglianza sanitaria del lavoratore, chi dovrebbe farsi carico di eventuali malattie professionali o delle limitazioni derivanti da eventuali inidoneità parziali o totali alla mansione.

Se era comprensibile durante la situazione emergenziale l'eliminazione del vincolo di esclusività per le professioni sanitarie, sembra, a chi scrive, sia molto rischioso renderlo strutturale senza prima aver chiarito le responsabilità e gli oneri in capo al "Datore di Lavoro prevalente" del lavoratore e quelle in capo ai Datori di Lavoro "secondari". In caso di infortunio, inidoneità, malattia professionale di un lavoratore che per dieci anni ha lavorato per diversi Datori di Lavoro, come sono ripartite le responsabilità e gli oneri tra gli stessi? Se un lavoratore si infortuna mentre svolge l'attività presso un Datore di Lavoro "secondario" e l'infortunio determina una non idoneità alla mansione presso il Datore di Lavoro "primario", chi si fa carico dei costi di ricollocamento del lavoratore o della ridotta impiegabilità del lavoratore nel contesto di lavoro primario?

Crediamo che questi temi non possano non essere affrontati in modo completo dal legislatore prima di rendere strutturale una norma come questa, la cui gestione in alternativa rischia di ricadere sulla medicina del lavoro di ogni singola azienda, ingenerando non poca confusione e inevitabili contenziosi.

Una nuova idea di sicurezza

L'emergenza CoViD-19 ha reso evidente quanto sia importante assicurare la salute e sicurezza delle persone. Il tema della sicurezza e della responsabilità per la sicurezza è uscito dal suo ambito formale di adesione alle leggi ed è diventato, finalmente, sostanziale. Se in una situazione ordinaria per un ospedale la priorità in termini di sicurezza sono chiare:

1. l'ospedale deve garantire la sicurezza del paziente;
2. l'ospedale deve assicurare la sicurezza dei propri collaboratori;
3. ciascun professionista è responsabile della sicurezza del paziente;
4. ciascun professionista è responsabile della propria sicurezza e di quella dei colleghi.

Nella situazione di emergenza CoViD-19, dovendo affrontare una malattia sconosciuta, l'ordine è cambiato:

1. l'ospedale deve assicurare la sicurezza dei propri collaboratori;
2. ciascun professionista è responsabile della propria sicurezza e di quella dei colleghi;
3. ciascun professionista è responsabile della sicurezza del paziente;
4. se facciamo le prime tre cose bene l'ospedale potrà garantire la sicurezza del paziente.

Oltre ogni retorica delle "persone al centro", la pandemia ha reso evidente a tutti che le strutture sanitarie senza i professionisti e le loro competenze distintive, non sono in grado di assicurare le prestazioni ai pazienti. Le tecnologie sono importanti, i farmaci e i device imprescindibili, gli spazi in termini di posti letto, terapie intensive sale operatorie altrettanto, ma se una malattia contagia il personale che è in possesso di competenze professionali specifiche e difficilmente acquisibili in tempi brevi, l'ospedale si ferma e non è più in grado di

assolvere alla sua missione: curare i malati. La pandemia ha reso evidente che le persone non sono solo al centro, ma sono “prima”. Questo ha comportato e comporterà nei prossimi anni la necessità per le strutture sanitarie di investire maggiormente in sicurezza del proprio personale lungo tre dimensioni:

Sicurezza fisica. Formazione rigorosa sulle procedure di utilizzo dei Dispositivi di Protezione Collettiva (DPC) e dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), gestione attenta dei percorsi, monitoraggio costante dei comportamenti individuali e dell'uso dei DPI, test periodici anche oltre le previsioni di legge al personale a più alto rischio, supporto individuale nella gestione delle situazioni di malattia. Le organizzazioni che sapranno fare questo, andando oltre il concetto di salute e sicurezza del lavoro attuale e tenderanno al benessere dei lavoratori nel loro ambiente di lavoro e nel contesto sociale di riferimento, saranno in grado di trasmettere l'importanza di prendersi cura di sé e dei propri colleghi, come primo e migliore atto per prendersi cura dei pazienti e potranno contare su maggiore attrattività e motivazione dei collaboratori.

Sicurezza psicologica. Fin dall'inizio della pandemia è stato chiaro il forte carico di stress per i professionisti, che si sono impegnati in modo straordinario e senza risparmiarsi nella lotta contro questa nuova malattia, sia per le poche conoscenze sulla malattia che non consentivano di essere sicuri nella sua gestione, sia per il senso di impotenza che spesso è stato vissuto dal personale sanitario di fronte ad improvvise e inattese evoluzioni drammatiche della malattia, sia per i turni impegnativi all'interno di tute e dietro mascherine che danno sicurezza, ma distanziano dagli altri, colleghi e pazienti. Occuparsi del supporto psicologico del personale sanitario è stato e sarà determinante anche per gli aspetti evidenziati sopra in merito ai possibili impatti delle nuove tecnologie digitali, in particolare l'AI e il metaverso, sulla salute mentale delle persone.

Sicurezza organizzativa. Dei modelli organizzativi si è già detto sopra, la loro efficace adozione (approccio multidisciplinare, gestione dei pazienti mediante percorsi e per intensità di cura) e il loro adeguato adattamento al contesto in cui l'ospedale opera sono un elemento essenziale per dare sicurezza al personale, riducendone lo stress e la preoccupazione di non poter controllare quanto a loro assegnato come singoli o come *team* di lavoro. Insieme ai modelli organizzativi orizzontali e una *governance* condivisa, che consentono una maggiore flessibilità e agilità decisionale, essenziale sarà anche assicurare il numero adeguato di professionisti in possesso delle competenze necessarie a gestire le esigenze dell'ospedale e rispondere ai bisogni dei pazienti. Questa è una delle sfide più difficili e complesse per tutte le aziende sanitarie. Alla nota criticità di personale medico in particolare in alcune specialità (medicina d'urgenza, rianimatori, anestesisti) si è aggiunta una non prevista criticità di reclutamento del personale infermieristico, vista la forte domanda di professionisti arrivata sia dalle strutture pubbliche sia da quelle private. Oggi per reggere a questo nuovo scenario sarà inevitabile modificare i modelli organizzativi, rivedere le responsabilità dei ruoli sanitari e non, ridistribuendo in modo efficiente il lavoro, investire sulle tecnologie e sulla digitalizzazione per liberare tempo e attività ai professionisti. Chi saprà gestire efficacemente la carenza di personale, infonderà sicurezza nelle capacità dei modelli organizzativi di rispondere agli emergenti bisogni dei pazienti e saprà prendersi cura della salute e sicurezza fisica, psicologica ed organizzativa del personale sarà in grado di attrarre, trattenere e motivare i lavoratori, ottenendo incrementi di produttività e riduzione delle malattie e del *turnover*.

Motivare i professionisti alla sicurezza: fra tradizione e innovazione

Le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da una elevata complessità organizzativa e gestionale derivante dalle caratteristiche peculiari del settore ricordate all'inizio: alto livello di conoscenze professionali in continua evoluzione e di professionisti in organizzazione; elevata necessità di tecnologie a supporto della erogazione della prestazione professionale; la prestazione consiste nella erogazione di un servizio complesso, altamente personalizzato, con alto contenuto relazionale e scarsamente standardizzabile. L'equilibrio dinamico tra autonomia professionale e organizzazione è la vera sfida per ogni struttura sanitaria, se vuole assicurare prestazioni di qualità nel tempo.

Le organizzazioni sanitarie, infatti, sono un sistema formato da parti autonome che funzionano solo all'interno di un tutto coerente, perché questo si realizzi è necessario quella che H. Mintzberg chiama una *cooperative autonomy*, ovvero una organizzazione in cui l'autonomia individuale si coniuga con un cooperativo agire collettivo all'interno di un sistema complesso, finalizzato - mediante aggiustamenti reciproci orientati da una forte cultura organizzativa - ad erogare prestazioni di cura. L'autonoma cooperazione di professionisti competenti implica, come elemento attivatore determinante, la loro motivazione ad agire in coerenza con i valori e il fine dell'organizzazione nella quale lavorano.

La cosa peggiore che può capitare in una organizzazione sanitaria è, infatti, avere al suo interno professionisti competenti, ma non motivati a mettere le loro competenze al servizio dell'organizzazione e dei suoi pazienti. Questo sia perché una bassa motivazione individuale non attiva la cooperazione, sia perché non permette di utilizzare pienamente le competenze professionali presenti, entrambe elementi che hanno un impatto rilevante sulla qualità dell'outcome clinico e assistenziale.

Comprendere cosa motiva i professionisti nelle organizzazioni sanitarie è quindi un elemento determinante. Se definiamo la motivazione, come una energia individuale interna in grado di attivare e mantenere una costante azione orientata e coerente con gli obiettivi sia individuali sia dell'organizzazione, dovuta ad una combinazione di bisogni e desideri personali in relazione al contesto organizzativo, non c'è dubbio che per i professionisti la motivazione è determinata in modo principale da fattori intrinseci del lavoro (qualità e caratteristiche della attività, riconoscimento, possibilità di crescita, ecc.), mentre quelli estrinseci (retribuzione, ambiente di lavoro sicuro, benefit, ecc.) hanno al massimo un effetto non-demotivante, non essendo in grado di generare motivazione secondo la tradizionale distinzione di F. Herzberg.

In Sanità, dunque, nonostante spesso si tenda ad agire su leve come il *compensation e benefit* (rinnovi C.C.N.L., retribuzione individuale, premi di risultato, politiche di incentivi in settori chiave per l'erogazione delle prestazioni, ecc.) per motivare le persone, queste leve sono in grado di orientare l'azione nel breve periodo e, quando ben costruite, possono generare soddisfazione al lavoro, ma non generano motivazione nei professionisti nel medio-lungo termine. Pertanto, possiamo dire che i riconoscimenti economici sono una scorciatoia costosa per orientare il comportamento dei professionisti nel breve termine, che raramente paga in Sanità, sia perché non risponde alle reali aspettative dei professionisti, sia perché richiede importanti risorse economiche, non compatibili con le risorse disponibili.

I professionisti, infatti, stante la natura del loro lavoro, sono motivati principalmente da lavori interessanti, dalla possibilità di crescere, di apprendere cose nuove, dal lavorare in contesti dove possono accedere a tecnologie che gli consentono di sviluppare le loro competenze e raggiungere risultati professionali rilevanti, dal poter lavorare insieme a colleghi di cui hanno stima e in possesso di competenze che possono valorizzare le rispettive professionalità, per raggiungere risultati clinico-scientifici considerati dalla loro comunità scientifica come rilevanti, dal lavorare in luoghi dove l'innovazione è favorita e dove possono avere incarichi crescenti e discrezionalità nell'esercizio del proprio ruolo, sia all'interno della propria organizzazione sia nella comunità scientifica di cui fanno parte.

Tuttavia, questa dimensione per quanto rilevante non va estremizzata: anche in un lavoro professionale come quello sanitario, in cui la dimensione valoriale e di "chiamata" è molto forte (come evidenziato anche dalla recente pandemia in cui le stragrande maggioranze dei professionisti, medici, infermieri, tecnici, farmacisti, biologi, psicologi, si sono messi al servizio dei pazienti senza chiedere nulla in cambio, anche a rischio della propria salute, solo perché era quello che andava fatto ed era coerente con i valori di assistenza, cura e prendersi cura dei malati) se i fattori estrinseci (igienici) del lavoro non sono almeno adeguati e sono sotto una soglia di percepita accettabilità individuale e collettiva, i fattori intrinseci, seppur presenti e rilevanti non si attivano e non sono in grado di motivare.

Lavorare in un contesto professionalmente stimolante e che offre molte possibilità di crescita ed apprendimento, ma dove non c'è sicurezza sul posto di lavoro per non rispetto dei requisiti normativi base o dove la salute dei lavoratori è messa a rischio o dove gli stipendi sono strutturalmente inferiori al mercato o pagati saltuariamente, non rende motivati, né motivabili i professionisti di quella organizzazione.

Detto in altri termini: se si vuole motivare un professionista non si deve agire sui fattori estrinseci, ma se i fattori estrinseci non sono gestiti e sono percepiti dai professionisti come al di sotto di un livello di accettabilità nel contesto in cui la struttura sanitaria opera, i professionisti non saranno in alcun modo motivabili, al massimo potremo orientare la loro azione di breve periodo.

In questa ottica, il primo investimento che una struttura sanitaria deve fare è quello di presidiare con attenzione i fattori igienici ed in particolare, in questa fase post-CoViD-19, la dimensione sicurezza. Come abbiamo detto sopra, con la pandemia il tema della sicurezza è uscito dal suo ambito formale di adesione alle leggi ed è diventato sostanziale.

La salute e sicurezza del lavoro e il ruolo della sorveglianza sanitaria possono assumere una valenza completamente diversa in questo contesto: da strumento spesso visto unicamente come finalizzato ad assicurare il rispetto delle previsioni di legge, a strumento atto ad assicurare al personale di lavorare in un ambiente sicuro dove la salute di ciascuno non solo è tutelata, ma ce ne si prende cura come organizzazione e come singoli, co-

stituendo il fondamento primario del benessere dei lavoratori e della loro motivazione al lavoro. Perché questo accada è necessario coinvolgere i professionisti e motivarli a partecipare nella costruzione, implementazione e gestione della salute e sicurezza del proprio ambiente di lavoro, cosa non facile oggi, ma che potrà esserlo in futuro se si comprenderà che la riduzione del rischio nello svolgimento dell'attività lavorativa è solo l'obiettivo primario, ma quello finale è di creare benessere organizzativo.

Bibliografia

- Ricciardi G, Moscato U, et al. *Governare e Gestire dell'Igiene nelle strutture sanitarie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2006.
- Porter ME. *Value-Based Health Care Delivery: Core Concepts*. VBHC Intensive Seminar. Boston, MA, January 14, 2019. Harvard Business Press; October 22, 2019.
- Cicchetti A, Baraldi S, Cifalinò A. *Innovazione organizzativa e ruoli emergenti in sanità. Le sfide per i professionisti della salute*. New York: Mc Graw Hill Education; 2015.
- Gualano MR, Buttigieg S, Moscato U. Editorial: *Impact of digitalization on workers' health and work-life balance*. *Front Public Health*. 2023;11:1204465. doi: 10.3389/fpubh.2023.1204465. eCollection 2023
- Melone G. *Scenari e modelli di governo, organizzazione e management del sistema sanitario italiano*. Rimini: Maggioli editore; 2023.

Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.