



TASK SHIFTING

in National or Regional contexts



Co-funded by
the European Union



Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of EACEA. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.

GRANT AGREEMENT NUMBER – 10111173

Introduzione al progetto TaSHI

Il progetto TaSHI ("Empowering EU health policies on Task Shifting") è stato un progetto europeo della durata di tre anni, iniziato nel 2021 e conclusosi nel 2024. Ha affrontato la carenza di forza lavoro nel settore sanitario in Europa, costruendo una base condivisa e aggiornata di evidenze sul task shifting (riassegnazione di compiti).

Il progetto ha:

- (1) mappato le pratiche esistenti e creato strumenti per supportarle,
- (2) studiato la fattibilità, i benefici e le sfide tramite casi pilota,
- (3) diffuso le lezioni apprese tramite webinar, workshop e altri canali online,
- (4) rafforzato la governance e la cooperazione tra stakeholder per trasferire e scalare modelli di successo tra gli Stati membri.

L'obiettivo finale di TaSHI era supportare i sistemi sanitari nel diventare più integrati, centrati sul paziente e sostenibili, di fronte all'invecchiamento della popolazione, alla carenza di personale sanitario e all'aumento delle multimorbidità.

5 studi pilota

Il **progetto TaSHI** (Task Shifting Implementation) ha condotto studi pilota in cinque paesi europei — **Estonia, Italia, Lituania, Paesi Bassi e Norvegia** — per esplorare e valutare diversi modelli di task shifting in vari contesti sanitari: **cure primarie, salute mentale, cura delle ferite e oftalmologia**, nonché l'uso della **telemedicina e degli strumenti digitali**. L'obiettivo era generare evidenze sui benefici del task shifting per pazienti e professionisti sanitari analizzando i casi studio di ciascun sito. Per guidare il processo di implementazione, TaSHI ha utilizzato il **Calderdale Framework** (<https://www.calderdaleframework.com/>), una metodologia strutturata che prevede sette passaggi chiave:

Fase 1 – Sensibilizzazione: ogni progetto pilota ha descritto gli **obiettivi** dell'intervento e identificato gli **attori chiave** a livello manageriale e gli **stakeholder** principali. È stata sviluppata una visione condivisa: una volta definito **l'ambito**, è iniziato l'ingaggio degli stakeholder, a volte con un processo iterativo.

Fase 2 – Analisi del servizio: i progetti pilota hanno analizzato il servizio interessato dal task shifting, descrivendo l'organizzazione attuale ("chi fa cosa") e identificando ostacoli e fattori facilitanti.

Tra i **facilitatori**: cultura organizzativa aperta, sistema ben strutturato, disponibilità a delegare.

Tra gli **ostacoli**: disaccordi interni, leadership non favorevole, resistenze da parte degli ordini professionali, abitudini radicate.

Fase 3 – Analisi dei compiti: insieme agli stakeholder, sono stati identificati i **rischi** legati all'esecuzione di specifici compiti da parte di un altro professionista, del paziente o caregiver, oppure tramite strumenti tecnologici. Per ciascun rischio, sono state proposte **strategie di mitigazione**.

Fase 4 – Identificazione delle competenze: si sono identificate le **competenze** necessarie per svolgere i compiti riallocati — da parte del nuovo professionista, del paziente, del caregiver o di chi delega mantenendo la supervisione. Ogni pilota ha valutato le conoscenze e abilità richieste.

Fase 5 – Sistemi di supporto: per rendere sostenibile il cambiamento oltre la fase sperimentale, sono essenziali meccanismi adeguati di leadership e gestione. Ogni pilota ha analizzato i sistemi necessari per supportare i nuovi ruoli e modalità operative.

Fase 6 – Formazione: i professionisti coinvolti hanno partecipato ad attività formative mirate, con materiali sviluppati da TaSHI, basati sulle competenze emerse nella Fase 4 e testati in ciascun sito.

Fase 7 – Sostenibilità: nella fase finale, i pilota hanno valutato i benefici del task shifting e sviluppato un piano di governance per assicurarne lo sviluppo futuro, l'adozione e la sostenibilità nel lungo periodo..

Panoramica generale degli studi pilota

In ogni sito, l'analisi del task shifting si è concentrata su diversi contesti e strutture sanitarie:

- Cure primarie in Lombardia, Italia;
- Cure primarie e salute mentale in Lituania ed Estonia;
- Cure specialistiche in oftalmologia e cure primarie nei Paesi Bassi;
- Cura delle ferite e cure primarie in Norvegia, supportate da strumenti digitali che collegano personale municipale e specialistico.

I professionisti coinvolti erano molto diversi:

A. Medici di Medicina Generale (MMG) e infermieri di famiglia e comunità in Lombardia, Italia;

B. Infermieri di salute mentale, medici di famiglia, infermieri delle cure primarie, psicologi e psichiatri in Estonia;

C. MMG, psichiatri, infermieri che lavorano con MMG e con psichiatri in Lituania;

D. Oftalmologi e optometristi presso l'ospedale oculistico di Rotterdam, e oftalmologi, optometristi e MMG nella regione di Twente, Paesi Bassi;

E. Personale domiciliare, MMG e personale ambulatoriale per la cura delle ferite in Norvegia.

Durante l'analisi, sono stati identificati diversi tipi di task shifting. Oltre alla delega e al trasferimento di responsabilità tra professioni, i pilota hanno esaminato anche il **job crafting**, il **job carving** e la **creazione di nuovi ruoli professionali**.

I pilota hanno inoltre esplorato una vasta gamma di gruppi professionali e non, coinvolti nel task shifting:

- a) dai professionisti sanitari ai pazienti;
- b) dai professionisti ai caregiver informali;
- c) dai professionisti a volontari e caregiver informali;
- d) dai professionisti agli operatori di comunità;
- e) dai professionisti al personale amministrativo o gestionale;
- f) dai professionisti alla tecnologia;
- g) tra diversi tipi di operatori sanitari.

Nella maggior parte dei pilota, il task shifting comporta il trasferimento di compiti da una professione a un'altra — con o senza trasferimento di responsabilità — oppure una delega tra diversi tipi di operatori sanitari.

In Estonia e in Lombardia, l'attenzione è rivolta a nuove professioni sanitarie innovative: **l'infermiere di salute mentale** (Estonia) e **l'infermiere di famiglia e comunità** (Lombardia). L'analisi si concentra sui loro ruoli e sulle relazioni con gli altri professionisti.

In Norvegia, si esplora come il task shifting sia supportato e facilitato dalla tecnologia.

Diversi livelli di avanzamento del task shifting

- Nei siti olandesi e norvegesi, le pratiche di task shifting erano già in corso. Quindi TaSHI si è concentrato su:
- analizzare effetti, bisogni formativi e potenziale di scalabilità e sostenibilità delle pratiche già esistenti nell'ambito dell'oftalmologia (Paesi Bassi);
- esaminare le implicazioni del task shifting attraverso un nuovo servizio digitale per la cura delle ferite, che promuove nuove forme di collaborazione tra professionisti, pazienti e caregiver — incentivando la condivisione della conoscenza, lo sviluppo di competenze e la costruzione di expertise (Norvegia).
- In Estonia, Lituania e Lombardia, i pilota TaSHI hanno mirato a:
- valutare il livello di maturità delle professioni sanitarie nelle cure primarie;
- indagarne la disponibilità e apertura al task shifting;
- coinvolgerle successivamente in attività formative, con l'obiettivo finale di generare evidenze e creare nuove opportunità di task shifting tra professionisti sanitari.

Conclusioni

I casi studio nei cinque paesi europei evidenziano la diversità dei contesti nazionali e locali riguardo il task shifting, soprattutto nelle cure primarie. Sebbene gli approcci e i livelli di preparazione siano diversi, tutti i siti condividono l'obiettivo comune di migliorare l'erogazione delle cure primarie attraverso il task shifting.

Ogni pilota contribuisce in modo unico alla comprensione di come il task shifting possa ottimizzare l'assistenza sanitaria. Nonostante i diversi livelli di maturità, tutti mostrano pratiche promettenti, evidenti bisogni formativi e sfide condivise legate ai ruoli professionali, alle normative e alle infrastrutture. Le principali conclusioni preliminari sono:

- Il task shifting è già in atto, ma spesso manca di consolidamento e regolamentazione formale.
- È forte la necessità di guidare e regolamentare il task shifting per rispondere alle esigenze sanitarie in evoluzione.
- Persistono diversi ostacoli alla sua adozione formale.

Prossimi passi e implicazioni:

- Valutare e pianificare i bisogni formativi del personale.
- Condividere i risultati dei progetti pilota con gli stakeholder per promuovere apertura e disponibilità.
- Incentivare il dialogo e la formazione interprofessionale, allineandosi con standard nazionali e strutture di governance.

Il framework TaSHI offre un percorso strutturato per valutare e supportare modelli sostenibili di task shifting in tutta Europa.

Principali riferimenti bibliografici:

- TaSHI Project. *The Project – Empowering EU Health Policies on Task Shifting*. Available at: <https://tashiproject.eu/the-project/>.
- TaSHI Project - D5.1 CASE STUDIES OF IMPLEMENTATION SITES Available at: [D5.1-Case-studies-of-implementation-sites.pdf](#)
- TaSHI Project - D5.2 GUIDEBOOK ON TASK SHIFTING Available at: [D5.2-Guidebook-on-task-shifting revised final ISBN.pdf](#)