



Giornate residenziali di politica sanitaria (2a edizione)

Giovedì 5 – Sabato 7 Settembre 2024 (San Domenico, Fiesole)

Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future

Marco Geddes da Filicaia, medico epidemiologo, Stefano Neri, sociologo dell'economia, Università degli Studi di Milano, Elena Spina, sociologa dell'economia, Università Politecnica delle Marche, Giovanna Vicarelli, sociologa della salute e della medicina, Università Politecnica delle Marche

A partire da una considerazione generale sul carattere incompressibile del fattore umano in sanità, nel position paper si analizzano cinque nodi critici che riguardano il personale della cura in Italia, rispetto ai quali si prospettano quattro possibili proposte da discutere per una loro risoluzione. Essi riguardano la crescente insoddisfazione che sembra permeare i medici e le professioni sanitarie, sempre più caratterizzati da alti tassi di femminilizzazione, ma da un basso e difficile ricambio generazionale. Una insoddisfazione su cui pesa il mancato riconoscimento economico e le sempre più difficili modalità di relazione con i pazienti e con le strutture politico-organizzative del SSN. Nodi che richiedono un ripensamento complessivo delle condizioni di lavoro e non da meno un profondo rinnovamento nelle modalità formative e di aggiornamento professionale

Premessa: una risorsa non comprimibile

Il termine “risorse umane”, seppure derivi dall’ambiente manageriale, intende evidenziare il valore del personale, per le sue competenze e la sua professionalità. Tale aspetto è particolarmente rilevante nell’ambito delle attività di servizio e, nello specifico, nell’ambito sanitario, trattandosi di un settore nel quale i livelli professionali elevati sono necessariamente diffusi e le capacità relazionali fondamentali. L’attività svolta da medici e infermieri, come peraltro altre attività nei “servizi, richiedono in larga parte una interrelazione diretta fra chi effettua il servizio e chi lo consuma, che si tratti di un operatore sanitario, un insegnante, un avvocato, un barbiere o un sarto. Il personale rappresen, pertanto, la “chiave di volta” nell’ambito dei servizi alla persona, il settore non comprimibile di spesa a fronte del mantenimento di qualità e accessibilità.

La non comprimibilità, ovvero la sua progressiva crescita anche rispetto al Pil, ha molte evidenze, sia teoriche che empiriche. Si tratta del “*cost disease*”, che spiega la crescita delle spese per l’assistenza sanitaria, l’istruzione, e altri servizi fondamentali. Queste valutazioni emersero nel 1966 da parte di due economisti, William Baumol e il suo collega William Bowen che fecero osservare che per un quartetto di Beethoven necessitano gli stessi suonatori e lo stesso tempo impiegato nel 1818; il salario degli esecutori era aumentato, in relazione ai salari generali e al costo della vita, ma la produttività era sostanzialmente identica. Contemporaneamente la tecnologia e l’automazione avevano incrementato, in misura esponenziale, la produzione di beni i cui costi di fabbricazione si erano drasticamente ridotti (Baumol W 2012).

La non comprimibilità della spesa sanitaria e, in particolare, quella per il personale, ha anche elementi empirici di evidenza: la crescita, rispetto al Pil, di tale ambito di spesa nel corso ormai di decenni a livello anche internazionale; il contenimento della spesa sanitaria pubblica in Italia, con aumento tuttavia della spesa complessiva conseguente all’incremento di quella privata, in particolare *out of pocket*. Una controprova può essere dedotta dal fatto che la riduzione della spesa sanitaria

pubblica in Italia è stata attuata attraverso la riduzione del personale (i famosi tetti di spesa)¹ e il contestuale declino di qualità e accessibilità del SSN.

Il “risparmio”, di tempo e di investimenti, può essere certo ottenuto con alcune iniziative, ma risulta inevitabilmente contenuto, a meno di ridurre il numero di operatori sanitari e cioè di aumentare il numero di pazienti assegnati a un infermiere/a o ridurre il tempo che un medico dedica a ciascun paziente con un inevitabile declino della qualità (Neeldleman 2002; Zaranko et al. 2023). Pertanto, a differenza che nella produzione di oggetti, la produzione di servizi e, nello specifico, di servizi sanitari, comporta come elemento fondamentale investimenti in capitale umano, sia sotto il profilo qualitativo – formazione e aggiornamento – sia in termini quantitativi. È questo l’elemento centrale che determina la qualità di un Servizio sanitario.

Vi è un diffuso dibattito in relazione alle nuove tecnologie: informatica, robotica, monitoraggio dei pazienti anche a distanza, progressi dell’intelligenza artificiale nella diagnostica capace di delineare ipotesi diagnostiche e terapeutiche e di valutare e interpretare le immagini. Saranno in grado di ridurre l’impegno di personale? Predire il futuro è sempre complesso, ma la risposta che danno gli esperti è sostanzialmente negativa: queste tecnologie permettono diagnosi più precise, trattamenti personalizzati e una migliore gestione delle risorse, ma non saranno in grado di sostituire il personale sanitario. Anche in questo campo vi sono prove empiriche osservando quanto è avvenuto in passato: l’introduzione di tecnologie più raffinate, di metodiche meno invasive, di dispositivi miniaturizzati ha ridotto i tempi di intervento, le durate di degenza, ma ampliato notevolmente la platea dei soggetti sottoposti a trattamento, come si evidenzia ad esempio nell’ambito delle protesi ortopediche (80.000 nel 2000, 220.000 nel 2022); analoga situazione per gli interventi di cataratta con una continua crescita, fino a circa 700.000 operazioni nell’ultimo anno, sebbene si mantenga in Italia un tasso assai inferiore rispetto a vari paesi europei (si veda appendice statistica).

Risultati simili in ambito infermieristico: adeguati layout delle degenze, diffuso monitoraggio dei pazienti, organizzazione *lean* dell’assistenza, controlli visivi a distanza e automatizzazione dei trasporti hanno certo migliorato sia l’attività lavorativa che la sicurezza dei pazienti e devono essere finalizzati a offrire un maggior tempo alla relazione di cura. L’incremento necessario di posti in terapia intensiva e sub intensiva, la diffusione di camere singole, la rilevante presenza di pazienti anziani e la necessità di più impegnative relazioni con loro o e con i caregiver aumentano, tuttavia, la necessità di personale.

Un fattore che determina un incremento dei bisogni assistenziali, assai evidente e prevedibile è rappresentato dall’invecchiamento della popolazione e dalle modifiche nella struttura familiare, fenomeni che in Italia risultano particolarmente accentuati. La popolazione di oltre 65 anni rappresenterà, nel 2050, il 34,9% del totale a fronte di una drastica riduzione di quelle in età lavorativa (dal 63,9% al 53,4%). Gli uomini che vivono soli avranno un incremento del 18,4%, arrivando a superare i 4 milioni nel 2024, mentre le donne sole, con una crescita del 22,4%, assommeranno a 6 milioni venendo così sempre meno quel tessuto familiare assistenziale che ha fortemente sopperito nel nostro paese, sulle spalle delle donne, alle debolezze del sistema di welfare. Questo scenario pone rilevanti problemi assistenziali e sanitari poiché il consumo di farmaci, il ricorso a visite mediche, i ricoveri ospedalieri e in particolare le patologie per le quali non abbiamo attualmente strumenti di prevenzione e terapeutici risolutivi, quali la Demenza, il Parkinson e l’Alzheimer, sono tutti fenomeni fortemente correlati all’età.

Vi è, infine, un fattore, poco considerato prima del 2020, che ci impone di incrementare le risorse umane in ambito sanitario ed è rappresentato dalle emergenze epidemiche, correlate peraltro al

¹ Il tetto di spesa fu introdotto nel 2004 (secondo governo Berlusconi), ribadito negli anni successivi (spesa del 2004 ridotta del 1,4%); tetto non sempre rispettato da alcune Regioni che sono intervenute con risorse proprie come evidenziato dalla Corte dei conti nel suo Rapporto di Finanza pubblica 2019.

crescente impatto dell'uomo sulla natura. È bene ricordarsi che ogni paese "... deve un'enorme gratitudine al proprio personale sanitario e assistenziale. Questo non è mai stato più evidente che al culmine della pandemia di COVID-19, quando i professionisti sanitari e assistenziali si sono schierati come principale difesa, impegnandosi a fornire l'assistenza di cui le nostre popolazioni avevano bisogno, spesso a grande rischio personale, mettendo a repentaglio la propria vita" (WHO, 2022).

Stante questa valutazione sul carattere incompressibile del fattore umano in sanità e al tempo stesso sulla sua centralità, nel presente position paper si analizzeranno cinque nodi critici che riguardano l'attuale situazione del personale sanitario in Italia e verranno proposte quattro aree di intervento per garantirne la quantità e la qualità necessarie affinché il SSN continui a garantire i valori e le funzioni previste nella sua legge istitutiva e nei principi costituzionali su cui si basa.

1. Cinque nodi critici da risolvere

1.1 Un lavoro che non soddisfa più?

La crisi del personale sanitario è un problema comune a molti paesi europei, una vera e propria "bomba a orologeria" (WHO 2022) la cui intensità è, per l'Italia, assai più rilevante e in parte già in fase esplosiva, in un quadro di riduzione complessiva dei dipendenti pubblici che non ha eguali in altri paesi europei e che ha interessato anche la sanità. La crisi del personale sanitario si inserisce, peraltro, in uno scenario nazionale che risulta complesso sotto più profili: l'andamento demografico, la decrescita dei salari (unico paese europeo con il segno negativo) che ha colpito anche medici e infermieri, l'assenza negli ultimi due decenni di una pianificazione nella formazione del personale, il blocco delle assunzioni.

Un quadro d'insieme

La riduzione del personale del SSN ha riguardato diverse figure professionali. I dati di confronto variano a seconda dei periodi presi in considerazione, ma indicano una direzione comune di progressivo indebolimento delle risorse umane. Nel corso di un decennio (2010 – 2020) il contenimento della spesa non è stato attuato solo riducendo il personale sanitario, di cui tratteremo nei paragrafi successivi, ma anche per altri ambiti professionali, su cui si pone generalmente scarsa attenzione e la cui interazione con i processi di cura risulta rilevante per l'importanza degli ambienti di lavoro, della manutenzione delle strutture, dell'utilizzo ottimale delle tecnologie, dello svolgimento di funzioni amministrative che talora sono allocate impropriamente al personale sanitario. Nel decennio gli amministrativi si sono ridotti da 74.206 a 59.784 (- 14.422), i tecnici sanitari da 33.470 a 33.090 (-390) a fronte di un incremento, sia di complessità che di quantità delle tecnologie, le altre figure tecniche da 116.607 a 109.814 (-6.793)²; una decimazione che ha colpito anche altri professionisti: biologi – 14,4%, psicologi – 17,8%, chimici – 61,2% (si veda appendice statistica).

Il personale medico

I medici in Italia non sono pochi: 4.1 per 1.000 abitanti, un dato leggermente superiore alla media europea (EU 27) e alla media OCSE (3.7), con la Francia e la Gran Bretagna che si attestano rispettivamente su 3.2 e 3.0 (Health at a Glance 2023). Complessivamente i medici italiani sono molto più anziani di quelli dei paesi OCSE, con il 55% oltre i 55 anni di età, mentre la media OCSE è del 33%.

² In base al patrimonio da gestire (strutture, edifici e impianti di un patrimonio immobiliare "sanitario" costituito da circa 35.000.000 mq.) si è rilevato un sottodimensionamento medio, a livello nazionale, pari al 50% dello standard minimo complessivo per una quantificazione pari a 4.500-5.000 professionisti tecnici (SIAIS; *Linee di indirizzo per il dimensionamento delle aree tecniche delle aziende sanitarie e ospedaliere*)

Quello che sta avvenendo è che, in assenza di una programmazione adeguata degli accessi all'Università, scontiamo un basso numero di laureati; a ciò si aggiunge il pensionamento di molti professionisti con una curva pensionistica che, tuttavia, inizierà a decrescere nel 2027. Dal 2023 al 2032 la professione attiva verrà lasciata da circa 109.009, ma i medici in formazione negli anni accademici 2018 – 2027 assommano a 141.000 (Anaa-Assomed 2024). Pertanto, quello che è urgente non è certo formare più medici, abolendo il numero programmato all'accesso a Medicina, cosa che provocherebbe un surplus di laureati fra 10 anni, ma attrarre e trattenere i medici stessi, soprattutto i giovani, all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Un tema specifico è rappresentato dai MMG, la cui numerosità va calcolata in riferimento al numero degli assistiti. Le carenze di MMG sono particolarmente rilevanti in Lombardia (1.003), Veneto (482), Campania (359), Emilia-Romagna (320) Piemonte (143), Toscana (143), Friuli-Venezia Giulia (105), ma in alcune aree, con popolazione ridotta, sono proporzionalmente rilevantissime: 69 mancanti in provincia di Bolzano (si veda appendice statistica).

Il personale infermieristico

Gli infermieri in Italia sono 367.378. Di questi 298.597 sono nel SSN (di cui circa 11% in strutture equiparate) e 26.177 (in massima parte dipendenti) nell'ospedalità privata. Una quota di personale infermieristico (circa 43.000 operatori) svolge la propria attività in ambulatori privati, libera professione, RSA etc. Si tratta complessivamente, per quanto concerne i dipendenti del SSN, di personale femminile (77,8%), con una età media del 46,9 anni. Il confronto con gli altri paesi è impietoso. Rispetto a una media OCSE di 9.2 infermieri per 1.000 abitanti, l'Italia ne ha 6.2. Si tenga peraltro presente che l'attività infermieristica si rivolge con maggiore frequenza, anche rispetto a quella dei medici, a persone anziane. Non si tratta solo della ospedalizzazione, che cresce con l'età, ma in particolare della assistenza domiciliare e della attività in RSA e ospedali di comunità. Sulla base di un confronto con altri quattro Paesi europei (Francia, Germania, Regno Unito e Spagna) si stima, in relazione alla popolazione over 75 anni, che il settore infermieristico debba essere incrementato di circa il 350.000 unità (Crea 2023). Anche per gli infermieri le differenze sono rilevanti, con infermieri dipendenti per 1.000 abitanti che vanno da 6.72 in Friuli-Venezia Giulia a una media nazionale del 5.06, al 3.59 in Campania, con un gradiente Nord – Sud abbastanza evidente.

Il rapporto infermieri - medici per abitante risulta pertanto estremamente squilibrato in Italia (1.5 rispetto a una media OCSE di 2.5). Questo “sbilanciamento” nelle dotazioni di personale, che si riflette in particolare nell'ambito della sanità territoriale, contribuisce fra l'altro a una distorsione nella attribuzione di mansioni che i professionisti sono chiamati a effettuare e nella qualità della assistenza, come evidenziato da molteplici ricerche; a livello regionale si vengono ulteriormente ad ampliare le differenze nel rapporto infermieri/medici.

Una fuga dal SSN?

Se tale è il quadro di insieme, che si è venuto a delineare nel corso degli ultimi anni, il post Covid ha evidenziato una problematica che prima era marginale o sottotraccia e che ci pone i seguenti quesiti: è un lavoro che non soddisfa più? Siamo di fronte a una crisi vocazionale? Si tratta di un fenomeno che investe tutte le professioni sanitarie o specificamente il lavoro nel Servizio sanitario nazionale?

I dati ci offrono una qualche risposta, ma possono essere utili anche alcune considerazioni di carattere più generale. Le professioni sanitarie, per la loro formazione teorico – pratica, implementata dalla specializzazione e dalla pratica lavorativa, sono facilmente esportabili, a differenza di altre professioni, quali quelle giuridiche o letterarie; le difficoltà a reperire personale sanitario in altri paesi europei o l'apertura di “nuovi mercati”, come si definirebbero in altro contesto, quali il Medio Oriente, pone un problema di concorrenzialità, accentuata da condizioni salariali e lavorative migliori. Abbiamo così un numero rilevante di medici (21.397) e infermieri (17.809) italiani presenti all'estero nel triennio 2019 – 2021 e trattasi di un fenomeno che si sta accentuando, con una stima di 20.000 medici che si trasferirebbero nel 2024, di cui il 90% sotto i 40 anni. Le mete preferite: Germania,

Francia, Regno Unito, Svizzera, Belgio, Svezia, Canada, Stati Uniti, Irlanda e Israele (si veda appendice statistica). Si tratta peraltro di un percorso in uscita, non compensato da un analogo flusso di medici che provengono dall'estero, dato che in Italia il personale medico formato all'estero rappresenta solo lo 0,9%, a fronte di una media Ocse del 17,9% (Francia 11,6; Germania 13,1%, Gran Bretagna 30,3%).

Vi è poi la concorrenza, in particolare per i medici, con la sanità o attività privata, assai evidente nella scelta delle scuole di specializzazione; quelle in cui l'attività privata è più diffusa fanno il pieno di richieste, mentre quelle in cui è – strutturalmente – meno effettuabile, e che coincide frequentemente con le attività che vengono definite “di prima linea”, risultano meno scelte³. Mentre per i medici questa ridotta vocazione è riferibile ad alcuni, fondamentali, percorsi professionali, i candidati al corso di laurea in infermieristica, sono passati in poco più di un decennio (2012 – 2023) da 44.120 a 23.552, con differenze territoriali tali per cui in diverse parti del Nord Italia le domande risultano minori rispetto ai posti disponibili.

Il tema *vocazionale* è estremamente complesso e investe diversi fattori, come evidenziano molteplici testimonianze: oltre a quello retributivo l'accoglienza sul posto di lavoro, l'apprezzamento che si riceve dai colleghi più anziani, la possibilità di svolgere mansioni più elevate, (Corriere della Sera 5/5/2024), le facilitazioni per gli infermieri con vitto e alloggio pagati e condizioni lavorative migliori (Il Tirreno 10/7/2024). Parlare di tema vocazionale non è però forse corretto. Qui non sembrano mancare il desiderio, la volontà di intraprendere una professione, la *beruf* (la chiamata) come Max Weber definiva la spinta motivazionale; qui mancano le condizioni perché le aspettative nutrite in quelle motivazioni si concretizzino. I giovani che scelgono le carriere sanitarie sono ancora tanti, tantissimi. Ciò che appare diverso rispetto al passato sono, da un lato, le condizioni lavorative, di cui discuterà ampiamente in queste pagine e, dall'altro, la disposizione con cui le nuove generazione approcciano e si avvicinano al lavoro di cura. Non sembrano mancare lo spirito di sacrificio né quello di servizio, ma non vi è più quell'accettazione incondizionata che ha portato i professionisti di ieri ad accogliere, seppur mal tollerandole, anche evidenti ingiustizie (blocchi salariali, turni massacranti ecc.). Oggi i giovani sembrano più consapevoli dei loro diritti, del loro valore e antepongono il proprio benessere a quello di una collettività forse troppo esigente ed arrogante (lo testimoniano la crescente aggressività e la violenza) e chiedono rispetto. L'alternativa a questo mancato riconoscimento non sono più le proteste in piazza e gli scioperi; l'alternativa è l'abbandono di un sistema che non offre loro ciò che vogliono, emigrando verso condizioni migliori nel mercato privato o all'estero. E sul loro esempio molti senior seguono la stessa strada.

1.2 Genere e generazioni: quali aspettative

Per comprendere a pieno le criticità ma anche le prospettive future del personale del SSN è necessario soffermarsi su due processi di medio-lungo periodo che stanno trasformando le professioni dall'interno, con un impatto significativo sul contesto esterno: si tratta del processo di femminilizzazione e di quello legato al ricambio generazionale. Pur nella consapevolezza che questi due processi debbano essere necessariamente letti assieme, sembra opportuno presentarli distintamente.

La questione di genere

Guardando alla femminilizzazione delle professioni sanitarie va preliminarmente osservato come sia un fenomeno ampiamente documentato dalla letteratura internazionale (General Medical Council 2016; Hossain et al. 2019; Haklai et al. 2013; Le TAN et al. 2017;). Nel terzo trimestre del 2020, la

³ Il tasso di non copertura delle borse di specializzazione riguarda settori strategici, quali Medicina di comunità e cure primarie (92%), Microbiologia e virologia (89%), Radioterapia (87%), Medicina d'urgenza (76%), Malattie infettive e tropicali (56%), Anestesia e rianimazione (53%). Hanno invece una richiesta di borse di studio che tende a saturare l'offerta Dermatologia con tassi di non copertura bassissimi: (1%) Cardiologia. (4%), Chirurgia plastica (4%), Oftalmologia (6%).

stragrande maggioranza degli operatori sanitari dell'UE è costituita da donne (78%). Tra gli Stati membri questa percentuale varia dal 61% in Grecia a oltre il 90% in Estonia e Lettonia (Eurostat 2021a). Tra i medici, nel 2018, vi era una leggera maggioranza di donne, quota che è aumentata negli ultimi tre anni fino a raggiungere il 52,2%. Nel 2021, 17 dei 26 Stati membri, per i quali sono disponibili dati, riferiscono di avere un numero di medici donna superiore a quello degli uomini⁴

In Italia, nel 2022, il 69,5% dei dipendenti del SSN è composto da donne, percentuale che sale al 70,2% considerando il solo personale sanitario (Ministero salute, 2023). Focalizzando lo sguardo sulla professione medica, la presenza di donne (nel SSN) si attesta al 52,4% sebbene, come ricostruisce Vicarelli (2008), la femminilizzazione sia un fenomeno piuttosto recente. Per tale professione, infatti è solo nel decennio '70 che la femminilizzazione ha subito un'accelerazione, quando la quota delle donne complessivamente esercenti la professione è passata dall'8,8% del 1971 al 23,2% del 1991, arrivando al 30,1% nel 2000 e al 42,7% nel 2018. Ciò è ben visibile suddividendo gli iscritti all'Ordine per coorti d'età: le percentuali femminili decrescono sensibilmente all'aumentare dell'età anagrafica dei medici mentre il picco maggiore si osserva nelle coorti più giovani. Secondo il Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato esse costituiscono il 43,3% dei medici che lavorano per il Servizio Sanitario nazionale.

Guardando alla professione infermieristica, le statistiche italiane evidenziano una tendenza al contrario, tanto da dover semmai parlare di maschilizzazione della professione. Oggi le donne iscritte alla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche rappresentano circa il 77% del totale, percentuale del tutto analoga alla quota di infermiere in forza al Servizio Sanitario nazionale. Si registra, contestualmente, un andamento altalenante della presenza maschile, che passa dal 22,3% nel 2007 al 27,9% nel 2012, per scendere al 22,2 nel 2022 (Ministero della salute 2023).

Il mutato equilibrio di genere della forza lavoro sanitaria impone due considerazioni.

La prima riguarda il permanere di una forte segregazione, soprattutto verticale, laddove le donne tendono ancora ad appartenere ai livelli inferiori delle gerarchie occupazionali (Kuhlmann e Annandale 2012; Riska 2003), essendo sottorappresentate nelle posizioni di leadership (a livello europeo soltanto il 25% riveste ruoli apicali) e sovrarappresentate nei lavori meno specializzati e meno retribuiti (QS 2021; WHO 2021; Gaiaschi 2019). Perché si possa effettivamente parlare di femminilizzazione, infatti, non è sufficiente che si verifichi una crescita numerica delle donne ma è necessario che si modifichino i meccanismi di regolazione informale delle professioni e le prassi operative che si sono definite attorno alle figure maschili che le hanno originate. È necessario, in altre parole, che la presenza delle donne coincida con un mutamento nel modo di concepire e di praticare la professione.

A ciò si collega la seconda considerazione, che è relativa alla scarsa attenzione dedicata all'impatto che la femminilizzazione può avere sul professionalismo (cioè sulle modalità di agire le professioni e, in ultima analisi, sull'identità professionale) e ancora di più sull'intera organizzazione del servizio sanitario, considerando che saranno proprio le donne a breve ad assumere ruoli di direzione.

La questione generazionale

Le due considerazioni appena esposte, legate alla questione di genere, ci permettono di introdurre il secondo processo trasformativo, legato al (mancato) avvicendamento di nuove generazioni di professionisti. Il lungo blocco del turnover (che ha costituito la principale modalità di contenimento di una spesa sanitaria in costante crescita) ha negato infatti l'accesso al SSN a molti giovani operatori, producendo significative ripercussioni sulla struttura demografica della forza lavoro. Tale aspetto è

⁴ In Finlandia (dati 2018), Croazia e Slovenia, più del 60% di tutti i medici erano donne, mentre in Romania e negli Stati membri baltici questa percentuale superava il 70%. Le quote maggiori di medici donne sono state registrate in Estonia (73%) e Lettonia (74%). La quota maggiore di medici uomini (61%) è stata invece registrata a Cipro. Percentuali relativamente alte di medici maschi sono state registrate anche in Grecia, Malta e Italia (tutte tra il 55% e il 57%). I divari più ridotti tra le quote dei due sessi - entrambi di 2 punti percentuali (pp) - sono stati osservati in Austria e Svezia (dati 2020) (Eurostat 2021b).

documentato dall'età media del personale sanitario attualmente in servizio. In gran parte dell'UE si assiste a un rapido invecchiamento della forza lavoro (sanitaria), poiché la generazione dei baby-boomer sta raggiungendo l'età della pensione. Nel 2021, in molti Stati membri dell'UE, la percentuale di medici di età pari o superiore a 55 anni era superiore al 40,0%; tra questi, la quota superava il 50,0% in Italia e Bulgaria (rispettivamente 55,2% e 53,6%) (Eurostat 2021b). Anche tra le altre categorie professionali la situazione non appare diversa: tra gli infermieri l'età media in Europa, è pari a 43 anni e varia da 41 anni in Germania, a 42 in Regno Unito e Finlandia, a 42,4 in Francia, a 43,5 in Irlanda, a 45 in Danimarca fino a 47 anni in Svezia. Guardando al caso italiano, le informazioni disponibili fotografano una situazione in linea con il quadro europeo. Il rapporto Oasi 2023 documenta un'età media complessiva di quasi 51 anni, oltre 3 anni in più rispetto al 2010. L'eterogeneità tra le categorie professionali è piuttosto evidente: tra i medici si attesta attorno ai 50,5 anni, tra il personale infermieristico ed ostetrico sui 46,8 anni, mentre tra il restante personale sanitario la media sfiora i 51 anni (Cergas 2023).

Non tutto va imputato, però, al blocco del turnover; è infatti necessario considerare anche il cambiamento culturale in atto e le specificità incarnate dalle nuove generazioni di professionisti. Tali specificità fanno sì, da un lato, che i giovani scelgano meno le carriere sanitarie (sebbene queste ultime continuino a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali); dall'altro, che quanti vi entrano lo facciano con motivazioni ed aspettative diverse dal passato, portando nel sistema valori del tutto inediti. Rispetto alla prima questione, è sufficiente osservare come, a fronte dell'aumento dei posti a bando per entrare nei corsi di laurea per le professioni sanitarie, le domande siano meno numerose, specie in alcuni corsi (Mastrillo et al. 2023). Nonostante un aumento di complessivi 1.455 posti nell'a.a. 2023/2024 (+4,4% sui 32.998 dello scorso anno), si è registrato un forte calo del numero delle domande, scese da 72.736 l'a.a. precedente anno a 66.686, con 6.050 domande in meno, pari al -8,3%. In termini di attrattività le 22 professioni continuano a mantenere un *appeal* molto diverso con fisioterapia, logopedia e ostetricia ampiamente attrattive (il rapporto Domande/Posti è rispettivamente pari a 6,8, 4,7 e 4,3) e altre meno (specie Assistente Sanitario e Terapista Occupazionale con un rapporto Domande/Posti inferiore a 1). Se per il terzo anno consecutivo il Ministero dell'Università ha messo a bando tutti i posti dell'offerta formativa proposti dalle Università, con un totale di 34.453, tale numero resta comunque inferiore al fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 giugno 2023 (stimato in 42.704 posti). La carenza è di -8.251 posti, pari al -19%, in prevalenza su Infermieristica per -6.840 posti, pari al -25% rispetto ai 26.899 del fabbisogno (Mastrillo et al. 2023).

Rispetto alla seconda questione, quella relativa alle culture generazionali, nonostante la rilevanza, essa sembra stata finora scarsamente considerata negli studi aventi ad oggetto il personale sanitario: se l'obiettivo è quello di rilanciare il sistema e renderlo maggiormente attrattivo, è fondamentale capire quali siano le motivazioni, le aspettative, i valori, quindi, in definitiva, le culture che queste generazioni esprimono anche in ambito medico e non medico. Gli studi sulle generazioni, benché ancora in corso, sembrano far emergere alcune primissime indicazioni che tematizzano il cambiamento valoriale dei giovani e un mutato approccio al lavoro di cui occorre tener conto. Le generazioni attualmente presenti nel mercato del lavoro sanitario sono quattro:

- i *baby boomers* (nati tra 1946-1964), generazione ormai residuale, sono descritti come fedeli all'etica professionale e all'organizzazione per cui lavorano. Questi professionisti attribuiscono molta importanza alla gerarchia e allo status, ma anche al benessere materiale, reso possibile grazie all'esercizio della professione che hanno scelto di esercitare (Bujak 2009). Valutano per contro come meno rilevanti gli aspetti legati alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, quali la flessibilità oraria e le ferie (Potts 2014). Lavorare alle loro dipendenze è tutt'altro che semplice in quanto, da un lato, possiedono un elevato livello di autostima; dall'altro sono oltremodo critici ed esigenti nei riguardi di quanti esprimono punti di vista differenti dai loro (Lim e Epperly 2013);

- i *Gen X* (nati tra 1965-1980), che rappresentano il segmento numericamente maggiore della forza lavoro, incarnano caratteristiche profondamente diverse rispetto ai loro predecessori. Essi, infatti, non si identificano con la professione e il *work life balance* rappresenterebbe un principio

assoluto tanto che lo privilegiano rispetto alla remunerazione economica (Lim e Epperly 2013). Sono flessibili e attratti dalla opportunità di cambiare posto di lavoro, essendo più fedeli ai principi che non all'organizzazione (Borges *et al.* 2006).

- i Millennials (nati tra 1981-1999), sono descritti come soggetti dotati di un forte senso di identità di gruppo; predisposti al lavoro in team e desiderosi di costante apprendimento; si aspettano di lavorare in organizzazioni diverse e sono alla costante ricerca di nuove opportunità. Come i *Gen X*, non rinunciano all'equilibrio tra lavoro e vita privata e apprezzano la flessibilità intesa in termini di orari; esigono, infine, di essere valutati in base all'outcome e non al numero di ore lavorate (Elam *et al.* 2011; De Maria 2013).

-i Gen Z (nati tra 2000-2010), appena entrati nel mercato del lavoro (molti stanno ancora studiando), sono i nativi digitali, esperti di tecnologia che esigono efficienza ed innovazione. Sembrerebbero ancora più work-life-balanced rispetto ai loro predecessori e presterebbero molta attenzione al benessere personale. I membri della Generazione Z vengono descritti come ultramobili (non più alla ricerca di un lavoro stabile) chiedendo di poter scegliere come vivere la propria professione senza esserne assoggettati, nell'idea che il lavoro debba essere appagante e non estenuante. Grazie al loro stretto rapporto con il mondo digitale, sembrano in grado di gestire più compiti contemporaneamente.

1.3 Una risorsa senza valore

La remunerazione di medici e infermieri è citata abitualmente come una delle cause principali alla base della scarsa attrattività delle professioni mediche e infermieristiche e della “fuga” all'estero del personale sanitario. Attraverso una comparazione con gli altri paesi europei e un focus specifico sul contesto italiano, l'analisi condotta nelle pagine seguenti mette in evidenza come la retribuzione e la spesa per il personale degli ultimi quindici anni rappresentino uno degli elementi principali in cui si esprime la bassa valorizzazione delle risorse umane nella sanità italiana.

Il confronto con gli altri paesi europei

Per le comparazioni internazionali, è disponibile il database Ocse (Oecd, 2024), che riporta i redditi annuali di medici e infermieri, pur avendo alcune limitazioni: tra queste, la principale è che non sono disponibili i dati italiani relativi al reddito dei medici di medicina generale, che qui non consideriamo⁵. Nella comparazione dei redditi andrebbe poi tenuto conto di elementi cui, in questa sede, solo accenniamo, tra i quali figurano il livello di tassazione della professione medica, che può essere anche molto differente nei vari paesi, o la composizione interna per età della professione, che può rendere assai diverso il significato di uno stesso livello di reddito.

Se osserviamo il reddito medio annuale dei medici specialisti a parità di potere d'acquisto (PPP), nel 2022 i medici italiani hanno guadagnato 116.483,58 dollari (\$), e si collocano dell'8% al di sotto della media dell'UE più il Regno Unito (\$126.636,79) (si veda appendice statistica). Rispetto a questa media, la variabilità è molto forte, andando da Olanda e Germania (rispettivamente +66% e +64% rispetto alla media) fino a Portogallo e Grecia (oltre il 40% in meno rispetto alla media europea) e Polonia (-51%). Le differenze nel reddito annuale sono quindi abbastanza evidenti (si veda appendice statistica).

Se limitiamo il confronto ai paesi UE dell'Europa Occidentale e includiamo la Svizzera (si veda appendice statistica), il divario dell'Italia rispetto alla media dei paesi considerati sale (-18%), mentre il paese in cui i medici specialisti hanno un reddito medio annuale più alto risulta la Svizzera (oltre il 65% rispetto alla media europea di \$148.793,15). In questo caso, l'Italia si trova tra i paesi in cui il reddito è minore, seguita solo da Portogallo e Grecia. Le differenze sono eclatanti rispetto a paesi

⁵ Oltre a questo, i dati non tengono conto pienamente di bonus e di altre forme di retribuzione integrativa, in particolare per alcuni paesi, tra cui l'Italia. Inoltre, la separazione tra “employed” (coloro che ottengono almeno la maggioranza del proprio reddito da uno stipendio o salario) e “self-employed” (coloro che non rientrano nella prima categoria) può sovrastimare il numero di professionisti.

come Svizzera, Olanda, Germania, Irlanda e rilevanti anche con Danimarca e Regno Unito, ben più attrattivi, ma esistono anche con la Spagna, rispetto alla quale il divario cresce progressivamente negli ultimi anni.

Guardando alle tendenze esistenti (si veda appendice statistica), dal 2010 ad oggi, nel reddito annuale degli specialisti in Italia e in alcuni paesi europei ad essa comparabili per popolazione e peso economico (Francia, Germania, Regno Unito e Spagna), si nota una crescita generalizzata, molto forte in alcuni casi, come la Germania e la Spagna che pure hanno livelli di reddito assai diversi tra loro, e molto meno in altri, come Regno Unito e Italia. In particolare, nel caso italiano la crescita del reddito medio annuale comincia di fatto dopo il 2015, facendo seguito ad una fase di stagnazione (o addirittura di riduzione), legata alle forti politiche di austerità avviate dopo la crisi del 2008-09 e la crisi del debito pubblico del 2010-11 (vedi più avanti). Interessante, al riguardo, la diversità con il caso spagnolo, in cui la crisi del debito pubblico ha avuto egualmente un impatto molto forte sulla finanza pubblica, come è noto, ma in cui questi dati evidenziano una dinamica assai differente, e ben più favorevole, nei redditi degli specialisti. Inoltre, tra i cinque paesi sono evidenti le differenze nel livello di reddito annuale tra Germania e Regno Unito, da un lato (e pur con un divario crescente a favore della Germania), Francia, Spagna e Italia, dall'altro.

Questi due gruppi distinti sono visibili anche se consideriamo il trend nel reddito annuale, negli stessi paesi, misurato non più in dollari a parità di potere d'acquisto (si veda appendice statistica) ma semplicemente in dollari convertiti al tasso di cambio. In questo caso le dinamiche nel corso del tempo appaiono altalenanti, con una ripresa generalizzata dopo il 2015. Italia e Spagna hanno trend piuttosto simili, seppure nel caso spagnolo il reddito tenda ad essere più elevato di quello italiano nella seconda parte del decennio, a differenza di quanto accadeva nel passato. Va infine rilevato come in Italia il reddito medio annuale degli specialisti nel 2020-22 sia ancora considerevolmente più basso di quello rilevato nel 2010.

Per gli infermieri, se consideriamo i paesi UE per i quali i dati sono disponibili (mancano in particolare l'Austria e alcuni paesi dell'Europa Centro-Orientale), più la Svizzera e il Regno Unito (si veda appendice statistica), a fronte di una media di 54.294,53 dollari (a parità di potere di acquisto) nel 2021, l'Italia si colloca oltre il 22% al di sotto di tale media, non molto distante dalla Francia (16-17%) e invece con assai lontana da Germania e Svizzera, che si trovano sopra la media europea rispettivamente del 12% e del 16%⁶. I dati mostrano una variabilità molto elevata, che va, per il 2021, dal Belgio (con un reddito annuale che è più alto della media di circa il 75%) al Portogallo (-40%). L'Italia si colloca tra i paesi europei in cui il reddito medio annuale è più basso, assieme a Grecia, Portogallo e ai paesi dell'Est.

Passando ad osservare i trend del reddito annuale (in dollari, a parità di potere d'acquisto) dal 2010 al 2023 (o l'anno più recente disponibile), in alcuni paesi europei (compresa la Svizzera) si può vedere come in Italia questa cominci solo dal 2015, dopo una fase di stagnazione ed anche di riduzione del reddito annuale, caso unico tra i paesi considerati. Tra questi, è la Germania ad avere i livelli più elevati pur collocandosi al di sotto di Belgio e Olanda (si veda appendice statistica).

Va sottolineato anche l'aumento molto sostenuto del reddito degli infermieri spagnoli, che si colloca al di sopra non solo di quello dei colleghi italiani, ma anche di francesi e britannici. Se utilizzassimo altre misure, qui non riportate, come il reddito annuale in dollari convertiti a tasso di cambio, il reddito medio degli infermieri spagnoli sarebbe assai più basso, ma risulterebbe sempre superiore a quello degli infermieri italiani (\$41.865,2 contro \$34.523,14 nel 2022, sempre in base a Oecd, 2024).

Il caso italiano: costo del lavoro, retribuzioni e contratti di lavoro

⁶ Nel caso della Germania qui il confronto è effettuato con il dato 2018 (e non del 2021 come per gli altri paesi), perché non sono disponibili i dati per il periodo 2019-2021. È però disponibile il dato 2022, che evidenzia un reddito annuale degli infermieri ospedalieri tedeschi pari a \$73.195,89, che la colloca al terzo posto dopo Belgio e Olanda.

Dai dati illustrati nella sezione precedente emerge come, in Italia, per il personale sanitario il decennio precedente la pandemia abbia rappresentato, nella sua prima parte, una fase di stagnazione o di calo dei redditi, seguita da una crescita contenuta che, anche dopo il 2020-21, non ha ridotto il divario con i paesi europei a noi comparabili per popolazione e peso economico; semmai lo ha anzi aumentato complessivamente (si veda appendice statistica). Questa affermazione è confermata e rafforzata dall'analisi dell'andamento del costo del lavoro e delle retribuzioni nel nostro paese.

Il Conto Annuale sul pubblico impiego 2022 e l'analisi svolta dalla Rgs (Mef-Rgs 2023) riportano una serie di informazioni sul costo del lavoro del personale del SSN nel periodo 2013-22. Sono evidenti le dinamiche penalizzanti per il personale sanitario, soprattutto nei primi anni del periodo considerato. Innanzitutto, il costo complessivo del lavoro del personale del SSN (inclusi i medici) passa dal 24,9% del costo totale del lavoro pubblico nel 2013 al 24,6% del 2022, un livello inferiore al 2013. All'interno del periodo considerato, si ha prima una flessione e poi una forte crescita successiva al 2019, che arriva al picco del 25,4% nel 2021, non confermato nel 2022.

Il costo del personale sanitario (medici inclusi) passa da 39.486 milioni di euro nel 2013 a 44.292 milioni di euro nel 2022 (+12,2%), con un aumento realizzato quasi interamente negli anni 2020 e 2021 (si veda appendice statistica). I dati evidenziano il differente andamento della prima parte del decennio, con tassi di crescita annuali negativi, rispetto alla seconda parte, in cui comunque gli incrementi sono contenuti. Tra il 2021 e il 2022 (il dato più recente disponibile) la crescita risulta dell'1,2%, una percentuale bassa dopo i due anni di emergenza pandemica (Mef-Rgs 2024).

Anche la spesa per le retribuzioni lorde del personale atempo indeterminato conferma le caratteristiche del periodo 2013-2022. Le politiche di contenimento prevalgono per diversi anni, per cominciare a cambiare dal 2017-18 e conoscere una vera e propria inversione nel 2020-21 (non si sa quanto duratura). Tra il 2013 e il 2022, la spesa per le retribuzioni lorde passa da 26.661 a 28.672 milioni di euro (+7,5%, lo stesso valore percentuale del complesso del settore pubblico). Fino al 2017 i tassi di variazione annuale sono negativi, per poi cominciare a crescere e avere un picco nel 2022 (+3,5% rispetto al 2021), per effetto delle assunzioni straordinarie oltre che dei bonus e incentivi al personale sanitario del periodo pandemico (vedi Mef-Rgs 2024, pp. 89-90). Passando poi ad osservare l'andamento delle retribuzioni medie annue lorde per dipendente tra il 2013 e il 2022 (si veda appendice statistica), si può notare come, nel periodo considerato, la retribuzione media annua lorda nella sanità sia aumentata complessivamente dell'11,5%, una quota pari alla media di tutto il settore pubblico. Nel 2022, il valore della retribuzione media dell'area Sanità (€43.081) risulta maggiore di quello del complesso del settore pubblico (€38.506), nonché di quello di altre aree contrattuali come la Scuola, le Funzioni Centrali e quelle Locali, probabilmente grazie alla presenza più ampia di personale altamente professionalizzato.

In assenza di rinnovi contrattuali, le retribuzioni medie annue per dipendente nel SSN rimangono pressoché invariate tra il 2013 (€38.653) e il 2017 (€38.720), per poi salire dell'1,7% nell'anno seguente e in modo assai più consistente in quelli successivi (Mef-Rgs 2024). Se l'incremento del 2019 (+ 6,4%) è in gran parte legato all'inclusione nel calcolo dell'indennità di esclusività, l'aumento del 2020 rispetto al 2019 (+1,9%) è dovuto agli incentivi riconosciuti al personale nell'emergenza pandemica. La riduzione fatta registrare nel 2021 è dovuta al notevole ricambio del personale, con un elevato numero di assunzioni e cessazioni di personale inserito quindi nelle fasce retributive meno elevate (Mef-Rgs 2024, p. 101). Nel 2022 la retribuzione media riprende a salire, pur in modo moderato (+1,7% sul 2021).

Agli andamenti del costo del lavoro e delle retribuzioni nel periodo 2013-2022 hanno fortemente contribuito le politiche di austerità nella finanza pubblica condotte dopo la crisi del debito sovrano del 2010-11 (Bordogna e Neri 2014). In particolare, sulla dinamica retributiva hanno inciso le misure introdotte nei pacchetti di austerità del 2010-2012 (soprattutto quelle contenute nell'art. 9 del D.L. 78/2010), poi sostanzialmente prorogate e proseguite fino al 2015. Tra tali misure ricordiamo il blocco della contrattazione collettiva per la sua parte economica e la sterilizzazione degli effetti dei rinnovi della parte normativa; il blocco dei meccanismi di adeguamento retributivo, classi e scatti di stipendio, nonché delle progressioni di carriera, comunque denominate; il limite massimo e la

riduzione dell'ammontare delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale; il blocco dei trattamenti economici individuali (si rimanda a Camera dei Deputati 2022).

Dopo la sentenza n. 178 del 24 giugno 2015, che ha dichiarato la sopravvenuta illegittimità della prosecuzione del blocco della contrattazione collettiva, il ciclo dei rinnovi contrattuali si è rimesso in moto. Il 21 maggio 2018 è stato firmato il CCNL 2016-18 del comparto sanità e il 19 dicembre 2019 quello della dirigenza medica e sanitaria. Entrambi i contratti hanno previsto un aumento medio a regime delle retribuzioni del 3,48%. I successivi contratti, per il triennio 2019-2021, sono stati sottoscritti il 2 novembre 2022 per il comparto sanità (aumento medio del 4,38%, a regime) e il 23 gennaio 2024 per la dirigenza medica e sanitaria (€135 lordi mensili di tabellare per tutti, più le indennità di specificità medica, la retribuzione di posizione e le eventuali indennità di struttura complessa, con un incremento medio complessivo del 3,78%, a regime) (art. 85, co.3, CCNL 2019-2021 dirigenza medica e sanitaria; Mef-Rgs 2024).

Le dinamiche contrattuali del SSN hanno una forte influenza anche sui contratti della sanità privata, con retribuzioni mediamente inferiori del 20-30%. Oltre al blocco della contrattazione nel SSN, nello scorso decennio hanno influito negativamente sui contratti della sanità privata anche le politiche di (forte) contenimento della spesa pubblica e, in particolare, delle tariffe SSN per le prestazioni fornite dal privato accreditato. Il principale contratto della sanità privata è il CCNL AIOP-ARIS-Don Gnocchi, rinnovato per il triennio 2016-18, l'8 ottobre 2020, dopo ben 14 anni di attesa. ARIS ha poi un CCNL per l'area della dirigenza medica (CCNL ARIS-CIMOP, con adesione della CGIL), rinnovato, per il 2020-2023, il 7 ottobre 2020 (dopo 15 anni). Vi sono poi altri contratti nel settore privato, soggetto ad una crescente frammentazione, soprattutto nel settore della diagnostica e specialistica ambulatoriale, con una tendenza all'utilizzo anche di contratti non di settore (Mori e Neri 2020). Per compensare il divario con il SSN, e incentivare la permanenza al proprio interno del personale sanitario, i gruppi ospedalieri più importanti adottano un proprio contratto aziendale che, con vari meccanismi, può garantire compensi in linea o anche migliori di quelli della sanità pubblica.

1.4 Formarsi: come e perché

Una crisi che viene da lontano

Il tema della crisi e della necessaria trasformazione dei sistemi educativi delle professioni mediche e sanitarie percorre tutto il decennio che precede la pandemia da SARS-CoV-2. A partire dall'allarme lanciato dal Lancet nel 2010, un gran numero di istituzioni pubbliche e private, nonché singoli studiosi a livello mondiale, portano all'attenzione dei decisori politici il problema (non procrastinabile) dei limiti e delle insufficienze della formazione del personale della cura.

Cento anni fa, scrive la Commissione Lancet (*Education of Health Professionals for the 21 Century*), una serie di ricerche sulla formazione dei professionisti in ambito sanitario, guidate dal Rapporto Flexner del 1910, ha innescato riforme rivoluzionarie attraverso l'integrazione della scienza moderna nei programmi di studio universitari. Tali riforme hanno fornito agli operatori della salute le conoscenze che hanno contribuito a raddoppiare la durata della vita nel corso del XX secolo. All'inizio del XXI secolo, tuttavia, persistono evidenti lacune e disuguaglianze in materia di salute sia all'interno dei paesi che tra i vari paesi, a riprova della incapacità collettiva di condividere equamente i drammatici progressi raggiunti in tale campo. Allo stesso tempo, si profilano nuove sfide: rischi ambientali e comportamentali, in un momento di rapide transizioni demografiche ed epidemiologiche, minacciano la sicurezza sanitaria di tutti, mentre i sistemi sanitari, più complessi e costosi, lottano per farvi fronte. La formazione professionale non ha tenuto il passo con queste sfide, in gran parte a causa di programmi frammentati, obsoleti e statici che producono laureati mal attrezzati ad affrontare la situazione emergente. I problemi sono sistemici: disallineamento delle competenze rispetto alle esigenze dei pazienti e della popolazione; scarsa collaborazione tra professionisti; persistente stratificazione professionale in funzione del genere e dei ruoli; eccessivo tecnicismo senza una comprensione contestuale più ampia; interventi episodici piuttosto che una

effettiva presa in carico; orientamento ospedaliero predominante a scapito delle cure primarie. Lodevoli sforzi per rimediare a queste carenze sono stati perlopiù vani a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, cioè la tendenza ad agire isolatamente o addirittura in concorrenza tra loro (Frenk et altri 2010). Si tratta, come è evidente, di una presa di posizione molto decisa alla quale fanno seguito numerose iniziative per promuovere e ampliare l'agenda delle riforme relative alla formazione dei professionisti della salute (Zodpey e Anjali 2014), fino a giungere alla 66° Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in cui si chiede esplicitamente agli Stati membri di sviluppare politiche integrate e internazionali al fine di assicurare che “health workforce education and training contribute to achieving universal health coverage” (WHO 2013, 2).

Una formazione difficile da valutare

A presiedere alla qualità della formazione medica è, in realtà, dal 1972, la World Federation for Medical Education (WFME), fondata dalla WHO e dalla World Medical Association (WMA), cui si affianca in Europa l'AMEE (Association for Medical Education in Europe). Quest'ultima, attraverso il programma ASPIRE (International Recognition of Excellence in Medical Education), seleziona, a partire dal 2012, pratiche di eccellenza in nove differenti ambiti: la valutazione degli studenti; il coinvolgimento degli studenti; la responsabilità sociale; lo sviluppo delle facoltà; la metodologia delle simulazioni; gli ampliamenti del curriculum; l'apprendimento basato sulle tecnologie; la collaborazione internazionale; nuovi approcci alla formazione in area medica. In Italia, dal 1984 opera la Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) con lo scopo di favorire lo sviluppo, il coordinamento e la valorizzazione delle conoscenze, delle ricerche e degli studi nell'ambito pedagogico, nonché la diffusione dei principi di questa disciplina nella formazione del medico e del personale sanitario. Utilizzando prevalentemente le sue pubblicazioni, da ultimo la rivista TUTOR, la SIPeM intende produrre misurabili miglioramenti nella cultura e nei servizi sanitari del Paese. Nel tempo l'associazione è diventata il soggetto con il quale collaborano stabilmente le Conferenze permanenti dei Presidenti dei Corsi di Laurea in medicina e dei Corsi di Laurea magistrali e triennali per le Professioni sanitarie. Le Conferenze sono chiamate a svolgere funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo della didattica nelle Facoltà di area medica, mentre spetta alla SIPeM l'approfondimento scientifico e culturale sulla formazione dei professionisti della salute. Un impegno oneroso per una associazione libera e senza scopo di lucro, al punto che in molti, prima della pandemia, evidenziano la debolezza intrinseca di tale sistema e soprattutto lo scarso rilievo riconosciuto a chi si occupa delle modalità di formazione degli operatori sanitari, con la conseguente scarsa presenza nella pubblicistica internazionale (Consorti et al. 2021).

Un percorso formativo in cerca di miglioramento

L'attuale ordinamento didattico dei Corsi di laurea in medicina e chirurgia fa riferimento al DM 270 del 22 ottobre 2004 che ne stabilisce la durata in 6 anni con l'acquisizione di 360 crediti formativi universitari (CFU). Da allora, ci si è sforzati di diminuire l'enfasi sulla mera acquisizione di conoscenze attraverso lezioni *teacher-centred* per applicare un modello *student-centred* basato ampiamente sulla acquisizione di competenze. Si è cercato, nello specifico, di superare la tipica struttura proposta dal rapporto Flexner nel 1910 (con scienze di base nei primi anni e scienze cliniche negli anni successivi) per adottare una modalità in cui le esperienze cliniche sono offerte fin dall'inizio del percorso formativo che dovrebbe articolarsi, in seguito, in modo più empirico e clinico, attraverso metodologie basate su simulazioni e pratiche di piccolo gruppo. Si tratta di una struttura che adotta un modello bio-psico-sociale di salute che integra il classico modello bio-medico. Come scrivono Consorti e colleghi (2021, p.3) “the aim is the education of a medical practitioner with the best technical, operational, and relational skill and knowledge, rooted in the values of professionalism, to allow the graduate a fair and effective integration in today's complex healthcare system”. Per quanto riguarda la formazione post-laurea, in Italia non esiste un programma comune e formale di specializzazione, come il Foundation Program in GB, così che una volta laureatosi un medico può

accedere direttamente ad ogni scuola di specializzazione, previo il superamento di un test nazionale e l'inserimento in una specifica graduatoria.

I corsi di laurea delle professioni sanitarie sono incardinati all'interno delle facoltà di medicina, dove si prevedono quattro classi di Corsi di studio (Cds): classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica; classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione; classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche; classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione. Ogni Corso, della durata di 3 anni (180 CFU), prevede attività didattiche di tipo frontale, attività di didattica elettiva, attività integrative e attività formative professionalizzanti e di tirocinio, tutte obbligatorie. Le attività professionalizzanti devono esclusivamente svolgersi, attraverso forme di didattica a piccoli gruppi, con ampi gradi di autonomia per lo studente, sotto la responsabilità di un tutor appartenente allo specifico profilo professionale e devono mirare a facilitare l'acquisizione di abilità professionali e di attitudini relazionali/comportamentali necessarie al raggiungimento di una autonomia professionale, decisionale e operativa prevista nei vari ruoli ed ambiti professionali. Il DM 270/04 ha introdotto i Corsi di laurea magistrali per le professioni sanitarie (al posto dei Corsi specialistici) che si aggiungono, con due anni di formazione (120 CFU), ai quattro percorsi triennali già stabiliti.

Il programma nazionale di educazione continua (E.C.M.) (con inizio nel 2002) riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica. Il programma nazionale (gestito dall'Agenas) prevede che l'E.C.M. sia controllata, verificata e misurabile, oltre che incoraggiata, promossa ed organizzata tanto a livello regionale che ordinistico.

Le sfide prima della pandemia

Tale sistema formativo presenterebbe (secondo gli esperti del settore), prima della pandemia, tre aree critiche: strutturale, culturale e funzionale (Consorti et al. 2021).

Dal punto di vista strutturale, l'inadeguatezza architettonica degli spazi didattici appare tanto più evidente quanto più il lavoro di formazione avviene (o dovrebbe avvenire) attraverso laboratori e piccoli gruppi di studio. Sul piano culturale, le criticità andrebbero individuate in forme persistenti di idealismo e paternalismo che ostacolerebbero modalità di formazione più empiriche e centrate sugli studenti (Consorti et al. 2021). Al tempo stesso scarsa sarebbe l'attenzione alla formazione continua utilizzata in modo spesso vago e inefficace. Sul piano funzionale, invece, va evidenziato un rapporto troppo alto tra studenti e docenti (peraltro con un divario generazionale notevole) che è andato peggiorando nel decennio 2000-2019 con la diminuzione del personale docente a seguito delle politiche di defianziamento del SSN e a fronte di un incremento nel numero dei posti programmati (per medicina e odontoiatria 10.972 nel 2014-15 e 12.567 nel 2019-20) (si veda l'appendice statistica). Nello specifico, i dati relativi all'a.a. 2013-2014 e quelli dell'a.a. 2019-2020 dimostrano un rapporto relativamente alto tra docenti/studenti pari a 1/27,4 circa (+0,7). In questi anni, peraltro, aumentano i Corsi di laurea in medicina che sono 55 nell'a. a. 2011/12 (di cui 3 non statali: Campus Bio-Medico e Cattolica di Roma, Università San Raffaele di Milano) e che diventano ben 69 nell'a. a. 2019/20. L'incremento di 14 unità è dovuto quasi nella totalità dei casi (tranne uno a Palermo) alla istituzione di corsi di laurea in inglese e alla creazione di due nuove sedi universitarie private (Humanitas e Saint Camillus International) (Agenas 2024). Nello stesso anno accademico, i corsi di laurea per le professioni sanitarie ammontano a 433 di cui 22 privati con un numero di posti pari a 25.286 di cui 1.233 non statali. Le domande per i corsi delle professioni sanitarie risultano, sempre nel 2019/20, pari a 79.155 con una ratio di 3,1. Per la parte medica, le domande sono 94.499 su 12.567 posti (medici e odontoiatri) con una ratio di 7,5 (si veda l'appendice statistica). Si tratta di un numero di posti inferiore al ricambio generazionale, così come risulterà evidente durante la crisi pandemica.

Le azioni formative durante la pandemia

L'OMS, in un report pubblicato nel 2022 (WHO Regional Office for Europe 2022), tenta di sistematizzare le politiche messe in atto dagli Stati europei in merito alla gestione delle risorse umane

durante il periodo pandemico. Accanto a strategie di “massimizzazione” delle risorse esistenti (cancellando i part time, le esenzioni per i turni notturni, i congedi ecc.), di “ampliamento” degli organici (reclutando i laureati/specializzandi, gli inattivi, i professionisti del privato o formatesi all'estero) e di “rafforzamento” del personale esistente, vengono individuate azioni finalizzate alla “riqualificazione e alla riconversione” degli operatori sanitari con lo sviluppo di nuove competenze e l'uso accelerato della tecnologia digitale. Si tratta di modifiche che vengono messe in atto rapidamente per sostenere i nuovi modi di lavorare richiesti dalla pandemia, superando la resistenza delle organizzazioni professionali e sviluppando programmi di formazione ad hoc. D'altro canto, già a partire dal 2020, l'AMEE avvia open-access webinar a supporto del sistema educativo per condividere buone pratiche in merito ai modi di affrontare la pandemia da COVID 19. Se per l'AMEE l'obiettivo nel breve periodo è quello di non lasciare nessuno fuori dal sistema educativo, offrendo nuove pratiche e conoscenze, secondo la WHO è importante che queste azioni, relative ai cambiamenti nel mix di competenze, alla ripartizione dei compiti e al trasferimento delle mansioni, non rimangano isolate, ma diventino parte di misure strategiche per costruire un percorso formativo più efficace. In Italia, in mancanza di un piano centralizzato di interventi formativi, si avviano molte esperienze regionali ed aziendali con caratteri spesso innovativi di tipo multiprofessionale e multidisciplinare, che restano, tuttavia, frammentate e isolate.

1.5 Benessere versus malessere

Aggressività e violenza prima della pandemia

Nei primi mesi del 2020 il World Medical Association definisce la violenza nei riguardi del personale sanitario “an international emergency that undermines the very foundations of health systems and impacts critically on patient's health” (WMA 2020). Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce tale violenza come ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Un numero crescente di studi e di metanalisi su questo tema rivela che, negli anni precedenti la pandemia, la situazione è globalmente estesa e assume aspetti preoccupanti in molti paesi orientali e occidentali (Liu et al. 2019). Le conseguenze sono molteplici e vanno da decessi e lesioni gravi a depressione, disturbi post traumatici da stress, maggiore uso delle forme di medicina difensiva, con una forte influenza nello sviluppo di burnout, minore sicurezza per i pazienti e maggiori eventi avversi (Vento et al. 2020). I settori più a rischio sono quelli dell'emergenza/urgenza e della salute mentale, nonché postazioni isolate o strutture poco controllate e con poche misure di prevenzione. I fattori scatenanti vanno ricercati nelle forme di comunicazione con il paziente e nel poco tempo dedicato ad esse da parte degli operatori sanitari, lunghe attese in zone sovraffollate, mancanza di fiducia nei sistemi sanitari e nei trattamenti proposti o eccessive aspettative da parte dei pazienti, ma anche limiti nel professionalismo degli operatori e nelle modalità organizzative delle strutture sanitarie.

In Italia, dal 2018 al 2019, si fa intensa la preoccupazione nei riguardi della violenza verso i medici e le professioni sanitarie al punto che le stesse associazioni ordinarie e sindacali si fanno carico di misurarne l'entità attraverso indagini apposite. In realtà, il tipo di ricerche condotte non permette di capire se effettivamente si assiste ad un aumento dei casi di aggressione e quanto pesi tale incremento. Nella ricerca Fnomceo (2018), in quella dell'Anao (2018) e in quella effettuata da Nursing up (2019) non si chiede se gli operatori ritengono che vi sia stato un aumento delle aggressioni negli ultimi anni, in quanto le rilevazioni si riferiscono ai 12 mesi precedenti. Il “Dossier Violenza”, curato dall'Esecutivo Nazionale FIMMG Settore Continuità Assistenziale e redatto sulla base delle denunce effettuate, è l'unico che tende a coglierne la dimensione temporale (FIMMG 2019). Secondo tale rilevazione, dal 1984 fino al 2005 si contano uno o due casi all'anno (talvolta nessuno), dal 2006 il numero cresce mantenendosi su una media di 4,5 casi annui con una punta di 12 nel 2009 e di 10 nei primi tre mesi del 2019. Il dato resta, dunque, incerto, anche se verosimilmente l'incremento vi è stato ma al tempo stesso ne è aumentata la percezione. Neppure sulla consistenza del fenomeno si hanno dati certi. Infatti, nessuna delle tre indagini è effettuata su un campione rappresentativo, inoltre

almeno due su tre sono effettuate attraverso un questionario inserito nel sito dell'associazione di categoria che ha commissionato la ricerca il che seleziona sia il tipo di operatore sia il fatto che abbia voluto rispondere al questionario, magari perché aveva ricevuto una aggressione. Ciò significa che il dato potrebbe essere sovrastimato. Tuttavia, il numero di casi che ne risulta è alto in quanto riguarderebbe, per le aggressioni verbali, più del 40% degli operatori che hanno risposto ai tre sondaggi. Tali indagini, seppure non rappresentative, evidenziano come le aggressioni avvengono essenzialmente da parte dei pazienti o dei familiari, piuttosto che da parte dei colleghi o superiori nell'ambito del lavoro. Per la Fnomceco che raccoglie la testimonianza di 5.024 operatori (di cui il 73% medici) 720 sarebbero state le aggressioni verbali provenienti da colleghi e superiori, contro 2.663 da pazienti o dai loro familiari (in questo caso quasi la metà dagli uni e dagli altri). Ugualmente le aggressioni fisiche sarebbero venute in 182 casi dai pazienti o familiari (127 e 55 rispettivamente), in 22 casi da colleghi/superiori. Nel caso della indagine condotta da Nursing up e riguardante, fino a luglio 2019, 1.010 iscritti (quindi personale delle professioni sanitarie) le violenze fisiche risultano provenire in 103 casi da pazienti e familiari (soprattutto dai primi) e in 9 casi da colleghi o superiori. Per quanto riguarda la violenza verbale essa è venuta in 311 casi da pazienti e familiari (158 e 153 rispettivamente) in 158 casi da colleghi o superiori (81 e 87).

Stante questa situazione non meraviglia che, in piena pandemia e di fronte alla nuova e difficile situazione in cui si trova il personale sanitario, venga emanata una legge a lungo attesa: *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*” (legge 14 agosto 2020, n. 113). La normativa prevede l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (ONSEPS), con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti. L'Osservatorio, istituito con il DM del 13 gennaio 2022, produce ogni anno un rapporto sulle attività svolte da cui si desume (al momento) lo sforzo di identificare la letteratura internazionale, le fonti e gli strumenti di rilevazione che coinvolgono una pluralità di soggetti pubblici e privati nel tentativo (ancora in fieri) di cogliere la complessità del fenomeno, nonché la sua diffusione e distribuzione sia settoriale che regionale (Ministero della salute 2024).

Stress e burnout in pandemia

In uno scenario già critico per le difficili condizioni di lavoro vissute dagli operatori, sia in termini di relazioni sempre più aggressive e violente con l'utenza, sia in termini di carichi e orari di lavoro, si innesta l'emergenza legata all'avvento del Covid-19 che inevitabilmente esaspera le criticità, producendo pesanti ricadute sia sul piano fisico che sul piano psicologico. A livello fisico, la pandemia mina fortemente la salute degli operatori: stando ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità (2021), da inizio pandemia alla metà di aprile 2021 risultavano contagiati 130.849 operatori (per il 70,2% donne) con una concentrazione maggiore nelle fasce d'età 50-59 (30,2%) e 40-49 (26,7%). I deceduti ammontavano a 316 unità: in questo caso erano gli uomini ad essere maggioranza (69,6%) e la fascia d'età più colpita quella degli operatori tra 60 e 69 anni (42,5%). Da un confronto temporale (marzo 2020-aprile 2021) si osserva una crescita costante dei contagi e dei decessi in corrispondenza dei picchi pandemici. Più o meno stabili risultano, invece, le differenze di genere sia in relazione ai contagi, che riguardano in modo costantemente maggiore le donne (essendo del resto esse maggioranza tra gli operatori), sia in relazione ai decessi che, per contro, hanno colpito in misura più significativa gli uomini. I dati dell'INAIL (2021, basati sulle denunce di infortuni), scendendo più nel dettaglio in relazione all'attività svolta e al genere, evidenziano come siano i professionisti della salute a registrare il maggior numero di denunce (42,0% dei casi codificati): tra le figure più colpite le infermiere (81,1% dei casi della categoria) e le fisioterapiste (5,8%). Segue la categoria delle operatrici sociosanitarie, con il 22,4% dei casi, e, con l'8,9%, quella delle lavoratrici qualificate nei servizi personali e assimilati (in prima linea ci sono le operatrici socioassistenziali che rappresentano il 78,4% dei casi). Il 6,3% dei casi riguarda, invece, i medici e il 5,0% le lavoratrici non qualificate nei servizi di istruzione e sanitari (di cui l'84,2% è rappresentato dalle ausiliarie ospedaliere e sanitarie). Oltre ai contagi, da inizio pandemia sono complessivamente 383 i medici deceduti per

Covid-19 (Fnomceo 2024) per oltre la metà professionisti impegnati sul territorio), mentre secondo la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, gli infermieri che hanno perso la vita nel corso della pandemia sono circa 90 (QS 2023).

Accanto alle ricadute sul piano fisico, il Covid ha ampiamente minato anche la salute mentale degli operatori creando le condizioni per lo sviluppo di ansia, sintomi depressivi, esaurimento emotivo, insonnia, burnout⁷ (D'Ettore et al. 2021; Penasso 2021; Rossi et al. 2020). Una survey condotta da Fadoi, la Federazione dei medici internisti ospedalieri, su un campione rappresentativo di oltre duemila professionisti sanitari, porta alla luce come un medico su due sia in burn out (52%), e per gli infermieri poco meno di uno su due (45%); per entrambe le professioni, l'incidenza è più del doppio tra le donne, dove permangono grandi difficoltà di conciliazione lavoro-vita familiare (Sole 24ore Sanità, 2023). Dai risultati di un'indagine qualitativa condotta da ISTUD dal titolo "*La vita dentro le organizzazioni sanitarie*" emerge come il rischio di burn out sia quasi nullo nella relazione tra professionisti sanitari e pazienti, mentre si alzi significativamente a livello organizzativo a causa dei carichi di lavoro, della scarsità di risorse e a causa dell'assenza di "riconoscimento" del lavoro svolto da parte del management⁸. Quest'ultima ragione, unitamente all'inadeguatezza della valorizzazione economica, risulta essere la principale fonte di frustrazione per i professionisti della sanità (Panorama della sanità 2024)

È solo a fronte di questa ennesima criticità che l'affanno vissuto dai professionisti sanitari diventa visibile agli occhi della popolazione, alimentando una retorica dell'eroe che assegna loro il compito di salvare il paese fino a sacrificarsi per la collettività.

Desiderio di fuga in post pandemia

La violenza e l'aggressività nei confronti degli operatori, temporaneamente spazzate via dalla retorica dell'eroe, tornano dopo la pandemia ad esasperare la situazione già critica vissuta dal personale sanitario. Secondo i dati dell'ONSEPS⁹ le segnalazioni complessive di aggressione, sia fisiche che verbali che contro la proprietà, nell'anno 2023 sono oltre 16mila sull'intero territorio nazionale (ad esclusione della Sicilia), per un totale di circa 18.000 operatori coinvolti. A segnalare i 2/3 delle aggressioni sono professioniste donne; la professione più colpita è quella degli infermieri, seguita da medici e operatori sociosanitari. I setting più a rischio sono, coerentemente con la letteratura, il Pronto Soccorso e le Aree di Degenza e gli aggressori principalmente gli Utenti/Pazienti (Ministero della Salute 2023).

Tutto ciò ha accelerato un processo di disaffezione degli operatori nei confronti del SSN che in larga parte si è tradotto in una fuga, fenomeno conosciuto come *great resignation*. Si tratta di un esodo iniziato già dal 2017 (stando ai dati del Conto annuale del tesoro) ma acuitosi dopo la crisi pandemica. Dai dati emerge, infatti, che durante le diverse ondate (anno 2020), il fenomeno si è arrestato: il personale in servizio, seppure provato e affaticato dalle condizioni estreme di lavoro, ha deciso di non abbandonare l'impresa facendo appello al senso di responsabilità imposto dalla grave situazione in cui versava il paese. Dal 2021, tuttavia, la fuga è ripresa con l'uscita di circa 2886 medici ospedalieri (il 39% in più rispetto al 2020) per complessivi 5000 operatori, alla ricerca di condizioni di lavoro migliori. Secondo le stime di Anaao, complessivamente in pochi anni il SSN ha perso quasi

⁷ Secondo lo studio "*Prevention actions of burnout syndrome in nurses: an integrating literature review*", si tratta di un fenomeno che colpisce prevalentemente gli operatori sanitari, ed in particolar modo gli infermieri, portandoli a sentirsi fisicamente, ma soprattutto mentalmente, logorati.

⁸ L'indagine ha coinvolto 176 professionisti sanitari, di cui il 44,4% medici, il 43,3% infermieri e il restante 12,3% fra psicologi, fisioterapisti e altre figure sanitarie.

⁹ A partire dal 2023 l'osservatorio ha pianificato lo sviluppo di una raccolta dati più omogenea e meglio rappresentabile al fine di affinare progressivamente le modalità di raccolta e rappresentazione dei dati da parte delle 4 diverse fonti (Federazioni degli Ordini, l'INAIL, Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, CRGRC, e il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, SIMES), oltre che per ridurre le aree di sovrapposizione dei dati stessi e garantirne una migliore qualità.

21 mila medici specialisti¹⁰ (Anaa 2022). Dove vanno e cosa cercano coloro che lasciano il SSN? Secondo l'OCSE, negli ultimi tre anni disponibili (2019, 2020 e 2021) sono all'estero 21.397 medici e 15.109 infermieri (manca il dato della Germania dove, secondo altre stime, sono al lavoro circa 2.700 infermieri italiani). Sembra che dopo l'emergenza Covid il flusso di medici e infermieri che hanno scelto di lavorare fuori dall'Italia si sia ridotto, probabilmente per la fase di reclutamento messa in atto dalle regioni per colmare le carenze evidenziate soprattutto con la pandemia. Nel 2021, infatti, risultavano all'estero poco più di 4mila medici contro circa il doppio degli anni precedenti, mentre sono emigrati all'estero circa 3.800 infermieri contro i 6mila degli anni precedenti. Dal 2000 al 2018 l'emigrazione all'estero è andata via via aumentando soprattutto negli anni subito successivi al blocco dei contratti e ai primi blocchi del turnover (Agenas 2023). Vanno dunque all'estero o nel privato alla ricerca di orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, minore burocrazia. Chiedono una maggiore valorizzazione delle loro competenze, una riorganizzazione che tenga conto delle esigenze di vita privata, un lavoro che permetta di dedicare più tempo ai pazienti e meno alle "carte". Talvolta la motivazione è di tipo economico: il rinnovo contrattuale disatteso e la mancata previsione di prospettive di miglioramento salariale per il futuro hanno ovviamente un loro impatto nella scelta di restare o di andarsene. Manca poi la fiducia degli operatori nella possibilità di modificare in termini più favorevoli l'organizzazione del lavoro, diventato sempre più gravoso oltre che rischioso a causa dei crescenti episodi di violenza perpetrati dagli utenti nei loro confronti e dal numero delle denunce. Anche le possibilità di carriera sono state rese scarse: in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9.691, nel 2019 solo 6.629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni il 44% in meno, cioè 10.368. In questo scenario è evidente come il SSN abbia perso di attrattività a vantaggio di un settore privato che ha saputo in questi anni assommare allo spazio lasciato vuoto dal pubblico e di cui si era già appropriato da tempo (settore diagnostico e riabilitativo), quello che ha iniziato ad inglobare sacche di inefficienza. Si è posto così come una valida alternativa all'espatrio, pure fortemente praticata soprattutto dai neolaureati che, peraltro, sembrano scegliere specializzazioni fortemente spendibili nel mercato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica...), allontanandosi da quelle considerate più gravose e rischiose (Medicina di Emergenza/Urgenza, Chirurgia Generale, ecc.).

2. Quattro proposte da discutere

2.1 Come reclutare e fidelizzare il personale della cura preservandone il benessere

La crisi del personale sanitario potrebbe essere definita come una inarrestabile sindrome emorragico-contagiosa post-Covid, caratterizzata da una crescita di richiesta di prestazioni – per recuperare la riduzione di accessi che ha caratterizzato il biennio 2020/2021 - e da una emorragia di medici e infermieri che abbandonano il SSN. Un fenomeno contagioso nella misura in cui il sottodimensionamento di organici comporta situazioni lavorative più gravose dando luogo a ulteriori abbandoni. I provvedimenti tampone, quali la presenza di "medici a gettone" (Gabanelli et al.2023), sono un segno, un incentivante invito, che suggerisce agli strutturati una alternativa più remunerativa e meno responsabilizzante. Il tema stipendiale, precedentemente illustrato, va ovviamente richiamato come elemento fondamentale per contrastare la fuga verso il privato o altri paesi.

Elenchiamo qui, per portarle alla discussione, una serie di iniziative, alcune delle quali potrebbero concretizzarsi in tempi ragionevolmente rapidi, mentre altre sono di più lunga durata.

1. Inserimento di personale in formazione di medici e infermieri, sotto la supervisione di tutor, con contratti di formazione, aprendo ospedali (Teaching Hospital) e strutture territoriali selezionate alla formazione e alla valutazione degli specializzandi.

¹⁰ In definitiva, dal 2019 al 2021, hanno abbandonato l'ospedale 8.000 camici bianchi per dimissioni volontarie e scadenza del contratto a tempo determinato e 12.645 per pensionamenti, decessi e invalidità al 100%. Il trend appare in aumento: i medici del SSN che dal 2022 al 2023 hanno lasciato il pubblico sono più che raddoppiati. La previsione per il 2024 è quindi più che pessimistica: l'Anaa la stima in circa 7mila uscite.

2. Inserimento, nei settori più critici o sguarniti di personale, di professionisti, medici e infermieri, provenienti da altri reparti (ad esempio da Medicina a Terapia intensiva) identificando specifici settori o mansioni e periodi di tutoraggio affiancandoli a personale già esperto.
3. Valutare le mansioni di OSS e amministrativi per inserirli, con adeguato aggiornamento, nei percorsi di cura, riducendo di funzioni inappropriate il personale medico e, in particolare, quello infermieristico.
4. Ridefinire le funzioni del personale infermieristico e dei tecnici per renderli analoghi a quelli di altri paesi europei e adeguati al loro percorso formativo. Si tratta di un rapporto fluido e non sempre sereno, in particolare per le funzioni infermieristiche, con iniziative diversificate da Regione a Regione, che riscontra diversi orientamenti giurisprudenziali (Simonetti 2022). Appare tuttavia evidente che a fronte della crisi che investe le “risorse umane” e i problemi conseguenti del Servizio sanitario, fra cui le liste di attesa ecc. si pone all’ordine del giorno una riflessione in merito al corretto utilizzo del personale infermieristico sui mezzi di soccorso, per il monitoraggio dei pazienti, per la prescrizione di alcuni set di farmaci (De Palma, 2022) o l’aggiustamento di terapie in base a specifici protocolli. Analoga la situazione dei tecnici di radiologia (TSRM) per quanto riguarda alcuni esami caratterizzati peraltro da lunghe liste di attesa, quali la Risonanza magnetica, che non necessiterebbero sempre della presenza medica¹¹.
5. Ridefinire i percorsi professionali e i connessi livelli stipendiali che si sono notevolmente appiattiti nel corso degli ultimi decenni, al fine di rendere incentivante, anche con profili stipendiali iniziali contenuti, le diverse professioni. Valutare inoltre i sistemi premianti, sia per alcune mansioni (Pronto soccorso, Chirurgia generale, Radioterapia) o localizzazioni territoriali (isole, zone interne), sia in termini di valutazione delle performance, che attualmente non danno sostanzialmente esito ad alcuna differenza retributiva significativa¹².
6. Welfare aziendale. Si tratta di una iniziativa diffusa, e anche assai distorta, nei settori produttivi, ma che potrebbe avere un impiego virtuoso per i professionisti della sanità. Quel che rende poco appetibile l’impiego in strutture sanitarie pubbliche, specie in alcune grandi città, è rappresentato anche dai costi di trasporto, alloggio ecc. Si tratterebbe di realizzare, con la partecipazione delle amministrazioni locali, asili nido, parcheggi, trasporti gratuiti, mensa di qualità, alloggi (per il personale in formazione o in periodi iniziali di impiego) ecc.
7. Attrarre e fidelizzare il personale. Si tratta di una problematica da affrontare sia a livello delle singole Aziende sanitarie che a livello nazionale. Di fronte a una crisi vocazionale non è pensabile promuovere una professione e uno specifico mestiere con qualche manifesto. Si dovrebbe avviare una campagna nazionale con testimoni autorevoli e, a livello delle singole strutture, promuovere incontri e visite, cosa che peraltro avviene ormai anche per scuole e sedi universitarie. Vi è poi un problema di fidelizzazione che in Italia è scarsamente promosso (a differenza, ad esempio, di College e Atenei anglosassoni), che fa leva su un senso di appartenenza coniugato all’offerta di opportunità, quali incontri con personalità, organizzazione di attività extra lavorative, esperienze in altri contesti lavorativi anche all’estero.

¹¹ Ad esempio, RM effettuata con apparecchiature a basso campo o apparecchiature cosiddette "settoriali" (per gli arti e per la colonna) in cui gli aspetti di sicurezza hanno un basso impatto e si prestano quindi allo svolgimento di procedure sicure. In alcuni paesi i TSRM con esperienza comprovata in RM valutano i profili di sicurezza di determinati pazienti portatori di dispositivi impiantabili (cosiddetti "MR-Conditional", od altre situazioni particolari) per definire le modalità di esecuzione, gli accorgimenti o le limitazioni per lo svolgimento degli esami RM.

¹² Ci riferiamo all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che, fra l’altro, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione e garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi nonché all’attribuzione dei premi.

8. Qualità ambientale e sicurezza. Le caratteristiche ambientali sono rilevanti per coloro che vi svolgono la propria attività lavorativa. Elementi fondamentali sono la luminosità dei locali, l'insonorizzazione, le temperature adeguate, gli arredi, percorsi sicuri, strumentazioni e tecnologie che riducono l'impegno fisico e i rischi di trauma (trasporti automatizzati, solleva malati, posta pneumatica, sistemi informatici ecc.), il controllo degli accessi, i sistemi di video sorveglianza. Si tratta di soluzioni fondamentali anche per la sicurezza degli operatori, che non può essere affidata solo a una maggiore presenza delle forze dell'ordine. Rappresentano inoltre un segnale di attenzione alla complessa attività che gli operatori -quello che abbiamo definito il "capitale umano" - svolgono a favore della comunità.

2.2 Come le donne e i giovani possono innovare il lavoro professionale

I due processi trasformativi in termini di genere e generazione richiedono di essere monitorati con attenzione non solo perché potrebbero avere un impatto importante sul cambiamento dei modelli di professionalismo, e quindi sulle modalità di agire le professioni, ma anche perché sottovalutarli potrebbe compromettere la ricerca di soluzioni efficaci ed efficienti per tornare a rendere appealing il lavoro nel SSN.

Da un lato, la grande sfida è quella di riaffermare l'importanza del lavoro nel settore pubblico come valore in sé: l'ipotesi è che se nel passato entrare nel SSN, concepito come un bene comune, era percepito come una conquista che permetteva ai medici e agli altri professionisti di sentirsi parte di una grande impresa e di servire il benessere collettivo, oggi questo valore sembra cambiato. Il paradigma neoliberalista, terreno culturale su cui si sono innestate le nuove generazioni, sembra aver prodotto una "mutazione genetica": la ricerca del benessere individuale è diventata un aspetto centrale dell'esistenza umana. Le generazioni più giovani, in parte i Millennials ma soprattutto i Gen Z, mostrano un'attenzione crescente verso il benessere personale che sembra passare attraverso una autorealizzazione che prescinde in parte dal lavoro svolto. Il concetto di status sembra essere cambiato: se un tempo era legato all'occupazione svolta, alla legittimazione pubblica e al prestigio sociale che questa garantiva, per i giovani di oggi lo status sembra essere vincolato al benessere economico e agli aspetti materiali ad esso collegati. Per questo diventa fondamentale ricorrere innanzitutto alla leva economica per poter attrarre nuove forze, adeguando gli stipendi ai ruoli ricoperti e alle retribuzioni europee, rendendo così competitivo il servizio pubblico sia rispetto al privato che rispetto all'alternativa dell'espatrio. Ma la leva economica non è sufficiente per raggiungere tale obiettivo: il benessere cui i giovani ambiscono è totale e fa riferimento a condizioni di lavoro dignitose relativamente ai carichi di lavoro e alle turnazioni, all'ambiente fisico in cui esercitano la professione, alla possibilità di disporre e di utilizzare strumentazioni tecnologiche, alla possibilità di conciliare la sfera professionale con quella privata. Tutto questo implica una rifondazione del SSN in termini organizzativi e gestionali che sia in grado di conciliare la sostenibilità del sistema con la sua competitività. È una sfida non facile ma indispensabile, che richiede uno sforzo anche in termini creativi e innovativi. Se è vero che le nuove generazioni portano nuovi modelli culturali, è anche vero però che sembrano possedere un rinnovato interesse per alcuni valori comunitari tradizionali (l'uguaglianza, l'equità razziale, la protezione dell'ambiente, ecc): può questo orientamento fungere da grimaldello per rimettere al centro il SSN come bene comune?

Ed è qui che si innesta l'altra grande sfida: il governo delle donne in sanità. Se i giovani che stanno uscendo dai percorsi universitari sono in maggioranza donne, allora non vi è dubbio che a breve il soffitto di cristallo verrà sfondato e saranno necessariamente loro ad acquisire le posizioni apicali. Ma quale cambiamento si verificherà allora? Sono pronte le donne ad acquisire questi ruoli e ad assumersi questa grande responsabilità? Una recente pubblicazione intitolata "La sanità che vogliamo" (Morano, 2021), raccoglie e sistematizza le riflessioni di donne medico dell'Anao, il principale sindacato medico che da anni si pone criticamente la questione. Il volume presenta un progetto in cui vengono fissate alcune priorità volte ad un cambiamento strutturale del sistema salute. La proposta analizza criticamente le carenze esistenti e prospetta percorsi di cambiamento, per una sanità orientata dalle donne che ispiri e prepari la formazione delle nuove generazioni. Nel

documento, le donne auspicano la necessità di un cambio di rotta, rivendicando la loro capacità di organizzarsi e di incidere su luoghi, saperi, competenze semplici e specialistiche nel complesso mondo della salute. Le operatrici sanitarie, nel rimarcare i limiti (portati alla luce anche dalla pandemia) di un SSN che ha lasciato ai margini l'approccio femminile alla cura, puntano, tra l'altro, sulla multidisciplinarietà e sulla contaminazione dei saperi, nella consapevolezza che per cambiare il modello di governo della salute non si possa procedere per compartimenti stagni. Questa idea progettuale non mira evidentemente alla femminilizzazione fine a sé stessa, e dunque al ribaltamento dell'attuale squilibrio di potere legato al genere, ma auspica l'implementazione di una diversa visione del lavoro di cura che tenga conto del ruolo del genere nelle pratiche quotidiane, nei modelli organizzativi dei luoghi di cura e nei modelli di professionalismo che si andranno sviluppando. È altresì fin troppo evidente come, affinché tale trasformazione possa avvenire con successo, sia necessario il sostegno delle politiche pubbliche nel promuovere un nuovo orientamento culturale basato sulla condivisione delle responsabilità familiari e nell'adottare misure orientate alla conciliazione tra l'attività professionale e la vita privata, favorendo così il pieno sviluppo (in senso orizzontale e verticale) delle carriere femminili e delle giovani generazioni più in generale.

2.3 Come incrementare l'investimento economico-finanziario nel lavoro

L'Atto di indirizzo del Comitato di Settore Aran-Regioni per il rinnovo contrattuale 2022-24 del comparto Sanità, riconosce che “la carenza di personale sanitario in Europa è causata principalmente da un crescente divario tra la disponibilità di operatori sanitari e l'aumento della domanda di servizi sanitari” e che “parte di questo divario è dovuto al logoramento del personale” e ai fenomeni delle “grandi dimissioni” e dell'abbandono del personale sanitario, cui occorre far fronte “attraverso strategie di attrazione e di fidelizzazione” (punto 1, Atto di indirizzo 2022-24, p. 1). Sulla base degli stanziamenti fissati dal governo per i rinnovi del settore pubblico, lo stesso Atto prevede un aumento medio delle retribuzioni lorde del 5,78%.

Al di là delle controversie tra governo e sindacati sul tasso di inflazione da prendere come punto di riferimento per tali aumenti, queste risorse appaiono inadeguate ad invertire la tendenza consolidata ad una scarsa valorizzazione del personale del SSN sul piano economico, dopo la parentesi dell'emergenza pandemica. Forse, è anche per la consapevolezza di tale limitatezza e inadeguatezza che lo stesso Atto di indirizzo dispone che la contrattazione collettiva debba puntare soprattutto “sull'individuazione di strumenti diretti a favorire migliori condizioni di lavoro” (punto 1, p. 2), più che sugli aumenti retributivi, per aumentare l'attrattività del sistema per i professionisti della salute. Ed è su questo che si indirizza infatti in vario modo il documento, pur nella contraddizione, mostrata soprattutto dalle trattative in corso, di richiedere al contempo modifiche alle condizioni di lavoro esistenti che sembrano andare in senso peggiorativo, come l'incremento della pronta disponibilità o l'incentivazione delle prestazioni aggiuntive.

Il nodo della retribuzione e dei compensi non pare tuttavia eludibile, soprattutto se l'obiettivo è recuperare la capacità di attrazione del SSN, oltre che del sistema sanitario nel suo insieme. In termini generali, per uscire da un declino, visibile anche sotto il profilo retributivo, sarebbe necessario innanzitutto riconoscere la necessità di incrementare le risorse pubbliche destinate al SSN e, al suo interno, al lavoro pubblico. In questo senso, va ricordato che è lo stesso Baumol ad indicare, quale soluzione alla malattia dei costi da lui stesso teorizzata, la possibilità di destinare maggiori risorse alla sanità, accettandone la bassa produttività, grazie alle potenzialità fornite in altri settori dal progresso tecnologico (Baumol 2012). Prescindendo da questo elemento, la scelta di destinare maggiori risorse alla sanità pubblica e al suo personale, sia all'interno del settore pubblico che nell'economia nel suo insieme, non è in linea di principio impossibile, pur in presenza di un debito pubblico molto elevato, ma occorre ovviamente prendere atto che essa assume un carattere eminentemente politico.

In questo senso, vanno elaborate soluzioni che possano liberare risorse per il lavoro in sanità e per premiare maggiormente la scelta di lavorare nel SSN, anche attraverso strumenti di carattere fiscale e contributivo. Esiste attualmente un forte svantaggio nella tassazione per i medici dipendenti rispetto

a quelli che optano per il lavoro autonomo, soprattutto dopo l'introduzione delle forme di "flat tax", come segnalato anche dai sindacati di categoria. Una tassazione più favorevole, anche raggiunta sperimentando soluzioni innovative e ispirandosi ad altri paesi, potrebbe essere di notevole aiuto.

Inoltre, pare opportuno ragionare su un possibile riconoscimento, sotto il profilo economico, della specificità e "distintività" delle professioni mediche e sanitarie, sia rispetto al resto del pubblico impiego sia rispetto ad altre professioni o occupazioni che richiedano simili titoli di studio per l'esercizio. Tale riconoscimento può trovare una base di legittimità nella lunghezza e complessità del percorso formativo delle professioni soprattutto mediche, che si associa alle competenze fortemente specializzate e alle responsabilità assunte da tali professioni.

In termini più specifici, è possibile trovare soluzioni in grado di valorizzare maggiormente i professionisti più giovani e non titolari di incarichi di media ed elevata complessità, come sembra suggerire anche l'Atto di indirizzo, che affida tale compito soprattutto alle Aziende (art. 4). Se quest'ultimo punto in linea di principio pare corretto, ciò non significa che la normativa nazionale e la contrattazione collettiva nazionale non possano intervenire, ciascuna per il suo ambito di competenza, dando indicazioni anche stringenti alla contrattazione integrativa e alle Aziende.

Una menzione particolare meritano gli infermieri, data la gravità e la cronicità del problema della carenza di personale infermieristico. Non è ovviamente facile indicare soluzioni a tale problema. Sotto il profilo retributivo, un primo suggerimento potrebbe essere semplicemente quello di agire aumentando considerevolmente l'indennità di specificità infermieristica (ora poco più di 70 euro mensili lordi), introdotta in pieno Covid dall'art. 1, comma 409 della legge n. 178/2020 e poi inserita nel CCNL 2019-2021. Si tratta peraltro di una richiesta già messa in campo dai sindacati e dalla FNOPI.

Un secondo punto sarebbe quello, già menzionato, di estendere la valorizzazione dei professionisti più giovani e non titolari di incarichi, prevista dall'Art. 4 dell'Atto di Indirizzo, dai medici agli infermieri, secondo meccanismi specificatamente pensati per la categoria. Naturalmente, questo comporta il rischio che si creino dinamiche di competizione con altri gruppi professionali, che andrebbero governate in modo adeguato.

In senso più generale, la valorizzazione normativa e economica, riconosciuta anche in termini di inquadramento, dovrebbe accompagnare il processo di differenziazione delle mansioni e di acquisizione di ruoli di governo del paziente e/o di coordinamento di una parte del corpo infermieristico, in corso sia a livello ospedaliero sia in ambito territoriale (pensiamo anche all'Infermiere di famiglia o di comunità). Il riconoscimento, anche retributivo, della differenziazione interna alla professione rispecchia quindi fenomeni in atto e pare necessario per rendere la professione più attrattiva. Esso sarà tanto più imprescindibile se si giungerà, come pare, ad una riforma dei corsi di laurea infermieristici che preveda una laurea magistrale di carattere organizzativo e non solo clinico come esiste ora.

Per favorire un maggiore riconoscimento della professione di infermiere, con le sue differenziazioni emergenti, la FNOPI propone la creazione di un'area contrattuale distinta da quella del resto del comparto, come accade per la dirigenza medica e veterinaria e per quella sanitaria. Tale riconoscimento (utile o meno che sia) si scontrerebbe probabilmente con richieste analoghe da parte di altre professioni sanitarie, elemento che frena, comprensibilmente, i sindacati confederali.

In ultima analisi, la necessità di rendere più attrattiva la professione infermieristica, e forse anche di altre professioni sanitarie, richiederà forse di discutere anche della liberalizzazione della professione, garantendo la possibilità di svolgerla in forma di lavoro autonomo in modo permanente (ora è possibile fino al 2025) e più praticabile di quanto non accada ora in base alla normativa introdotta nel 2023 ("Decreto Bollette", convertito nella l. 56/2023). Ciò comporterebbe anche una messa in discussione e revisione del rapporto di esclusività di lavoro pubblico. Si tratta però di un tema ricco di implicazioni e rischi per il SSN, la cui discussione esula dagli obiettivi di questo contributo.

Nell'appendice statistica si riportano rispettivamente la retribuzione lorda della dirigenza medica e veterinaria nonché della dirigenza sanitaria del SSN e il trattamento economico lordo annuale del

personale non medico del SSN, dopo gli ultimi contratti. Per i medici queste cifre non tengono conto di elementi economicamente molto rilevanti come l'attività libero professionale.

2.4 Come trasformare la formazione e l'aggiornamento

Prima del 2020, ma con una visione strategica lungimirante, la Commissione Lancet aveva individuato la necessità di una terza generazione di riforme nell'ambito della formazione del personale della salute. La prima generazione, sviluppatasi all'inizio del Novecento, aveva avviato un curriculum *science-based*, mentre la seconda generazione, di metà del Novecento, aveva introdotto innovazioni centrate sulla tecnica del *problem-solving*. Per promuovere le riforme di terza generazione, la Commissione propone di adottare modelli didattici e istituzionali guidati da due idee chiave: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza nell'istruzione. L'apprendimento trasformativo prevede tre cambiamenti fondamentali: passare dalla memorizzazione dei dati/fatti al ragionamento critico, l'unico che può guidare la ricerca, l'analisi, la valutazione e la sintesi delle informazioni per arrivare al processo decisionale; superare la mera ricerca di credenziali professionali settoriali per raggiungere competenze di base utili ad un efficace lavoro di squadra; evitare l'adozione acritica dei modelli educativi per sviluppare soluzioni creative volte a rispondere alle priorità locali a partire da risorse globali. L'interdipendenza nell'istruzione, a sua volta, prevede tre passaggi: da sistemi di sanitari e formativi isolati a sistemi armonizzati; da istituzioni autonome a reti, alleanze e consorzi mondiali; da assetti autogenerati e autocontrollati ad assetti che guardano alle innovazioni nelle risorse educative e didattiche globali.

Si tratta, ancora una volta, di indicazioni di ampio respiro che hanno trovato accoglienza a livello nazionale e internazionale (tra cui le linee guida dell'OMS "Transforming and Scaling up Health Professionals' Education del 2013), ma scarsa realizzazione pratica. Non a caso, dunque, con l'irruzione della pandemia, l'OMS-Europa rilancia la necessità di politiche che rispondano in modo efficace al rafforzamento delle risorse umane all'interno dei servizi sanitari (WHO 2022). Delle dieci azioni previste ben quattro riguardano il sistema formativo: 1 Allineare l'istruzione alle esigenze della popolazione e alle richieste dei servizi sanitari; 2 Rafforzare la formazione professionale continua per dotare gli operatori di nuove conoscenze e competenze; 3 Espandere l'uso di strumenti digitali che supportino i professionisti della salute; 9 Aumentare gli investimenti pubblici nell'istruzione. Tra le priorità, da affidare ai sistemi formativi, si elencano molti dei punti già previsti nelle linee guida del 2013 e dalla Commissione Lancet. Tali sfide riguardano la capacità di: praticare in un ambiente interprofessionale e intersettoriale con un processo decisionale condiviso; pensare in modo critico e sistemico; cercare e analizzare le informazioni per la pratica basata su prove; valutare i bisogni sanitari e pianificare azioni conseguenti; condurre e gestire programmi sanitari a livello della popolazione; affrontare le priorità della sanità pubblica che richiedono un cambiamento dei comportamenti dei cittadini/utenti; comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi; sviluppare sensibilità socioculturali (WHO 2022).

In questo quadro, ci si può chiedere come si pone il sistema formativo italiano dopo la pandemia. Tra le principali innovazioni da segnalare ci sono: la creazione, a partire dal 2019-20 di un nuovo corso di laurea in medicina con un profilo biomedico e tecnologico creato in collaborazione con le facoltà di ingegneria; l'incremento dei corsi di laurea in inglese al punto che oggi costituiscono ben il 25% dell'offerta formativa nazionale; l'accREDITAMENTO dell'Anvur (marzo 2024) come agenzia di valutazione da parte della WFME che accrescerà la valorizzazione del sistema italiano a livello internazionale, favorendo un maggiore scambio di studenti e docenti; la volontà, della stessa Anvur, di introdurre una specifica procedura valutativa per i corsi di studio in Medicina e Chirurgia che riguardi l'inserimento delle Scienze umane e del Management sanitario, nonché le modalità di svolgimento del tirocinio e delle strutture di supporto al fine di migliorarne la qualità e il funzionamento; l'abolizione, nel marzo 2020 (DL 18) dell'esame di stato per i medici e l'avvio di pratiche di lavoro per gli specializzandi; l'incremento dei fondi per investimenti strutturali per far fronte all'incremento nel numero programmato degli studenti di area medica.

Tuttavia, se si considerano le aree critiche evidenziate prima della pandemia, molto sarebbe da fare per rendere la formazione del personale sanitario all'altezza delle sfide attuali. Sul piano strutturale, sarebbe auspicabile che crescano le dotazioni infrastrutturali, laboratoriali e tecnologiche per una formazione innovativa sia in ambito ospedaliero che territoriale, tanto più di fronte all'aumento del numero programmato degli studenti. In termini culturali, andrebbe senz'altro migliorato l'insegnamento relativo alla Global Health Education (GHE) e alle attività di assistenza primaria/territoriale, nonché garantito l'allineamento tra competenze, modalità di insegnamento e forme di valutazione in modo che queste siano coerenti tra loro in una logica di apprendimento basata effettivamente sullo studente piuttosto che sul docente. Al tempo stesso, sembra necessario, come individuato dall'Anvur (2024), un sistema di valutazione in itinere delle conoscenze e competenze acquisite dagli studenti, quale strumento di monitoraggio continuo, con un orientamento (sempre in itinere) e con attività elettive di tirocinio rispetto alla scelta della scuola di specializzazione. In termini funzionali, andrebbe posta attenzione alle forme di selezione per l'accesso ai corsi di laurea di area medica evitando modalità improvvisate (e poi modificate) e l'importazione acritica di sistemi europei come quello francese. Particolare interesse dovrebbero avere gli standards che la WFME suggerisce per la formazione postlaurea e per le scuole di specializzazione, rivedendone la durata e le modalità di accesso, anche rispetto al settore privato. Al tempo stesso andrebbe introdotta la modifica del percorso di formazione in medicina generale, prevedendone l'inserimento nel sistema delle scuole di specializzazione universitarie. Più in generale, dopo oltre trent'anni dalla istituzione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, andrebbero messe in discussione: l'adeguatezza dei curricula rispetto ai nuovi come ai vecchi bisogni di salute, tenuto conto del mutato quadro epidemiologico e demografico del Paese, nonché dell'organizzazione del lavoro nel SSN; l'omogeneizzazione o meno dei Corsi di Studio triennale e il loro numero in relazione ai profili professionali; la riorganizzazione e l'ampliamento dei corsi magistrali e dei master di primo e secondo livello; il ruolo svolto nella formazione da personale non universitario e nello specifico dai servizi del SSN.

NOTA: PER FIGURE E TABELLE VEDI ALLEGATO STATISTICO

Bibliografia:

- Agenas (2023), Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Approfondimento 2023, disponibile al sito https://www.agenas.gov.it/images/agenas/personale/PersonaleSSN_marzo_2023.pdf
- Anaa-Assomed (2024), L'inarrestabile marcia verso la "plethora medica", 4 marzo 2024 https://www.anaao.it/public/aaa_4571809_studiocompletoplethora_4marzo2024.pdf
- Anaa-Assomed (2022), Great Resignation: La grande fuga dei medici dal SSN, disponibile al sito https://www.anaao.it/public/aaa_2916185_studiodimissioni_21aprile2022.pdf
- Anaa-Assomed (2018), Sondaggio ANAAO sulle aggressioni ai sanitari: allarme rosso per i medici di pronto soccorso e psichiatri, Roma
- Anvur (2024) I focus del rapporto ANVUR 2023. La formazione di area medica, Roma
- Baumol WJ. (2012), *The cost disease*. Yale University Press.
- Bordogna L., Neri S. (2014), *Austerity policies, social dialogue and public services in Italian local government*, in "Transfer", 20(3), pp. 357–371.
- Borges, N.J., Manuel, R.S., Elam, C.L. e B.J. Jones (2006), *Comparing Millennial and Generation X Medical Students at One Medical School* in «Academic Medicine», Vol. 81, 6, pp.571-576.

- Bujak, J. (2009), *Overcoming generational differences among physicians*, in «Healthcare Executive», 4, 5, p. 80.
- Camera dei Deputati (2022), *Blocco della contrattazione collettiva nella normativa antecedente alla legge di bilancio 2018*, Documentazione Parlamentare. Focus, Studi-Lavoro <https://temi.camera.it/leg18/post/blocco-della-contrattazione-collettiva-nella-normativa-precedente.html>
- Cergas (2023), S.B. Cergas, Rapporto oasi 2023, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (2023), Egea.
- Consorti F., G. Familiari, A. Lotti e D. Torre (2021), Medical education in Italy: Challenges and opportunities, in *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2021.1959024
- Crea (2023), 19° Rapporto Sanità, a cura di Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena: Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione.
- D'Ettorre, G., Ceccarelli G., Santinelli L., Vassalini P., Innocenti G.P., Alessandri F., Koukopoulos A. E., Russo A. and Lorenzo Tarsitani (2021), Post-Traumatic Stress Symptoms in Healthcare Workers Dealing with the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review, , *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 601.
- DeMaria, A.N. (2013), *Here come the Millennials*, in «J Am Coll. Cardiol.», Vol.61, 15, pp. 1654-1656.
- De Palma A. (2022), Infermieri prescrittori. In Europa già possibile in 13 Paesi, seppur con modalità differenti. E l'Italia? *Quotidiano Sanità*, 16 Novembre 2022.
- Elam, C.L., Borges, N.J. e R.S. Manuel (2011), *Millennial Students' Perspectives on the Medical School Learning Environment: A Pilot Study from Two Institutions*, in «Medical Science Educator», Vol. 21, 2, pp. 151-157
- Elenga N, Krishnaswamy G. (2023), A new generation of physicians-The Generation Z. Are you ready to deal with it? *Front Public Health*. 9;10:1015584. doi: 10.3389/fpubh.2022.1015584. PMID: 36699878; PMCID: PMC9868762.
- Eurostat 2021a, Majority of health jobs held by women, disponibile al sito <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210308-1>
- Eurostat 2021b, Healthcare personnel statistics – physicians, disponibile al sito https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians
- FIMMG (2019), Dossier Violenza. Storie di ordinaria follia, Roma.
- Fnomceo (2024), Elenco dei Medici caduti nel corso dell'epidemia di Covid-19, disponibile al sito <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/>
- Fnomceo (2018), Non si può aspettare. Non si può sbagliare. Non si può morire, Comunicato stampa del 5 ottobre.
- Gabanelli M, Ravizza S, Viafora G. (2023), Dataroom. Medici a gettone. Numeri shock. *Corriere della Sera* 16 Gennaio 2023.
- Gaiaschi, C. (2019), Same job, different rewards: The gender pay gap among physicians in Italy *Gender Work Organization*, 26, 11, pp. 1562–1588.

- General Medical Council (2016), *The state of medical education and practice in the UK*. London: General Medical Council.
- Haklai Z, Applbaum Y, Tal O, Aburbbeh M, Goldberge NF. (2013), *Female physicians: trends and likely impacts on healthcare in Israel*. *Israel Journal of Health Policy Research.*;2:37.
- Health at a Glance (2023), *Oecd Indicators*.
- Hunimed, *5 reasons why Artificial Intelligence won't replace physicians* 08/02/2022 <https://www.hunimed.eu/news/5-motivi-per-cui-lintelligenza-artificiale-non-potra-sostituire-la-figura-del-medico/>
- INAIL (2021), *Infortuni e malattie professionali, Dossier Donne, Edizione 2021*, consultabile al sito <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-dossier-donne-2021.pdf>
- Istituto Superiore di Sanità (2021), *Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica.*, *Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 21 aprile 2021*, consultabile al sito <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti>
- Kuhlmann, E. e Annandale, E. (2012), *Mainstreaming Gender into Healthcare: A Scoping Exercise into Policy Transfer in England and Germany*, in «*Current Sociology*», vol. 60, n. 4, pp. 551-568.
- Lancet Commission (2010), [Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world](#), in *The Lancet Volume 376, Issue 9756*, 4–10, Pages 1923-1958
- Lim, A., Epperly, T. (2013), *Generation Gap: Effectively Leading Physicians of All Ages*, in «*Family Practice Management*», 20, 3, pp. 29-34.
- Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. (2019), *Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis*. *Occup Environ Med.* (2019) 76:927–37. doi: 10.1136/oemed-2019-105849
- Mastrillo A., Bevacqua L., Cenerelli E. (2023), *Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, Dati sull'accesso ai Corsi e programmazione dei posti nell' A.A. 2023-24*.
- Mef-Rgs (2024), *Commento ai principali dati del Conto Annuale del periodo 2013-2022*, <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%2013-2022.pdf>
- Ministero della salute (2024), *Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie. Relazione attività anno 2023*, Roma.
- Ministero della Salute (2023), *Il personale delle A.S.L e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati, Anno 2022*, disponibile al sito https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3434
- Morano S. (2021) (a cura di), *La sanità che vogliamo*, Moretti&Vitali, Bergamo.
- Mori A., Neri S. (2020). *Relazioni industriali e servizi di cura: frammentazione degli attori e della contrattazione tra pubblico e privato*, in “*la Rivista delle Politiche Sociali*”, n. 2, p. 129-152
- Oecd (2024), *Oecd data explorer*, <https://data-explorer.oecd.org/?lc=en>
- Neeldleman J, Buerhaus P, Mattke S. (2002), *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*, *N Engl J Med* Vol 346, n. 22 May 30.

- Nursing up (2019), Workplace violence in the health sector survey questionnaire del WHO -ONU rapport, Roma.
- Panorama della sanità (2024), Burn out, una ricerca Istud, disponibile al sito <https://panoramadellasanita.it/site/burn-out-una-ricerca-istud/>
- Penasso M. (2021), Operatori sanitari e salute mentale durante la pandemia: fattori protettivi e interventi di supporto, consultabile al sito <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3536>
- QuotidianoSanità (2023), La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta, disponibile al sito https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117369
- QuotidianoSanità (2021), Il 68% del personale del Ssn è donna. Speranza: "Oggi, e tutti i giorni dell'anno, grazie", disponibile al sito https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=93244
- Riska E. (2003), The Career and Work of Pathologists: A Gender Perspective, in «International Journal of Sociology and Social Policy», 23(4/5): 59-79.
- Rossi R., Socci V., Talevi D., Mensi S., Niolu C., Pacitti F., Di Marco A., Rossi A., Siracusano A., Di Lorenzo G. (2020), COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front. Psychiatry*. 11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790
- Simonetti S. (2022), Rapporto medico-infermiere, perimetro fluido e non sempre sereno *Sanità 24* 11/7/2022
- Sole 24ore Sanità (2023) Un sanitario su due è in burn out: in corsia 100mila errori l'anno per lo stress, disponibile al sito <https://www.ilsole24ore.com/art/un-sanitario-due-e-burn-out-corsia-100mila-errori-l-anno-lo-stress-AEaDpGQD>
- Tan L., Lo Sasso A.T., Vujcic M. (2017), Trends in the earnings gender gap among dentists, physicians, and lawyers. *JADA*; 148(4):257–62.
- Vento S, Cainelli F and Vallone A. (2020), Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences. *Front. Public Health* 8:570459.doi: 10.3389/fpubh.2020.570459
- Vicarelli G. (2008) (a cura di), Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia, Il Mulino, Bologna.
- WHO (2022), Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2021), Inspiring change: women's leadership in health care is vital during the COVID-19 pandemic and beyond, consultabile al sito <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2021/3/inspiring-change-womens-leadership-in-health-care-is-vital-during-the-covid-19-pandemic-and-beyond>
- WHO (2013), SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY, item 17.3 27, Transforming health workforce education in support of universal health coverage, Geneve.

World Medical Association (2020), 73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response, <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response-.pdf>.

Zaranko B, Sanford NJ, Kelly E, Rafferty AM, Bird J, Mercuri L, Sigsworth J, Wells M, Propper C. (2023), Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Qual Saf.* May;32(5):254-263.