



RPS

Marco Arlotti
Ugo Ascoli
Luigi Bernardi
Cristina Calvi
Susanna Camusso
Georgia Casanova
Maria Teresa Ciommi
Luisa De Vita
Francesca Dinelli
Ivana Fellini
Marco Geddes da Filicaia
Orazio Giancola
Giovanni Lamura
Giulio Marcon
Manos Matsaganis
Enrico Maria Piras
Azzurra Rinaldi
Ludovica Rossotti
Valerio Serino
Federico Sofritti
Serena Sorrentino
Elena Spina
Ciro Tarantino
Giovanna Vicarelli



euro 22,00
ISSN 1724 - 5389

N.3
2024



RPS

La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy



RPS

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

N.3
2024
SETTEMBRE
DICEMBRE

Quo Vadis?

Il lavoro nel sistema sanitario italiano
tra pubblico e privato

- La forza del modello sociale europeo
- La legge delega in materia di disabilità
- Le donne tra cura e lavoro





RPS

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

DIRETTRICE

Rossana Dettori

COMITATO SCIENTIFICO

Ugo Ascoli

Jean-Claude Barbier

Corrado Bonifazi

Giuliano Bonoli

Gianluca Busilacchi

Paolo Calza Bini

Massimo Campedelli

Francesca Campomori

Antonio Cantaro

Stefano Cecconi

Andrea Ciarini

Giuseppe Costa

Colin Crouch

Gianfranco D'Alessio

Paolo De Nardis

Sandro Del Fattore

Fiorenza Deriu

Nerina Dirindin

Ivana Fellini

Vincenzo Fortunato

Maurizio Franzini

Dora Gambardella

Gianni Geroldi

Maria Grazia Giannichedda

Ian Gough

Elena Granaglia

Matteo Jessoula

Angelo Marano

Nicola Marongiu

Andrea Morniroli

Stefano Neri

Michele Pagliaro

Giordana Pallone

Emmanuele Pavolini

Laura Pennacchi

Enrico Pugliese

Michele Raitano

Mario Sai

Tania Scacchetti

Cristina Solera

Giovanna Vicarelli

Alan Walker

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

N. 3 – SETTEMBRE-DICEMBRE 2024

Direzione, redazione e segreteria

Corso d'Italia 27 - 00198 Roma

Tel. 345 7011231 - rps@futura.cgil.it

Tariffe di abbonamento online 2024

Annuo 50,00 euro

Una copia digitale 22,00 euro

L'abbonamento può essere attivato sul sito

<https://www.futura-editrice.it/rps/>

Proprietà

Futura s.r.l.

Registrazione Tribunale di Roma Sezione Stampa

n. 30 del 24/02/2021

Coordinamento

Rossella Basile

Stampa

O.GRA.RO. s.r.l. - Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

Finito di stampare nel mese di gennaio 2025

COMITATO DI REDAZIONE

Luca Alteri

Lisa Bartoli

Rossella Basile

Francesca Carrera

Stefano Daneri

Roberto Fantozzi

Alessandra Fasano

Mara Nardini

Alessandro Purificato

Alessia Sabbatini

Elisabetta Segre

Leopoldo Tartaglia

DIRETTORE RESPONSABILE

Stefano Milani

Egregio Abbonato, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società, nonché da enti e società esterne a essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla nostra attività.

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati od opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione del suddetto decreto legislativo.

La Rivista si avvale della procedura di valutazione e accettazione degli articoli *double blind peer review*

indice

TEMA

Quo Vadis? Il lavoro nel sistema sanitario italiano tra pubblico e privato

a cura di Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

Introduzione <i>Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli</i>	7
Il personale sanitario: un esercizio di ricognizione comparato <i>Ivana Fellini</i>	29
Gli operatori sanitari: la grande fuga <i>Elena Spina</i>	51
La Medicina di emergenza-urgenza tra tensione alla specificità e competenze agite. Una esplorazione etnografica in due Pronto soccorsi <i>Enrico Maria Piras</i>	75
Il lavoro nelle residenze per anziani <i>Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Ciommi e Ludovica Rossotti</i>	95
Soddisfazione e ritorno economico nelle professioni sanitarie della riabilitazione: gli effetti della differenziazione interna al settore <i>Luisa De Vita e Orazio Giancola</i>	117
L'ambiente di lavoro e la sua rilevanza nell'attività degli operatori sanitari <i>Francesca Dinelli e Marco Geddes da Filicaia</i>	137
Lavorare per la salute. Sfida od opportunità? <i>Serena Sorrentino</i>	155

CHIAVE DI LETTURA

La forza del modello sociale europeo <i>Manos Matsaganis</i>	163
---	-----

ATTUALITÀ**La legge delega in materia di disabilità**

Cosa ha partorito la montagna? Nota sull'attuazione della legge delega in materia di disabilità

Ciro Tarantino 175

La Riforma per le persone con disabilità: la valutazione di base, il progetto di vita e l'inclusione lavorativa

Valerio Serino 189

DIBATTITO**Le donne tra cura e lavoro**

(Save the Children, 2024, *Le equilibriste. La maternità in Italia 2024*, Save the Children Italia, Roma)

La maternità in Italia: un ostacolo per il lavoro femminile

Azzurra Rinaldi 213

Conciliazione e condivisione per rompere la segregazione delle madri nel mondo del lavoro

Susanna Camusso 227

APPROFONDIMENTO

La cura informale di persone anziane con bisogni di Ltc: raccomandazioni dai principali framework internazionali

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Sofritti 239

RUBRICA**Autonomia differenziata. Rischi e conseguenze di una riforma**

Contro una legge che divide l'Italia

Giulio Marcon 261

English Abstracts 277

Le autrici e gli autori 285

TEMA
Quo Vadis? Il lavoro
nel sistema sanitario italiano
tra pubblico e privato
a cura di Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

Introduzione

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

1. Premessa

Con il titolo, chiaramente evocativo, che abbiamo deciso di dare al n. 3/2024 di «Rps» («Quo vadis» cioè Dove vai?) si intende cogliere tre aspetti della situazione in cui si trovano, oggi, i professionisti della salute in Italia. Le peculiarità di tale situazione vanno individuate: 1° nella crisi del lavoro legata alla pandemia che sta portando alla fuga dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) molti camici bianchi (siano essi medici che infermieri); 2° nella transizione che la crisi pandemica (assieme alle scelte di politica sanitaria effettuate negli anni precedenti) sembra delineare tra un sistema sanitario eminentemente pubblico e uno sempre più privato; 3° nelle scelte che il personale sanitario, soprattutto giovane e di genere femminile, farà in merito al lavorare all'interno del sistema pubblico, determinandone o meno la sua futura esistenza.

Come insegna Hirschman (1987), di fronte al deterioramento di una organizzazione (sia essa politica che di mercato) le risposte che ciascun soggetto può dare sono di tre tipi: andarsene (*exit*), protestare (*voice*), affermare la propria appartenenza all'organizzazione (*loyalty*) malgrado l'insoddisfazione che da essa deriva. Secondo il sociologo tedesco, il comportamento generalmente più frequente ad opera di soggetti insoddisfatti è la protesta, ma nell'ambito dei servizi pubblici e di interesse comune sarebbe la lealtà a prevalere. Tuttavia, oggi, rispetto agli anni settanta la situazione appare molto cambiata al punto che, proprio nell'ambito pubblico dei servizi sanitari, sembrerebbe prevalere l'*exit*, mentre scarsa sembra essere la *voice* e altrettanto limitata la *loyalty*.

2. La fuga ovvero l'*exit*

Era maggio 2021 quando il professore di management Anthony Klotz, dell'University College of London (Ucl), coniò il termine «The Great Resignation» (Le grandi dimissioni) per descrivere l'ampio movimento di persone che stavano lasciando il proprio lavoro per farne un altro. Da allora, si sono susseguiti numerosi studi che di tale movimento hanno

cercato di dare l'entità e soprattutto le cause all'interno di differenti paesi e ambiti settoriali. L'ipotesi sottostante a tali indagini è che la crisi pandemica abbia innescato un processo sociale di grande portata rispetto al quale molti degli imperativi produttivi e delle condizioni lavorative, dettati dalle logiche neoliberiste dominanti, sono diventati manifesti e al tempo stesso incongrui rispetto ai disagi e alle disuguaglianze che hanno creato. Nella difficoltà di riferirsi a possibili riforme di sistema, molti individui hanno cominciato ad utilizzare una specifica modalità di *exit*. Anziché compiere rivoluzioni e rotture o individuare nuove strategie, ci si è «sottratti» cercando una soluzione individuale, spesso dettata dal «mettersi in salvo, de-celerare, prendere tempo» (Coin, 2023). Tale processo si dimostra molto evidente in ambito sanitario e, nello specifico, in Italia, come documenta questo numero di «Rps».

Per comprendere tale dinamica occorre guardare ai processi di destrutturazione del lavoro professionale in sanità degli ultimi decenni, paralleli alle trasformazioni delle politiche sanitarie nello stesso periodo di tempo. Per quanto riguarda il nostro paese, infatti, si è assistito, a partire dagli anni ottanta del Novecento, a due grandi trasformazioni (con influenze reciproche) che hanno riguardato, da un lato, la creazione e al tempo stesso l'indebolimento di un sistema sanitario universalistico (Vicarelli, 2023; Giorgi, 2024) e, dall'altro, la crisi e la delegittimazione delle professioni di cura (Geddes e al., 2024).

Riguardo ai medici, va sottolineato che, nel corso del Novecento, essi hanno vissuto «un'epoca d'oro» contrassegnata da posizioni privilegiate in termini di potere politico, status sociale e classe economica di appartenenza. Grazie a una collocazione monopolistica nel mercato del lavoro, essi hanno conosciuto un periodo di «dominanza» (Freidson, 1970) che ne ha determinato un indiscusso ruolo nell'influenzare, a proprio vantaggio, le politiche sanitarie e i contesti lavorativi, nonché le relazioni con gli utenti e le altre professioni sanitarie (Tousijn, 2000; Vicarelli, 2010). Quest'ultime, pur partendo da posizioni meno privilegiate, hanno ottenuto, nel tempo, garanzie lavorative e percorsi formativi universitari che ne hanno modificato il carattere di occupazioni ausiliarie a favore di un riconoscimento professionale a tutti gli effetti. Con l'espandersi delle politiche neoliberiste e del New public management (Npm), tuttavia, le professioni mediche hanno conosciuto una crisi strisciante derivante tanto dall'aziendalizzazione del Ssn e dal prevalere di logiche manageriali su quelle cliniche, quanto da posizioni crescenti di sfiducia nei loro riguardi provenienti da cittadini insoddisfatti o comunque alla ricerca di relazioni meno gerarchiche e di potere

(Tousijn e Vicarelli, 2006). A tale indebolimento culturale e sociale delle professioni mediche si sono aggiunte condizioni di regolamentazione del lavoro, all'interno del Ssn, che ne hanno determinato una crescente flessibilizzazione (Vicarelli, 2022). Si tratta di una flessibilità che riguarda i contratti di lavoro (sempre meno stabili e a tempo indeterminato), le possibilità di carriera (con tagli alle posizioni apicali di struttura complessa), le retribuzioni (con cali dovuti al blocco dei contratti di lavoro e al loro difficile riavvio), le condizioni di lavoro (con deroghe all'orario in termini di turni, godimento delle ferie e dei riposi ecc.), il luogo di lavoro (con equipe itineranti nelle grandi aziende territoriali con più ospedali), fino alle modifiche relative all'età di pensionamento e alle stesse modalità di assunzione in deroga ai requisiti precedenti (ad esempio con la status ancora di specializzandi a seguito della crisi pandemica). Questo ampio processo di deregolamentazione del mercato del lavoro ha riguardato anche le professioni sanitarie, seppure in misura più limitata.

È in tale contesto, dunque, che in Italia vanno lette le «Grandi dimissioni» in sanità che si presentano, peraltro, come un fenomeno che accelera la crisi del sistema. In troppi casi, infatti, il personale che resta si trova a far fronte anche al lavoro dei colleghi che se ne sono andati, in una situazione che ne aumenta i carichi di lavoro e ne acuisce l'insoddisfazione. Una difficoltà che si riverbera nelle relazioni con i pazienti e nella qualità dei servizi offerti, con un incremento del disagio dei cittadini (ampliato dai tagli alla spesa sanitaria e ai servizi) e del loro grado di violenza nelle relazioni con i professionisti della salute. Ciò significa che può crearsi una situazione insostenibile, all'interno della quale le dimissioni, superata una certa soglia critica, rischiano di aprire a nuove fughe innescando un circolo vizioso.

3. La transizione ovvero la necessità di voice

Il ritardo con cui in Italia si è giunti alla istituzione del Ssn, in epoca cioè di nascente stato neoliberista, spiega, in certa misura, le modifiche che sono state fatte alla strutturazione e al funzionamento del sistema pubblico attraverso modalità di crescente aziendalizzazione e regionalizzazione. D'altro canto, la necessità di limitare la spesa sanitaria pubblica è il risultato, negli anni Duemila, anche di condizioni economiche e politiche difficili, al di là delle pressioni internazionali per una revisione del sistema di welfare (Vicarelli, 2023). Prima della pandemia, di

conseguenza, il Ssn dimostrava una deriva in merito all'universalismo dei servizi sanitari offerti, di cui erano indice tanto le disuguaglianze territoriali nella garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), quanto l'incremento nell'offerta e nell'utilizzo di servizi sanitari privati (siano essi convenzionati che privati di mercato).

In Italia, per molti anni, l'ambito privato dei servizi ha avuto un ruolo ancillare rispetto al sistema mutualistico prima e al sistema sanitario pubblico poi (Vicarelli e Pavolini, 2009). Circoscritti a segmenti socio-sanitari e a basso contenuto clinico (come le lungodegenze per anziani) o a settori di intervento limitati (ad esempio l'ortopedia, l'odontoiatria o l'oculistica), i servizi privati, a partire dagli anni Duemila, hanno assunto una nuova veste soprattutto in termini tecnologici, andando a coprire non solo le degenze, ma sempre più le prestazioni specialistiche ambulatoriali e i laboratori di analisi. Come hanno scritto di recente Geddes e Giorgi (2023), le aree di presenza del privato sono numerose e possono essere distinte guardando tanto al finanziamento che all'erogazione dei servizi. Nello specifico, il finanziamento privato di servizi e prestazioni concerne: il pagamento diretto della prestazione (*out of pocket*); le assicurazioni private e le forme mutualistiche; il welfare aziendale. A sua volta, l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte del privato concerne l'erogazione di prestazioni in proprio da parte del privato (il Privato privato); l'erogazione di prestazioni del privato per il Ssn (Privato convenzionato); l'attività privata all'interno della struttura pubblica (libera professione intramoenia); lo svolgimento da parte del privato di attività all'interno della struttura pubblica (esternalizzazioni). Secondo alcune stime (Collicelli, 2023), nel 2023 il privato accreditato erogherebbe il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% di quelle per acuti (con alcune Regioni ben al di sopra, come il Lazio al 50% e Lombardia al 40%) e l'84% delle Rsa. All'incremento di tale settore, peraltro, ha fatto seguito una sua maggiore legittimazione al punto di mettere sullo stesso piano, come se fossero omologabili, i servizi pubblici e quelli privati a convenzione. Nonostante questi ultimi siano regolati da norme contrattuali definite dalle Regioni e dalle aziende sanitarie e nonostante siano finanziati con risorse pubbliche, non è certo che offrano, per qualità e specializzazione degli operatori, servizi e prestazioni del tutto paragonabili a quelli del Ssn. Essi, inoltre, non hanno le stesse modalità di trasparenza e rendicontazione sociale, bensì obbiettivi di Margine operativo lordo (Mol) per remunerare gli azionisti (Banchieri, 2024).

Ammesso, dunque, che il sistema sanitario italiano sia già oggi un

sistema in certa misura misto, va compreso se le strade che si prospettano sono quelle di una maggiore incidenza del privato (in tutte le sue forme) e la sua deregolamentazione, oppure un rafforzamento del Ssn rispetto al quale alcuni segmenti del privato possono contribuire a garantire il diritto alla salute dei cittadini, condividendone una progettualità valutabile, verificabile, rimodulabile sulla base dei risultati operativi e dei bisogni di salute.

In questa direzione sarebbe necessario un grande progetto di *voice*, cioè di creazione di consenso e di progettazione per un effettivo rilancio del sistema pubblico, al di là delle strumentalità economico-finanziarie del Piano nazionale di rilancio e resilienza (Pnrr). In altri termini, occorrerebbe passare dalla *Great Resignation* ad una *Great Re-Negotiation* (Leigh, 2022), così da garantire una effettiva efficacia ed efficienza del Ssn che deve necessariamente passare dal coinvolgimento del personale e dalla messa in discussione delle attuali modalità di lavoro.

Le attività lavorative, soprattutto in sanità, sono ancora organizzate sulla base del modello taylorista-fordista che ha ottenuto nuovi riconoscimenti con i processi di ingegnerizzazione che hanno fatto seguito all'aziendalizzazione del Ssn. Un secolo fa, Taylor e Ford hanno introdotto la settimana lavorativa di cinque giorni e la giornata di otto ore, nonché il controllo scientifico dei modi e dei tempi di lavoro. Oggi, nonostante grandi trasformazioni tecnologiche e socioculturali, tali forme organizzative restano dominanti, incidendo ampiamente sulla salute e sul benessere dei lavoratori, nonché sulla loro motivazione professionale. Né si discostano da tale modello le forme di *lean-organization*, utilizzate in alcuni ambiti sanitari, che riadattano il taylorismo con gli strumenti del modello giapponese (il Toyotismo). Peraltro, nelle organizzazioni sanitarie, i professionisti della salute hanno perso quella autonomia gestionale della propria attività che in passato contraddistingueva le libere professioni, trovandosi entro ruoli ibridi in cui forme tradizionali e forme burocratico-produttive caratterizzano le loro azioni. Tale mutamento del professionalismo (denominato in letteratura neoprofessionalismo o professionalismo ibrido) (Kirkpatrick e al., 2005; Noordegraaf, 2015), coniugato con la destrutturazione del sistema pubblico, è alla radice, in Italia, non solo della fuga dal Ssn, ma del disagio del personale occupato ed ancor più della bassa attrattività delle professioni di cura.

Interrogarsi, dunque, sulla possibilità di trattenere o di attrarre di nuovo i professionisti della salute nel Ssn significa provvedere ad un ripensamento profondo delle forme organizzative a partire dal tempo e dallo

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

spazio di lavoro (comprensivo degli ambienti di lavoro). Dal momento che lo spazio e il tempo sono costrutti culturali (Hall, 1966, 1983) che riflettono modi di essere e di sentire legati ai contesti territoriali e alle loro trasformazioni periodiche, appare evidente che essi debbano essere ripensati e rinegoziati a seguito dei cambiamenti prodotti dalla pandemia da Covid-19 e ancor prima dai processi globali connessi al neoliberismo. In letteratura, ad esempio, vanno emergendo indicazioni su come le giovani generazioni (Spina, 2017), in larga parte di genere femminile, percepiscano lo spazio lavorativo in modo sempre più flessibile e fluido, così come l'impegno del proprio tempo sia di vita che di lavoro (Leigh, 2022). D'altro canto, alcune sperimentazioni fatte in paesi diversi, come Islanda, Belgio, Giappone, Nuova Zelanda, hanno dimostrato che la riduzione delle ore di lavoro ha un effetto diretto sull'aumento della produttività, così come un miglior bilanciamento tra vita lavorativa e familiare (Hirschi, 2022; Coin, 2023).

La necessità di uscire da una visione riduttiva e lineare di organizzazione, per entrare in una dimensione di complessità sembra, dunque, proporsi come la nuova sfida per rilanciare il sistema sanitario pubblico e il lavoro al suo interno (Morin, 2017). Si tratta, evidentemente, di un obiettivo culturale, oltre che politico-sindacale, su cui misurare il benessere dei lavoratori della sanità e la stessa continuità di un Ssn che renda fattuale il diritto costituzionale alla salute, a partire da quello di chi ci lavora direttamente.

4. *Verso una nuova loyalty*

Le modifiche organizzative e nelle condizioni di lavoro sembrano, dunque, necessarie per far fronte alla grande fuga dal Ssn e più in generale ai processi di disaffezione e bassa attrattività delle professioni di cura. Il sindacato, come soggetto collettivo plurimo, ha un grande ruolo e una grande responsabilità in tal senso. Una «Grait Re-Negotiation», tuttavia, richiede profonde capacità tecniche (di conoscenze e di pratiche applicate al contesto) ma, al tempo stesso, una nuova visione del sistema pubblico e delle sue diverse modalità professionali. Ciò significa rinnovare i valori personali e collettivi che rappresentano il capitale più prezioso su cui continuare a sostenere il Ssn.

Come ricorda sempre Hirschman (1987), gli esseri umani danno senso alla vita non solo attraverso il perseguimento dei propri interessi, ma anche, ad esempio, attraverso l'amore e il senso civico, beni radical-

mente antieconomici, la cui disponibilità cresce quanto più li si pratica. Questo non implica in alcun modo una visione romantica e idealizzata, non evoca eroismo o vocazione al sacrificio come si è fatto durante la pandemia. Costruire capitale sociale diventa un beneficio, piuttosto che un costo, se e in quanto il singolo individuo è inserito in uno specifico orizzonte di relazioni sociali il cui significato non è meramente strumentale al raggiungimento dei propri fini (anche se può esserlo), ma risponde a un senso di obbligazione e di responsabilità verso gli altri, anche in termini istituzionali. Ciò assume tanto più rilievo se applicato all'ambito della cura e della salute intesi come beni comuni. Valori di condivisione della responsabilità verso il benessere collettivo e di lealtà verso le istituzioni (nello specifico il Ssn) implicano specifiche relazioni con lo Stato, il mercato e la comunità. In primo luogo, prevedono l'accettazione di un assetto del welfare teso verso prestazioni sociali universalistiche, unitamente a politiche selettive in positivo per i più fragili. In secondo luogo, questo stesso orizzonte culturale non può che riflettersi sulla qualità delle relazioni di mercato, determinando il tessuto etico in cui avvengono le transazioni economiche: affidabilità degli attori, rispetto delle regole, ridotta incidenza di comportamenti opportunistici. In terzo luogo, tali valori designano qualità antitetiche rispetto a quelle del *free rider*, cioè di colui che non si sente vincolato da alcuna obbligazione sociale quando gli altri si impegnano per ottenere un beneficio che andrà anche a suo vantaggio.

Rispetto a queste dimensioni, in Italia, convivono atteggiamenti e posizioni diverse. Da un lato, esiste una lunga tradizione di ricerca che ha indagato la diffusione di orientamenti particolaristici come il familismo di Banfield (1976), il provincialismo (*parochialism*) di Almond e Verba (1963) o l'arretratezza socioculturale secondo Tullio-Altan (1986). Il noto studio di Putnam (1993) si richiama esplicitamente a queste ricerche sottolineando i differenziali in capitale sociale presenti nelle regioni italiane. Né la diffusione recente dei valori neoliberalisti (esaltanti l'individualismo anche edonistico) ha migliorato quella che sembra una continuità storica. Dall'altro lato, proprio sulla sanità e sulla salute l'Italia vanta un'altrettanto lunga esperienza di impegno delle associazioni di base e del volontariato (laico e cattolico), nonché la capacità di aver creato un sistema sanitario universalistico tra i più protettivi, nonostante le riduzioni che ha conosciuto negli ultimi due decenni. Il personale che lavora nel Ssn condivide, ancora, queste aspirazioni valoriali che necessitano, però, di essere sostenute e rivitalizzate.

Nella ricerca di valori individuali e collettivi per rilegittimare il Ssn ci

sembra, allora, che si possano individuare tre «serbatoi» ai quali guardare e da cui trarre nuove alleanze. Da un lato, si pongono quei movimenti (costituiti da giovani generazioni) e quei soggetti istituzionali (del settore pubblico della prevenzione) che sostengono la necessità di rileggere la salute nell'ottica dei rischi ambientali. D'altro canto, il Pnrr, per rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del paese nell'affrontare gli impatti sanitari associati ai rischi ambientali e climatici, ha definito una serie di investimenti sinergici di ampia portata. Essi sono relativi al rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di Snps-Snpa (Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici – Sistema nazionale di protezione dell'ambiente) sia a livello nazionale che regionale e locale. L'obiettivo è quello di migliorare le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche, la ricerca applicata, nonché la formazione continua. È questo un ambito particolarmente cruciale in termini di valori e di azioni per le generazioni future che necessita di essere interpretato e inserito all'interno di un ampio processo collettivo di sostegno del Ssn.

Il secondo «serbatoio» è dato, ci sembra, dai valori e dalle aspirazioni degli studenti che frequentano, attualmente, le facoltà di medicina (sia per le professioni sanitarie che per quelle mediche). Qui si incontrano, senza che comunichino all'interno di un condiviso universo valoriale, discipline e forme di apprendimento differenti, sulle quali le nuove tecnologie (a partire dalla Intelligenza artificiale) sembrano assurgere a fini piuttosto che a strumenti della cura. Più in generale, come ha scritto la Commissione Lancet (2010), la formazione dei professionisti della cura non ha tenuto il passo con le sfide ambientali, epidemiologiche e demografiche, 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 (Geddes e al., 2024). 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. Gli studenti di medicina, proprio a partire da tali premesse, possono, dunque, diventare interlocutori e nuovi alleati nella ricerca di rilegittimazione del Ssn.

Il terzo «serbatoio» va individuato, ci sembra, nei movimenti e nelle associazioni (pubbliche, private e di privato sociale) che sostengono i processi di riconfigurazione dei servizi sanitari territoriali e che sperano di trovare nelle Case della comunità (previste dal d.m. 77) una nuova modalità di risposta (integrata e di prossimità) ai bisogni di cura e di salute della popolazione. In questo mondo variegato che, in parti consistenti del territorio italiano, sostiene e si integra con i servizi erogati dai Distretti sanitari sono radicate forme e principi di capitale sociale che dovrebbero sostenere il processo di rilancio del Ssn e dei suoi operatori più diretti, a partire da una rinnovata dimensione valoriale.

5. Risorse umane e organizzazione del lavoro nella crisi del sistema sanitario pubblico

Nell'ottica dell'analisi e della ricerca di soluzioni per uscire dalla crisi del lavoro nel sistema sanitario pubblico, si pongono i contributi presentati in questo numero de «la Rivista delle Politiche Sociali». Essi consentono di approfondire alcuni percorsi che hanno messo sotto stress il Ssn e stanno facendo vacillare la sua «cifra» fondamentale, cioè l'universalismo, nonché la sua stessa esistenza. Al tempo stesso essi presentano alcuni suggerimenti per uscirne o per trovare strumenti di miglioramento e di rilancio. Siamo fermamente convinti che un punto privilegiato di osservazione su quanto sta accadendo nella sanità italiana possa essere dato da una ricognizione sull'impiego delle cosiddette «risorse umane»: medici, infermieri e tutte le altre professioni della cura. Un primo tassello del nostro processo cognitivo è allora quello di collocare il sistema italiano nel quadro del contesto europeo: a tale compito è stato dedicato il contributo di Ivana Fellini. Guardando all'occupazione nel settore sociosanitario e raffrontandola con la popolazione emergono in Europa profonde differenze strutturali con una netta contrapposizione – come scrive l'autrice – tra i paesi del nord Europa, l'Olanda e la Germania, con un settore sociosanitario molto sviluppato, e quelli del sud e dell'est Europa in cui l'occupazione in questo comparto è limitata, soprattutto quando valutata in relazione alla popolazione potenzialmente beneficiaria dei servizi. L'Italia si conferma come un paese da sempre caratterizzato da un grave sottodimensionamento degli occupati nei settori della sanità e del welfare e, malgrado la crescita degli occupati nella sanità negli ultimi anni (anche a seguito del Covid), la sua posizione relativa non appare modificata. Se proviamo ad isolare

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

il solo comparto della sanità si scopre come attualmente il nostro paese (con soli 23,2 occupati ogni 1.000 abitanti) faccia registrare il valore più basso tra i paesi dell'Europa occidentale e meridionale, assai distante da quello dei paesi che investono maggiormente nella sanità. Concentrando poi lo sguardo sui servizi di cura residenziali e sui servizi sociali, il sottodimensionamento rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale e continentale risulta ancora più rilevante.

Prendendo in considerazione la struttura dell'occupazione emerge innanzitutto un dato assai importante nel rapporto tra infermieri e medici: il nostro paese, insieme alla Spagna, compare fra i paesi con il valore più basso (1,5), di gran lunga inferiore alla media Oecd dei paesi europei. Complessivamente l'autrice mette in evidenza come nei paesi in cui il sistema sociosanitario è poco sviluppato tendano a prevalere le professioni mediche e specialistiche, mentre in quei paesi in cui l'occupazione sociosanitaria è più sviluppata il contributo delle professioni tecniche, infermieristiche e di assistenza è relativamente più importante o comunque la struttura professionale è più composita. L'Italia, in tal senso, presenterebbe una struttura in cui le professioni tecniche (le professioni della riabilitazione, le professioni infermieristiche non specializzate, i tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro, le professioni tecnico-sanitarie dell'area diagnostica e assistenziale) assorbono una quota molto elevata dell'occupazione sanitaria: ciò, tuttavia, dipende anche dal fatto che gli infermieri sono classificati esclusivamente in questo gruppo.

Infine, l'analisi comparativa sulla stabilità (occupazione a tempo indeterminato vs occupazione con contratto temporaneo) e sull'intensità (occupazione full time vs. occupazione part time) dell'occupazione nel settore sociosanitario appare assai complessa da declinare: in Italia il settore sociosanitario risulterebbe un po' più stabile di quello dei servizi collettivi e dell'occupazione complessiva. Per quanto riguarda, invece, la diffusione del part time, l'autrice evidenzia come il nostro paese appartenga a quel gruppo di welfare state in cui il part time appare assai diffuso tra le professioni di assistenza e le professioni tecnico-sanitarie, a fronte di una minore diffusione tra quelle infermieristiche. Si tratta, però, di uno dei paesi in cui fra coloro che lavorano nel settore della sanità è più diffuso il part time «involontario», cioè non scelto: oltre la metà degli occupati e circa la metà delle occupate a tempo parziale hanno subito l'attuale condizione, in assenza di un'adeguata domanda di lavoro full time. Ciò troverebbe un puntuale riscontro negli altri comparti principali del welfare.

Il sottodimensionamento del settore sociosanitario, la composizione squilibrata dell'occupazione fra le diverse professioni della cura e la difficoltà ad ottenere un contratto full time hanno indubbiamente contribuito alla profonda insoddisfazione del personale, sia medico che infermieristico: tale insoddisfazione, aggravata dai bassi livelli retributivi e dalle pesanti condizioni lavorative, ha generato (e sta generando) in misura non trascurabile fenomeni di abbandono del Ssn. Le «Grandi dimissioni» non riguardano solo il nostro paese e, come Elena Spina dimostra nel suo contributo, dovrebbero imporre importanti svolte nelle politiche pubbliche rivolte alla sanità. Come scrive l'autrice, la domanda di lavoro dovrebbe necessariamente adattarsi per poter colmare le posizioni vacanti generate dalle grandi dimissioni. Essa dovrebbe imparare a riconoscere l'offerta e predisporre un mix di fattori di attrazione: prevedere cioè, accanto a quelli tradizionali basati sulla leva economica, sulle credenziali formali, sulle opportunità di avanzamento professionale e sullo status, anche fattori innovativi incentrati sulla flessibilità, sul mantenimento della salute e del benessere, sulla creatività, sulla creazione di legami fiduciari e relazionali.

Di fronte ad una domanda crescente di servizi sanitari, così come di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie, dovuta ad una molteplicità di cause, dall'invecchiamento della popolazione alla crescita delle malattie croniche, da una maggiore attenzione al proprio benessere da parte del cittadino ad un aumento spesso ingiustificato del «consumismo sanitario», l'uscita di quote non irrilevanti di professionisti della sanità rischia, infatti, di compromettere seriamente in Italia, come nei principali paesi europei, il funzionamento del Sistema sanitario e quindi la possibilità di cura. Assai ricca appare la tipologia dei fattori all'origine delle Grandi dimissioni nella sanità: dalla difficoltà a reggere i servizi colmando i vuoti di personale, causati da pensionamenti, dimissioni, assenteismo, fuoruscita dal sistema, alla forte pressione psicologica sugli attori, specie a fronte di emergenze e alla crisi pandemica, dalla difficile conciliazione fra tempi di vita e tempi di lavoro alla crisi ed alla mancata ricalibratura dei processi formativi, dai persistenti fenomeni di Gender pay gap (nonostante i rilevanti processi di femminilizzazione del settore) alle difficoltà di finanziamento dei sistemi sanitari.

Già dal 2009-2010 i dati fanno registrare nel nostro paese una riduzione del personale medico ed infermieristico all'interno del Ssn, unitamente alla crescita delle assunzioni a tempo determinato; la crisi pandemica non ha di fatto interrotto tali tendenze. Quasi 9.000 medici hanno volontariamente lasciato il Ssn negli ultimi cinque anni (2019-2023),

scegliendo di continuare l'attività nei circuiti clinici privati o addirittura all'estero. La quota di abbandoni appare in aumento negli anni più recenti, lasciando quindi intravedere la possibilità di una tendenza crescente, in assenza di cambiamenti strutturali ed economici significativi. In maggiore aumento appare la quota del personale medico in uscita sotto i 40 anni; prevalente appare la componente femminile, sia pure con significative differenziazioni territoriali. A giovani e donne andrebbero, quindi, rivolte le maggiori attenzioni qualora si intendesse porre fine o comunque rallentare tali «fughe». Nuove assunzioni, incrementi retributivi e maggiori risorse veicolate verso il Ssn appaiono sicuramente le prime mosse da mettere in campo per ovviare all'esodo, ma non appaiono in grado di centrare tale obiettivo se non si agisce allo stesso tempo anche sull'organizzazione del lavoro e sulla revisione dei processi formativi. Occorrerebbe, infine, rivedere il funzionamento dei grandi sistemi sanitari alla luce della femminilizzazione di tali mondi e delle nuove culture valoriali delle nuove generazioni.

In aggiunta agli abbandoni del lavoro da parte di medici e infermieri occorre evidenziare una carenza di domande alle scuole infermieristiche e ai corsi di specializzazione in importanti settori: medicina d'urgenza, anestesia e terapia intensiva, chirurgia generale ecc. Alla criticità legata alla possibilità di trattenere il personale si somma, dunque, quella del reclutamento: qui lo scenario appare ancora più complesso perché legato all'avvento di nuove generazioni di lavoratori, generazioni che, come scrive Elena Spina, introiettano culture diverse, che sono mosse da motivazioni diverse, che nutrono aspettative diverse, che esprimono ideali e valori diversi. Ciò a dimostrazione di una crisi che mette seriamente in discussione la possibilità per il sistema pubblico di *curare tutti* e con la *stessa efficacia*.

L'attuale organizzazione del lavoro nelle strutture sanitarie contribuisce, come si è visto, alla crescente disaffezione di un numero non irrilevante di professionisti della cura ed alla crisi di alcune specialità. La medicina di emergenza e urgenza, come fa notare Enrico Maria Piras nel suo contributo, è forse la specialità maggiormente in sofferenza: lo testimoniano il tasso di abbandono, così come le crescenti difficoltà nella formazione e nel reclutamento. Osservando i posti di specialità messi a bando balza agli occhi una percentuale di iscrizioni poco sopra al 30% delle posizioni disponibili. Molti sono gli elementi esplicativi della scarsa attrattività della figura dell'«emergenzista» e del lavoro in pronto soccorso (Ps): la difficoltà nella conciliazione con i tempi di vita, l'impossibilità di esercitare una lucrativa libera professione, l'ostilità

ambientale e l'esposizione alla violenza dell'utenza. Accanto a queste, non meno importante è la scarsa considerazione di cui gode la medicina di emergenza e urgenza rispetto ad altre specialità.

I dati presentati nel contributo derivano da una ricerca di carattere etnografico condotta in due Ps di due grandi ospedali del Nord e del Centro Italia. L'analisi delle pratiche introdotte e del comportamento degli attori ha consentito di evidenziare tre dimensioni diverse, complementari fra loro, delle prestazioni erogate. Innanzitutto, il Ps si trova a fronteggiare una domanda estremamente differenziata, fatta di molti accessi impropri, dove la persona per il semplice atto di presentarsi è sicura di ricevere una prestazione: ciò rende il Ps un «nodo debole della rete di cura», dal momento che non dispone di un filtro e non può sottrarsi alle richieste dell'utenza. Allo stesso tempo, però, rappresenta il vero «accesso universalistico» al Servizio sanitario nazionale: tutti possono presentarsi, tutti, sia pure con modalità organizzative diverse, ricevono attenzione dal personale sanitario. Va poi considerata con attenzione un'altra dimensione: il Ps si trova di fatto a sopperire alle carenze ed ai limiti dei servizi sociali e socioassistenziali del territorio, così come della medicina territoriale. Le prestazioni erogate rispondono a domande che dovrebbero trovare risposta in altre aree del sistema di welfare. Ne consegue, come scrive Piras, che negli spazi del Ps ci si fa carico spesso di fornire un supporto a famiglie in difficoltà, magari tramite il prolungamento del periodo di osservazione in degenza di pazienti con difficoltà familiari, o l'attivazione di relazioni con la rete delle residenze assistenziali. Tali pratiche si rifanno ad una cultura dell'accoglienza e della surroga, che caratterizza fortemente il funzionamento dei Ps oggetto dell'analisi. Ma c'è anche un'altra dimensione da mettere in evidenza. Tramite il rapporto con gli altri servizi ospedalieri i professionisti dei Ps riescono spesso ad accelerare i processi di cura dei pazienti trattati: si attivano percorsi preferenziali ed accesso a prestazioni specialistiche altrimenti complicati da usufruire dall'esterno per il singolo paziente, consentendo quindi di evitare lunghe liste di attesa. Quell'accesso universalistico al Ssn che abbiamo prima evidenziato trasforma quindi in alcuni contesti il ruolo dei Ps da nodo «debole» a nodo «forte» della rete di cura. In questo «gioco complesso» di domanda e offerta appaiono destinati a saltare spesso profili rigidi e standardizzati di comportamento degli operatori: mantenere un alto grado di discrezionalità, unitamente ad una elevata sensibilità sociale ed alle molte competenze richieste, appare indispensabile per praticare la medicina di emergenza e urgenza. Il lavoro etnografico ha consentito di far

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

emergere ciò che alimenta le molte pratiche del Ps: una profonda «etica della responsabilità», accanto ad una ben radicata «etica della cura». Enthusiasmo e dedizione, «identificati in letteratura quali motivazioni alla scelta della specialità», emergono in moltissimi casi che assai spesso non richiederebbero pratiche emergenziali, ma che vengono tuttavia attivate nel «miglior interesse del paziente». Si conferma la natura «ibrida» di questo nodo della rete di cura in cui i tratti della specialità invadono spesso i confini della medicina generale, così come quelli dei servizi sociali. Appare così difficile prevedere nel breve termine cambiamenti rilevanti caratterizzati, ad esempio, da una consistente riduzione degli accessi impropri; anzi, in assenza di una profonda riorganizzazione del lavoro nelle principali strutture sanitarie, a partire da una rifondazione della medicina territoriale, i Ps appaiono destinati ad una crescita di domande e di compiti cui dovrebbero assolvere altri soggetti del Ssn.

Se i Ps rappresentano la porta di accesso universalistica al Ssn, le residenze per anziani ne costituiscono invece la porta terminale, riservata ai soggetti più fragili che non possono essere assistiti a domicilio o la cui cura non può essere sopportata dai nuclei familiari. Ben noti sono a livello internazionale i tratti caratteristici del lavoro in tali residenze che si possono riassumere in bassi salari e forte precarizzazione. Come scrivono gli autori, emerge, inoltre, una mancanza/carenza endemica di personale medico ed infermieristico, che comporta spesso uno scarico di responsabilità inerenti allo svolgimento di attività che attengono di più alla tutela della salute degli anziani ricoverati, su professionisti dediti invece essenzialmente a mansioni di tipo assistenziale. Ciò ha forti implicazioni problematiche sia sugli stessi lavoratori coinvolti, sia sotto un profilo di garanzia della qualità dell'assistenza nelle residenze. Prendendo in considerazione il caso italiano l'analisi di Arlotti, Bernardi, Ciommi e Rossotti si concentra sul lavoro professionale di cura, che riguarda gli operatori sociosanitari ed assistenziali (con esclusione, quindi, degli infermieri). Tali operatori rappresentano la componente centrale del lavoro nel settore delle residenze per anziani: stando ai microdati Istat analizzati, essi rappresentavano, infatti, nel 2022 il 57% sul totale degli occupati nelle residenze. Il welfare italiano nel suo insieme, come è noto, si presenta per una minore incidenza del comparto dei servizi, se raffrontato con i principali regimi di welfare del centro e del nord Europa: e ciò trova un preciso riscontro nel quadro dei servizi di residenza per anziani. L'occupazione in questo settore in Italia registra il valore più basso (5,3 occupati ogni 1.000 abitanti), un dato che risulta essere circa la metà anche del valore medio Eu-27. Guardando poi al

rapporto fra occupazione e popolazione anziana emerge come «il numero di occupati nelle residenze rapportati alla popolazione anziana in Italia varia da uno scarto di circa 4-5 volte inferiore rispetto a quanto si registra nei paesi scandinavi, e di circa 2 volte più basso nel confronto con i paesi continentali, la Spagna e la media Eu-27».

All'interno di tale quadro si possono delineare i caratteri fondamentali dell'occupazione degli operatori socio-sanitari ed assistenziali nelle Rsa: fortissima femminilizzazione (84%); una incidenza di stranieri (21%) maggiore sia rispetto alla stessa categoria professionale negli ospedali, che per quanto concerne il settore complessivo del welfare dei servizi; una quota più contenuta di lavoratori anziani (over 50), rispetto alla stessa qualifica professionale degli ospedali e dei servizi di welfare in generale. Passando poi ad analizzare le caratteristiche contrattuali di tali lavoratori emerge innanzitutto una maggiore diffusione del part time rispetto sempre al lavoro ospedaliero e nei servizi di welfare delle corrispondenti categorie; quindi una forte incidenza di part time involontario, per oltre la metà dei lavoratori, ben più alta rispetto ai già summenzionati termini di comparazione; una incidenza di condizioni di lavoro intensive, in termini di turni e giorni lavorativi (che includono anche quelli festivi), ben maggiore che nel settore ospedaliero. Pur essendo il comparto delle residenze per anziani all'interno del perimetro dei servizi del Ssn e dei Livelli essenziali di assistenza e pur dovendo rispondere ai diversi requisiti richiesti a livello regionale dai processi di accreditamento, questi servizi fanno fatica ad essere inquadrati e sostenuti efficacemente nel sistema italiano di welfare: anzi l'offerta pubblica di tali servizi si è ridotta nell'ultimo decennio. Siamo così passati dall'universalismo nell'accesso ai Ps a quello che viene definito un universalismo incompiuto dei servizi residenziali per anziani: nonostante le speranze che si erano accese nel nostro paese per le risorse destinate alla sanità dal Pnrr e per la riforma delle politiche per la non autosufficienza messa in campo dagli ultimi due governi, il cui contenuto innovativo, tuttavia, è stato annullato dalla mancanza di risorse, così come dalla scarsa ed insufficiente decretazione successiva.

Un altro comparto assolutamente strategico per il Ssn è certamente quello della riabilitazione, vista l'evoluzione dei bisogni di cura, fra processi di invecchiamento e crescente diffusione di malattie croniche. Come è noto, la tipologia delle professioni della riabilitazione appare assai ricca: fisioterapista, logopedista, ortottista assistente di oftalmologia, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, podologo e

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

educatore professionale sanitario. Luisa De Vita e Orazio Giancola hanno condotto una survey che ha coinvolto oltre 14 mila professionisti della riabilitazione in Italia, con due grandi obiettivi: analizzare le condizioni professionali ed evidenziare le possibili correlazioni fra datori di lavoro (del pubblico, privato, privato accreditato, terzo settore) e caratteristiche delle attività svolte, in termini di reddito, condizioni di lavoro e soddisfazione. Non v'è dubbio, infatti, come il comparto sociosanitario abbia conosciuto negli ultimi anni importanti processi di esternalizzazione, dapprima nei servizi non clinici o di supporto per poi estendersi anche ai servizi clinici, soprattutto rispetto a quelle attività in cui erano fondamentali la riduzione dei costi e la necessità di acquisire conoscenze specializzate. Questi processi di esternalizzazione sono stati particolarmente pronunciati proprio per le professioni della riabilitazione che, considerate professioni tecniche ad alta intensità di lavoro, rientrano in quei servizi dove il costo della manodopera è la voce di spesa più elevata. Si è affermata allora con il tempo una governance complicata in cui il privato ed il terzo settore (soprattutto il comparto delle cooperative sociali) si sono affiancati stabilmente al pubblico, spesso sopravanzandolo in termini di importanza.

Il quadro naturalmente mostra profonde differenze territoriali, ma si può affermare, come scrivono gli autori, che tutto ciò abbia portato fino ad oggi ad un progressivo deterioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti coinvolti. Formalmente abbiamo assistito ad una crescita del lavoro autonomo, dove tuttavia spesso non appare facile distinguere quello «vero» dal lavoro dipendente «mascherato da autonomo». Volgendo poi lo sguardo al lavoro dipendente occorre sottolineare come, sia nel comparto sanitario che in quello assistenziale, lavorare nel pubblico o nel privato faccia una grande differenza: sia in termini economici che per quanto concerne le altre condizioni lavorative, con un deciso vantaggio per chi opera nel primo. Va inoltre ricordato come la proliferazione dei contratti nel pubblico abbia prodotto una minore capacità di tutela dei lavoratori da parte delle organizzazioni sindacali. Tirando le fila, si può comunque sottolineare come le professioni sanitarie siano sicuramente collocate in una condizione di minore forza e centralità rispetto a medici e infermieri e come, pur avendo guadagnato un riconoscimento formale con l'istituzione nel 2018 di un albo comprensivo per le professioni sanitarie, tali professioni siano ancora lontane dall'ottenere pieno riconoscimento e legittimità. Non v'è dubbio che si tratta di professioni che consentono un facile accesso al mercato del lavoro; rimangono tuttavia basse le condizioni reddituali.

Ciò può contribuire a comprendere perché oggi dopo anni di costante crescita degli immatricolati nei corsi di laurea per le professioni sanitarie si inizi invece a registrare un netto declino nelle iscrizioni, con la sola eccezione dei corsi di laurea in fisioterapia.

Entrando nel merito della situazione nazionale, la survey mette ben in evidenza alcuni tratti significativi della frammentazione delle condizioni lavorative di tali professionisti, a partire dal rapporto con il datore (i datori) di lavoro. La stragrande maggioranza di chi lavora nel pubblico ha solo quel datore di lavoro, mentre chi opera nel privato lavora spesso in più ambiti contemporaneamente con differenti datori di lavoro, dal privato puro agli studi professionali, dal privato convenzionato al terzo settore. Il «Pubblico» appare sovrarappresentato nell'area geografica del Nord-Est mentre il gruppo «Cooperative e Privato convenzionato» appare molto consistente nel Sud (58%) e in misura vicina al 50% dei casi nel Centro e nel Nord-Ovest. Prendendo in considerazione poi i livelli di reddito si conferma – scrivono gli autori – una profonda differenziazione territoriale: i lavoratori residenti nelle regioni del Mezzogiorno appaiono in netto svantaggio, mentre quelli delle aree del Nord figurano in una situazione di vantaggio relativo (con uno più spiccato vantaggio per i lavoratori dell'area Nord-Est). Raffrontando, invece, la situazione delle diverse professioni viene evidenziato come i fisioterapisti appaiano in una situazione di vantaggio relativo, mentre gli educatori professionali ricadano in una situazione di sensibile svantaggio relativo. Gli intervistati con datori multipli hanno un vantaggio relativo rispetto agli altri. I lavoratori sopra i 55 anni di età sono in una situazione di vantaggio relativo, mentre emerge con forza il visibile svantaggio della componente femminile: le posizioni a più alto reddito del settore privato sono prevalentemente maschili, mentre il settore pubblico appare decisamente più femminilizzato con un forte abbassamento dei redditi. Prendendo in considerazione il livello di soddisfazione, strettamente correlato al livello del reddito, tendono a riprodursi le medesime differenziazioni: le donne meno soddisfatte degli uomini, i fisioterapisti maggiormente soddisfatti, mentre educatori professionali e logopedisti mostrano una minore soddisfazione; chi opera al Sud largamente insoddisfatto rispetto a chi opera nel Nord. Il settore della riabilitazione al Sud appare decisamente residuale nel sistema sanitario pubblico, con una schiacciante prevalenza delle Cooperative e del Privato convenzionato: ciò rende più debole e fragile la condizione lavorativa rispetto a ciò che si otterrebbe nel pubblico. Tale fragilità colpisce maggiormente giovani e donne.

Complessivamente ci troviamo di fronte ad «un sistema sotto tensione in cui ad essere problematici sono non solo in maniera eclatante i livelli di reddito, decisamente molto bassi a fronte del carico di lavoro e della professionalità messa in campo, ma anche altri elementi connessi alla soddisfazione e legati al riconoscimento del proprio lavoro e alla crescita professionale». Abbiamo già richiamato i rilevanti processi in atto, destinati a cambiare radicalmente la domanda di sanità; aggiungiamo a ciò le trasformazioni demografiche e sociali delle strutture familiari, specialmente nelle regioni meridionali; le conseguenze, allora, di un settore della riabilitazione debole, cenerentola del Ssn ed ampiamente privatizzato, non faranno altro che accrescere in maniera significativa le esistenti disuguaglianze sociali.

Non v'è dubbio come in questo scenario appaiano assai rilevanti anche le caratteristiche dell'ambiente nel quale si presta la propria opera, caratteristiche che, sottolineano Francesca Dinelli e Marco Geddes, possono contribuire a rendere meno gravosa e più sicura – sotto molteplici aspetti (infortuni, rischi di aggressione, rischi di errori) – l'attività degli operatori; a facilitare i rapporti personali all'interno dell'équipe e con i pazienti; a favorire l'empatia con colleghi e con gli utenti; a ridurre la fatica non solo fisica, ma anche psicologica-emotiva.

L'ambiente di lavoro, proseguono gli autori, riveste una importanza fondamentale per i sanitari, che *vivono* in ospedale, nel senso che vi trascorrono giorni, ma anche notti, festività, momenti rilevanti della propria esistenza. Vi è poi un effetto indiretto, sul personale, della qualità ambientale, attraverso la sua azione sugli utenti: la possibilità di relazionarsi con pazienti più collaborativi, con caregiver disponibili a una maggiore presenza presso il paziente e a espletare una serie di funzioni, non sostitutive di quelle assistenziali ma fondamentali per il percorso di cura, in particolare per neonati e pazienti fragili, per i quali la continuità di relazione è elemento imprescindibile di *rilevanza terapeutica*.

Ricchissima è la panopia degli interventi che andrebbero messi in atto per rendere più efficiente ed efficace l'ambiente di lavoro ospedaliero, a cominciare dalla riduzione dei percorsi di accesso all'ospedale, al reparto o ai servizi, così come dei percorsi che si espletano per l'assistenza ai pazienti. Occorrerebbe portare attenzione sulla riduzione degli sforzi fisici degli operatori, da promuovere sia con adeguati processi formativi, che con l'introduzione e la predisposizione di tecnologie e strumentazioni a supporto degli stessi. Non vanno, inoltre, affatto trascurati la cura e l'incremento di spazi verdi, che hanno effetti non irrilevanti sulla riduzione del rumore, dell'inquinamento e delle temperature,

così come sulla promozione di attività fisica, e in definitiva sul benessere psichico di operatori, pazienti e caregiver. Andrebbe promosso un adeguato microclima (temperatura, umidità, ventilazione, ricambi d'aria) che appare fondamentale in ambienti di lavoro complessi come quelli sanitari. Occorrerebbe poi porsi l'obiettivo di ridurre il rumore in ospedale, che proviene da fonti diverse, dai sistemi di monitoraggio, dai dispositivi medici finalizzati al controllo del paziente, ma anche da fonti ambientali per la mancata insonorizzazione di soffitti e pareti, per la inadeguatezza degli infissi e dei comportamenti che favoriscono la diffusione del rumore (porte aperte).

Diventa essenziale, come già richiamato, anche in questo campo un forte investimento in strumentazioni tecnologiche onde incrementare la sicurezza degli operatori all'interno delle strutture ospedaliere, a partire dal Pronto soccorso. L'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti delle professioni sanitarie ha, infatti, registrato, nel 2023, 16 mila casi di violenza (2/3 di tipo verbale, il 26% di tipo fisico) ai danni degli operatori sanitari. Appare largamente auspicabile, secondo gli autori, avviare processi di cambiamento verso il cosiddetto *smart hospital*, ovvero verso la sempre maggiore digitalizzazione delle strutture sanitarie, e ciò sia in termini di edificio che di tecnologie. Anche l'uso sempre più rilevante dell'Intelligenza artificiale (Ia) può comportare notevoli benefici nel rendere più efficace l'attività di cura. Tutti i cambiamenti auspicati ed evidenziati da Francesca Dinelli e Marco Geddes avrebbero effetti assai significativi sulle modalità di lavoro e di cura nel nostro Ssn.

La recente evoluzione legislativa e contrattuale, così come le importanti differenziazioni fra condizioni di lavoro nel pubblico e nel privato rischiano di spingere il lavoro in sanità nella direzione opposta rispetto a quella che sarebbe necessaria intraprendere per valorizzare il Ssn e soprattutto promuoverne il cambiamento indispensabile per affrontare le nuove sfide in atto. Un mondo, quello del Ssn, sempre più al femminile (il 70% circa dei dipendenti è costituito da donne). La disamina compiuta da Serena Sorrentino sulle caratteristiche retributive e sull'evoluzione delle normative, oltre a sottolineare «l'inadeguatezza dell'attuale meccanismo di rivalutazione delle retribuzioni, al di là degli andamenti dell'inflazione», conduce a evidenziare come sia stata limitata proprio «l'espansione di tutta quella strumentazione contrattuale riconquistata dopo anni di blocco legislativo, che potenzialmente potrebbe essere in grado di valorizzare specificità, professionalità, competenze avanzate, complessità dell'attività svolta, a partire dal sistema degli incarichi».

Il legislatore, intervenendo su singole attività o su specifiche aree pro-

fessionali, ha addirittura indebolito tutta quella strumentazione che va a premiare il lavoro di equipe, multidisciplinare.

Inoltre la riforma delle professioni sanitarie e l'evoluzione del mercato del lavoro in sanità, unitamente alla moltiplicazione dei Ccnl nei settori privati sanitari e socio-sanitari, sta favorendo fenomeni assai preoccupanti come quello dei «gettonisti»: vengono così a determinarsi fenomeni distorsivi all'interno dei professionisti della salute, così come esiti spesso particolarmente negativi per la qualità della cura. Ciò in un contesto in cui i regimi fiscali differenziati mettono in atto trattamenti che finiscono con il privilegiare il lavoro autonomo rispetto al lavoro alle dipendenze, che rappresenta il «cuore» del Ssn. Nel contempo il governo, creando nuove figure professionali dal profilo assai incerto, quali «l'assistente infermiere», sembra muoversi soprattutto con l'obiettivo di ridurre il costo del lavoro, strizzando l'occhio agli erogatori privati di prestazioni. Tutto ciò rischia di ampliare il gap fra lavoro nel settore sanitario pubblico e lavoro nel settore sanitario privato.

Nel suo complesso l'indirizzo fino ad oggi prevalente del legislatore sembra scegliere «la via della separazione e della distintività professionale, con rischi di neocorporativismo e, attraverso la corporativizzazione professionale, un modello di erogazione di salute che si basa su parametri econometrici relativi alla performance basata sulle prestazioni e non sugli esiti di salute. In breve, sulla qualità dei servizi».

Si dovrebbe invece spingere, conclude la Sorrentino, verso «modelli di organizzazione sanitaria e di sviluppo professionale basati sulla sinergia interdisciplinare e non sulla rigida separazione delle competenze individuali». Allo stesso tempo occorrerebbe ridurre l'attuale frammentazione fra pubblico e privato, spingendo per una parificazione delle condizioni di lavoro nel pubblico e nel privato, che abbia a cuore non solo i trattamenti economici ma anche gli aspetti regolativi e normativi delle prestazioni professionali. Non v'è dubbio poi come alla base di tutto ciò debba esserci la promozione di importanti investimenti pubblici per l'aggiornamento e la rivisitazione delle modalità formative delle professioni della cura; allo stesso tempo appare necessaria una contrattazione più equa, che esalti finalmente la centralità del lavoro al servizio della comunità.

Riferimenti bibliografici

Almond G.A. e Verba S., 1963, *The civic culture. Political attitudes and democracy in five nations*, Princeton University Press, Princeton.

- Banchieri G., 2024, *Sanità "pubblica" e "privata": alcune precisazioni necessarie*, «Quotidiano Sanità», 8 febbraio, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=120050.
- Banfield E.C., 1976, *Le basi morali di una società arretrata*, il Mulino, Bologna.
- Coin F., 2023, *Grandi dimissioni. Il nuovo rifiuto del lavoro e il tempo di riprenderci la vita*, Einaudi, Torino.
- Collicelli C., 2023, *Pubblico, privato e comunità. Una collaborazione multi-attoriale per le nuove sfide della sanità*, «Quotidiano sanità», 17 luglio, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115562.
- Freidson E., 1970, *Professional Dominance*, Atherton Press, New York.
- Geddes da Filicaia M. e Giorgi C., 2023, *L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale*, «Politiche sociali, Social Policies», n. 3, pp. 425-444.
- Geddes da Filicaia M., Neri S., Spina E. e Vicarelli G., 2024, *Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future*, «Salute Internazionale», 7 settembre.
- Giorgi C., 2024, *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Bari.
- Hall E.T., 1966, *The Hidden Dimension*, Doubleday, New York.
- Hall E.T., 1983, *The Dance of Life: The Other Dimension of Time*, Doubleday, New York.
- Hirschi P., 2022, *These companies ran an experiment: pay workers their full salary to work fewer days*, NPR, 15 novembre, <https://www.npr.org/sections/money/2022/11/15/1136039542/these-companies-ran-an-experiment-pay-workers-their-full-salary-to-work-fewer-da>.
- Hirschman A.O., 1987, *L'economia politica come scienza morale e sociale*, il Mulino, Bologna.
- Hirschman A.O., 2017, *Lealtà, defezione, protesta. Rimedi alla crisi delle imprese, dei partiti e dello stato*, il Mulino, Bologna.
- Kirkpatrick I., Ackroyd S. e Walker R., 2005, *The New Managerialism and Public Service Professions: Change in Health, Social Services and Housing*, Palgrave MacMillan, Hampshire.
- Lancet Commission, 2010, *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, «The Lancet», vol. 376, n. 9756, pp. 1923-1958.
- Leigh A.L., 2022, *From Great Resignation to Great Re-Negotiation on space and time for more holistic individuals and organizations*, «Emerald Insight», <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/pr-11-2022-0797/full/html>.
- Morin E., 2017, *La sfida della complessità. Nuova edizione*, Le Lettere, Firenze.
- Noordegraaf M., 2015, *Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public*

- Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts*, «Journal of Professions and Organization», n. 2, pp. 187-206.
- Putnam R.D., 1993, *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, Princeton (trad. it. *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano).
- Spina E., 2017, *Generational gap e nuovo professionalismo medico. Note preliminari per una ricerca empirica*, «Rassegna Italiana di Sociologia», n. 1, pp. 127-152, doi: 10.1423/86361.
- Tousijn W., 2000, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- Tousijn W. e Vicarelli G., 2006, *Medical autonomy: open challenges from consumerism and managerialism*, «Knowledge, Work & Society», n. 4, pp. 155-179.
- Tullio-Altan C., 1986, *La nostra Italia*, Feltrinelli, Milano.
- Vicarelli G., 2010, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma.
- Vicarelli G., 2022, *La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19*, «Sociologia del lavoro», n. 162, pp. 7-29, doi: 10.3280/SL2022-162001.
- Vicarelli G., 2023, *L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del Ssn*, «Politiche Sociali, Social Policies», n. 3, pp. 405-424, doi: 10.7389/109055.
- Vicarelli G. e Pavolini E., 2009, *The role of private providers in the Italian Public Health Care System*, «Mecosan», n. 71, pp. 15-29.

Il personale sanitario: un esercizio di ricognizione comparato

Ivana Fellini

RPS

L'analisi comparata degli occupati nel settore della sanità non è un esercizio scontato, pur importante, data la difficoltà di rilevare informazioni comparabili sul personale sanitario e il diverso significato che i dati possono assumere in sistemi sanitari e regolativi diversi. Il contributo propone un esercizio di comparazione basato sui dati della European Labour Survey che mostra la diversa rilevanza del settore socio-sanitario nei paesi europei, la diversa struttura dell'occupazione socio-sanitaria per livelli di qualificazione e la diversa diffusione del lavoro temporaneo, del part time e del part time involontario quali indicatori delle condizioni di impiego e di qualità dell'occupazione nel settore. I risultati mostrano come, tra i paesi europei, vi siano differenze significative sempre legate al disegno istituzionale dei sistemi sanitari e alle più generali caratteristiche di funzionamento dei mercati del lavoro e che riguardano non solo l'importanza del settore ma anche la struttura dell'occupazione per livelli di qualificazione e alcuni aspetti della sua deregolazione.

1. Introduzione

L'analisi comparativa permette di affrontare due questioni rilevanti. La prima riguarda la capacità di un paese di garantire le funzioni essenziali della riproduzione sociale legate alla salute dei suoi cittadini tra cui spiccano, soprattutto nelle società che invecchiano, la cura e l'assistenza. La ricognizione comparata dell'occupazione e del personale impiegato nel settore della sanità fornisce un primo elemento per valutare l'adeguatezza dell'investimento, pubblico e privato, nelle risorse umane alla base del funzionamento dei servizi sanitari, di assistenza e cura, rispetto alla popolazione e ai bisogni che sono chiamati a soddisfare. La seconda, meno scontata, riguarda il ruolo che l'occupazione nei settori del *welfare*, inclusa la sanità, riveste nel sostenere i livelli e la qualificazione dell'occupazione nei paesi in cui queste attività sono per lo più svolte da organizzazioni specializzate, in larga parte finanziate dalla spesa pubblica (Esping-Andersen, 2000; Wren, 2013). Si tratta cioè di guardare alla *sanità come specifico mercato del lavoro* (si veda in proposito la sezione monografica del numero 3/2020 di «RPS», a cura di Pavolini, Mori e Neri).

Tuttavia, l'analisi comparata dell'occupazione e del personale sanitario presenta alcune difficoltà poiché il confronto internazionale è limitato

dalla disponibilità di e dalle procedure di armonizzazione delle informazioni che si riferiscono a realtà nazionali con un differente funzionamento del sistema sanitario, limiti che si aggiungono alle generali difficoltà di comparazione di mercati del lavoro caratterizzati da un diverso quadro regolativo.

Obiettivo dell'articolo è quello di condurre un esercizio descrittivo, focalizzato sul contesto europeo, a partire da alcune note metodologiche relative ai dati comparativi che consentono l'analisi dell'occupazione e delle professioni nel settore sanitario. L'analisi considera, in particolare, la rilevanza dell'occupazione nel settore della sanità nei diversi paesi, la struttura dell'occupazione sanitaria per livello di qualificazione e la diffusione del lavoro temporaneo e dell'occupazione part time quali dimensioni significative delle condizioni e della qualità del lavoro nel settore.

2. I dati comparativi sull'occupazione e del personale in sanità: qualche nota metodologica

La costruzione di una fonte di dati comparativi sistematici e aggiornati periodicamente è una sfida affrontata dagli organismi internazionali attraverso la definizione di protocolli condivisi. Uno strumento chiave, concertato tra Oecd, Eurostat e Who, è il *Joint data collection on non-monetary health care statistics Joint Questionnaire 2023*, avviato nel 2000, che sistematizza un insieme di dati nazionali sugli occupati (e laureati) nel settore e sul personale sanitario e che considera sia informazioni di tipo statistico sia informazioni di tipo amministrativo (Oecd, 2023; Eurostat, 2023). In particolare le fonti statistiche nazionali quali l'Indagine sulle forze di lavoro, vengono utilizzate per *quantificare l'occupazione sanitaria* in base alla classificazione settoriale degli occupati. Il settore della sanità e dei servizi sociali è identificato sulla base della classificazione internazionale delle attività economiche ed è costituito da tre sotto settori: l'assistenza sanitaria, i servizi di cura residenziali e i servizi sociali non residenziali (Oecd, 2023; Eurostat, 2023)¹. Tra i limiti dei dati riferiti all'occupazione sanitaria così identificata vi è l'impossibilità di differenziare la natura giuridica del rapporto di lavoro poiché essi non consentono di distinguere né chi lavora nelle strutture pubbliche da chi

¹ Per l'Italia dunque l'occupazione nel settore della sanità così contabilizzata non può in nessun modo corrispondere ai dati relativi al personale del sistema sanitario italiano, periodicamente diffusi dal Ministero della Salute (2022).

lavora in quelle private né chi, pur avendo un rapporto di lavoro privato, opera per organizzazioni o enti finanziati da risorse pubbliche. Questa distinzione è però rilevante per diverse ragioni. Per prima cosa, nel quadro europeo, i diversi modelli di assistenza sanitaria – universalistico basato sui sistemi sanitari nazionali o assicurativo basato sull'assicurazione sanitaria – si declinano in varianti che prevedono un diverso coinvolgimento del settore pubblico che però è ovunque un attore rilevante del sistema, vuoi producendo servizi socio-sanitari, vuoi finanziandoli (Wendt, 2009; Pavolini, 2015; Bureau, Blank e Pavolini, 2015). In secondo luogo, la privatizzazione dei servizi sanitari è tra le principali direttrici di riforma dell'assistenza sanitaria dei paesi europei e sarebbe dunque un cruciale tema di approfondimento (Seeleib-Kaiser, 2008). Infine, la natura pubblica o privata e le sempre più diffuse forme di esternalizzazione dei rapporti di lavoro che interessano la produzione dei servizi socio-sanitari hanno una notevole influenza sulle condizioni di impiego del personale sanitario, a partire dalla stabilità occupazionale (Pavolini e Kuhlmann, 2016; Vicarelli, 2022), che, in un settore ad elevata intensità di lavoro, hanno un impatto decisivo sulla qualità dei servizi, sulla produttività e sulle motivazioni di chi vi opera.

I dati relativi al personale e alle professioni sanitarie del protocollo Oecd/Eurostat/Who si basano invece su informazioni in larga parte amministrative, anche in ragione del particolare status autorizzatorio delle professioni sanitarie, eventualmente integrate da dati statistici, con una certa variabilità tra casi nazionali². La quantificazione del personale nelle professioni sanitarie distingue diversi livelli di esercizio della professione (Oecd, 2023; Eurostat, 2023) e non necessariamente la stessa fonte fornisce le informazioni per tutti i livelli³. I dati relativi al personale e alle

² Nel caso dell'Italia, i dati sono forniti annualmente agli organismi internazionali nell'ambito del *Joint Questionnaire on non-monetary health data* combinando diverse fonti – Ministero della Salute, Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie (Cogeaps), ordini e associazioni professionali – a seconda della professione considerata.

³ Ad esempio, il numero di infermieri che esercitano l'attività (*practising*) è stimato dalle informazioni ordinistiche e associazionistiche sulla base degli iscritti e l'ottenimento di crediti professionali per l'esercizio della professione. Per contro, il numero di coloro che operano come infermieri *professionally active* è desunto dall'Indagine campionaria sulle Forze di lavoro circoscrivendo la professione attraverso la classificazione delle professioni. Gli infermieri *licensed to practice* sono infine stimati a partire dagli iscritti alla Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche.

professioni sanitarie sono diffusi sia come valori assoluti relativi alle persone che le esercitano sia attraverso indicatori che rapportano il numero di persone che esercitano (o sono attive o autorizzate a esercitare) alla popolazione residente, una misura che è in grado di cogliere la diffusione della professione rispetto alla popolazione potenzialmente destinataria di quell'attività. Tra i limiti dei dati comparativi sul personale sanitario così raccolti vi è però l'impossibilità di avere informazioni sulle caratteristiche individuali, sulle condizioni di impiego e sulla qualità del lavoro, informazioni tipicamente raccolte dai dati di *survey*, ma solo raramente o parzialmente disponibili se derivate da dati amministrativi⁴.

L'utilizzo dei microdati delle forze di lavoro e la realizzazione di analisi dedicate al settore e alle professioni sanitarie consente di ovviare, in parte, a quest'ultimo problema, ma ciò implica realizzare studi *ad hoc* che vanno oltre l'utilizzo dei dati secondari Oecd/Eurostat/Who. Alcune analisi sulla sanità e, più in generale, sui settori del *welfare* adottano questo approccio (Pavolini e Kuhlmann, 2016; Argentin, Fellini e Neri, 2020). Tuttavia, trattandosi di rilevazioni campionarie, quando si scende al dettaglio delle professioni sanitarie, per molti paesi, la numerosità può essere troppo limitata o comunque inadeguata per approfondire temi quali le condizioni di impiego e la qualità del lavoro. Inoltre, la classificazione delle professioni non sempre permette di distinguere opportunamente il personale sanitario, tenendo in debito conto le differenze nella regolazione e nel funzionamento dei sistemi sanitari. Ad esempio, la classificazione del personale infermieristico non è di semplice gestione poiché in alcuni paesi questo è classificato tra le professioni a elevata specializzazione, mentre in altre parti viene classificato tra le professioni tecniche. Va infine ricordato che quando si utilizzano i microdati delle forze di lavoro il settore della sanità è aggregato a quello degli altri servizi sociali e non consente la distinzione tra servizi sanitari, servizi di cura residenziali e servizi sociali non residenziali.

L'esercizio comparativo dei prossimi paragrafi si basa sia sui dati aggregati delle forze di lavoro che consentono di isolare il settore dei servizi sanitari in senso stretto sia sui microdati che consentono di identificare le professioni sanitarie, sebbene si debba in questo caso considerare l'intero comparto socio-sanitario.

⁴ I dati disponibili così raccolti permettono di derivare comunque qualche informazione relativa al genere e all'età ad esempio di chi esercita una professione medica o infermieristica.

3. Quanto conta l'occupazione sanitaria nei paesi europei?

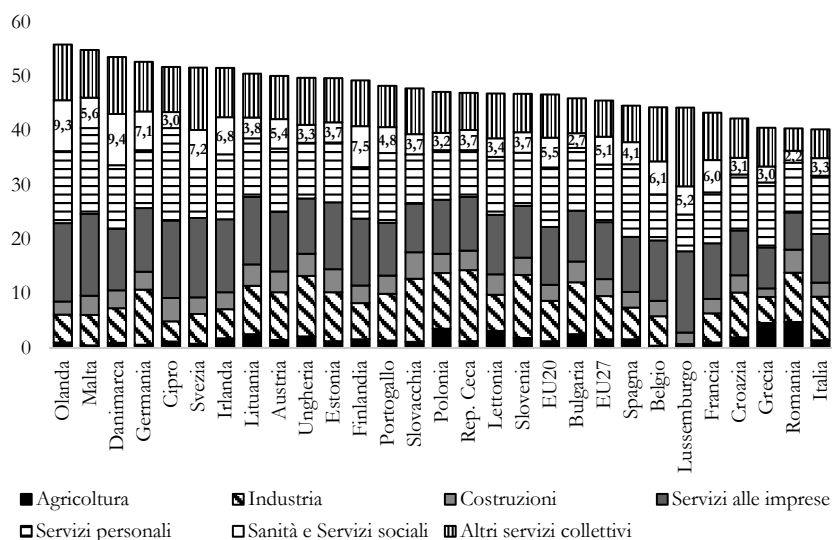
Un primo aspetto che la ricognizione comparativa dell'occupazione nella sanità consente di mettere a fuoco è quello relativo alla sua rilevanza occupazionale, normalmente derivata dal peso che gli occupati in un settore rivestono sull'occupazione. Questa misura, pur cogliendone l'importanza relativa, non riesce a misurare quanto un settore contribuisce ai livelli di occupazione complessivi (Bosh e Wagner, 2005). Il rapporto percentuale tra gli occupati in un settore e la popolazione, ovvero il tasso di occupazione settoriale, è una misura meno utilizzata che però riesce a cogliere la rilevanza occupazionale relativa e assoluta di un settore. Inoltre, considerando che buona parte dei servizi sanitari deve «servire» una popolazione, l'indicatore misura quanti lavoratori sono impiegati in quei servizi rispetto a coloro che ne devono potenzialmente beneficiare, rappresentando perciò anche una misura dell'adeguatezza dell'offerta (Reyneri, 2020; Fellini, 2017).

La figura 1 mostra questo rapporto nei 27 paesi dell'Unione europea nel 2023, isolando il settore della sanità e dei servizi sociali che, per questa prima analisi, aggrega tutta l'area socio-sanitaria (servizi sanitari, servizi di cura residenziali e servizi sociali non residenziali). In media, nei paesi dell'Unione europea, vi sono 5,1 occupati nella sanità e nei servizi sociali ogni 100 residenti, con paesi in cui il valore supera anche significativamente il 7 – Olanda, Danimarca e, a seguire, Germania, Svezia e Finlandia – e paesi come l'Italia, la Grecia e il gruppo dei paesi dell'est Europa in cui il rapporto è sotto il 4, in diversi casi la metà o addirittura un terzo di quello di Olanda e Danimarca.

L'ampiezza del settore socio-sanitario mostra una relazione positiva e significativa con i livelli complessivi di occupazione: il coefficiente di correlazione tra il tasso di occupazione nella sanità e nei servizi sociali e quello totale è pari a 0,62 per i 27 paesi e sale a un ben più significativo 0,87 se si escludono i paesi di più recente adesione alla Ue. La correlazione è inoltre simile a quella con il tasso di occupazione negli altri settori del *welfare* (che comprendono la pubblica amministrazione e l'istruzione). Sono dati che confermano le acquisizioni ben note degli studi sulla varietà dei sistemi di *welfare* entro cui il disegno dei sistemi sanitari si iscrive: lo sviluppo della sanità e dei sistemi di protezione sociale è ovviamente rilevante per dare risposta ai bisogni di una popolazione, ma è anche un primario fattore di sostegno dei livelli occupazionali complessivi ed è particolarmente significativo nei paesi in cui la defamizzazione delle attività riproduttive è più forte e l'investimento

pubblico nei servizi collettivi più elevato (Esping-Andersen, 2000; Oesch, 2015).

Figura 1 - Tassi di occupazione settoriali (in rapporto alla popolazione residente) – Anno 2023



Nota: i paesi sono ordinati in base al tasso di occupazione complessivo.

Fonte: elaborazioni su dati Eurostat, Labour force surveys e Demographic statistics.

Nel quadro comparato, l'Italia, similmente alla Grecia ma con una certa distanza dalla migliore situazione della Spagna, appare un paese arretrato, con uno sviluppo dell'occupazione infimo – poco più di 4 occupati ogni 100 persone – per effetto del notevole deficit di occupazione in tutti settori del *welfare* (Pa e istruzione oltre a sanità e servizi sociali): 8,6 occupati ogni 100 abitanti, contro valori che sfiorano i 20 occupati ogni 100 residenti nei paesi a maggiore occupazione e che doppiano il dato italiano in numerosi altri paesi. Ancora oggi il basso tasso di occupazione italiano non dipende infatti da un deficit di occupazione nei settori produttivi tradizionali, quanto dallo scarso sviluppo dei servizi collettivi e dei servizi avanzati alle imprese (Fellini e Chiesi, 2014; Reyneri, 2020). Sono sempre molto evidenti in Italia i tratti del sistema di *welfare* familista tipico dei paesi sud europei (Ferrera, 1996) in cui la protezione sociale è selettiva, l'offerta di servizi collettivi relativamente scarsa a favore di un sistema di trasferimenti monetari alle famiglie che

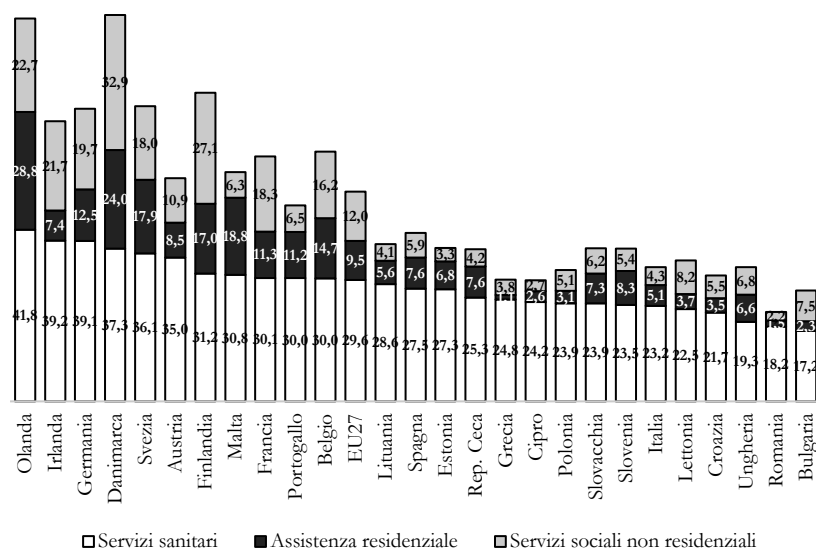
si fanno carico di assorbire i rischi sociali dei propri membri, provvedendo alla gestione dei loro effetti.

Disaggregando il settore socio-sanitario nelle sue componenti, la figura 2 mostra i tassi di occupazione nei servizi sanitari in senso stretto, nelle attività di cura residenziali e nei servizi sociali non residenziali, espressi per 1.000 abitanti in modo da agevolare il confronto. Nella media europea vi sono circa 29,6 occupati nei servizi sanitari ogni 1.000 abitanti, poco meno di 10 occupati nella cura residenziale e 12 occupati nei servizi sociali non residenziali. I servizi sanitari rappresentano quindi la stragrande maggioranza degli occupati dell'area socio-sanitaria assorbendo circa il 60% dei lavoratori nel settore. In riferimento alla sanità in senso stretto, le differenze tra paesi sono molto significative, con un rapporto che supera i 35 occupati ogni 1.000 residenti in Olanda, Irlanda, Danimarca e Svezia, mentre si assesta sotto i 25 in numerosi paesi dell'est e del sud Europa⁵. L'Italia con un milione e 375 mila occupati nella sanità conta un rapporto di soli 23,2 occupati ogni 1.000 abitanti, il valore più basso tra i paesi dell'Europa occidentale e meridionale e molto distante da quello dei paesi che più investono nel settore.

I paesi scandinavi e l'Olanda si distinguono non solo per l'elevato rapporto tra occupati nella sanità e residenti ma anche perché l'occupazione nei servizi sanitari si combina con un numero di occupati nei servizi di cura residenziale e nei servizi sociali molto elevato. Invece, nei paesi dell'Europa continentale quali Germania e Austria, l'occupazione nell'assistenza residenziale e negli altri servizi sociali è decisamente meno sviluppata. Analoghe considerazioni valgono per la Francia e il Belgio dove però il numero degli occupati nella sanità è molto inferiore sia rispetto a quello dei paesi scandinavi sia rispetto a quello di Germania e Austria, ma comunque sopra la media europea. In tutti gli altri paesi, il settore assistenziale e il settore dei servizi sociali sono molto contratti, soprattutto quando l'occupazione nella sanità è poco sviluppata. Per quanto riguarda l'Italia, si contano circa 300 mila occupati nei servizi di cura residenziali e altri 250 mila nei servizi sociali, pari a rispettivamente 5,1 e 4,3 occupati per 1.000 abitanti, con un sottodimensionamento ancor più significativo di quello già evidenziato per i servizi sanitari rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale e continentale.

⁵ Pur rimanendo un paese rilevante per la comparazione europea, in seguito alla Brexit, i dati relativi al Regno Unito non sono più diffusi da Eurostat. L'ultimo dato disponibile, relativo al 2019, permette di calcolare un rapporto di circa 35 occupati ogni 1.000 abitanti.

Figura 2 - Occupati nei settori socio-sanitari per 1.000 abitanti – Anno 2023



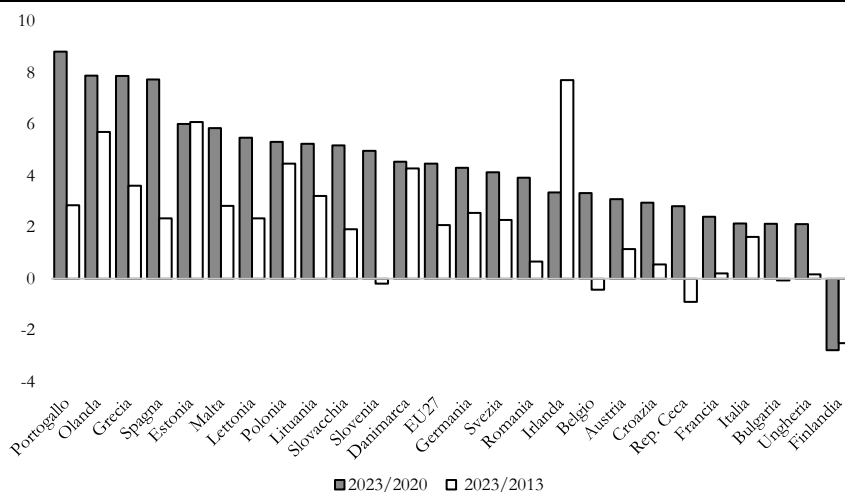
Nota: i paesi sono ordinati in base al rapporto tra gli occupati e la popolazione nei servizi sanitari.

Fonte: elaborazioni su dati Eurostat, Labour force surveys e Demographic statistics.

Per l'Italia, appena prima della pandemia, era stato stimato che ci sarebbero voluti oltre due milioni di lavoratori per colmare il gap rispetto all'occupazione media europea nell'insieme dei settori del *welfare*, di cui circa 420 mila nel settore della sanità, con un incremento nell'ordine del 30% (Reyneri, 2020). Attualizzando la stima, perché l'Italia registrasse oggi un numero di occupati nella sanità in linea con la media europea ci vorrebbero 375 mila occupati in più, circa il 27% dell'occupazione attuale, solo poco meno di quanto stimato nell'anno prima dell'emergenza Covid. Lo scenario non è cambiato molto, dunque, nonostante dal 2020 gli occupati nella sanità siano cresciuti anche in Italia. La figura 3 mostra infatti che, con l'eccezione della Finlandia, nel periodo 2020-2023 è ovunque cresciuto il rapporto tra gli occupati nella sanità e la popolazione residente e che la pandemia ha accelerato la tendenza. In Italia l'aumento è stato di 2,1 occupati per abitante, un valore relativamente contenuto se si considera che molti paesi dell'est Europa e negli altri paesi sud europei si registrano incrementi superiori a 5 occupati per abitante (di 7,7 in Spagna, 8,8 in Portogallo, 7,8 in Grecia). La crescita dell'occupazione in sanità non è tuttavia solo un effetto di breve periodo indotto

dall'esperienza e dalle straordinarie necessità che si sono manifestate con la pandemia (Vicarelli, 2022). Se si considera il decennio 2013-2023, un decennio in cui anche nei paesi del sud Europa la fase acuta della crisi dei debiti sovrani si stava esaurendo, è evidente che la crescita dell'occupazione in sanità ha assunto un carattere strutturale. Come discusso in altri contributi (Argentin, Fellini e Neri, 2020), tra i settori del *welfare*, la sanità è quello attraversato dagli aggiustamenti più complessi sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta. Da una parte, le politiche restrittive della spesa hanno favorito la stagnazione del personale nel Servizio sanitario nazionale (Neri e Mori, 2017; Toth e Lizzi, 2019; Vicarelli e Pavolini, 2015); dall'altro lato, l'ampia domanda di servizi che rimane insoddisfatta promuove la crescita di servizi sanitari o sociali privati o in forme «ibride» tra Stato e mercato (Neri, 2020).

Figura 3 - Variazione del rapporto tra occupati e 1.000 residenti nel settore della sanità – 2023/2013 e 2023/2020



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat, Labour force surveys e Demographic statistics.

4. La struttura dell'occupazione per professione in prospettiva comparata

La comparazione dei sistemi sanitari si basa per lo più sulla considerazione del rapporto tra le professioni sanitarie (medici, infermieri) e la popolazione (Oecd, 2023). L'Oecd diffonde inoltre i dati relativi al rapporto

tra infermieri e medici (Oecd, 2023), una misura che coglie alcuni aspetti della struttura professionale della sanità e che risulta ovunque superiore a 1, ma con notevoli differenze tra paesi. Nella media Oecd per il 2021, il rapporto è di 2,5 infermieri per medico e, nel quadro europeo, a parte il caso della Finlandia (5,2), il valore si muove tra il 3,5 del Belgio e l'1,0 della Bulgaria. L'Italia (1,5) e la Spagna (1,4) sono i paesi europei in cui il rapporto è più basso, di molto inferiore alla media Oecd.

Più rara è l'analisi comparativa della struttura dell'occupazione sanitaria per livelli di qualificazione che può mettere in luce aspetti salienti delle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari⁶. Il settore socio-sanitario è ovunque, per definizione, un settore ad elevata qualificazione data la rilevanza di figure altamente specializzate e la figura 4 mostra la composizione dell'occupazione socio-sanitaria per livelli professionali secondo l'*International Standard Classification of Occupations* (Isco)⁷.

Nella maggior parte dei paesi europei la struttura dell'occupazione socio-sanitaria è molto caratterizzata, con la prevalenza di due gruppi professionali. Da un lato, vi è il gruppo delle professioni intellettuali a elevata specializzazione, che include i medici generici e specialisti, gli psicologi, gli specialisti nelle scienze della vita, le professioni infermieristiche e ostetriche specializzate, dall'altro vi è il gruppo delle professioni di servizio alla persona, che includono gli addetti all'assistenza personale. Meno importante ma comunque rilevante è poi il gruppo delle professioni tecniche in cui sono classificate le professioni sanitarie diverse da quelle mediche, ad esempio le professioni della riabilitazione, le professioni infermieristiche non specializzate, i tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro, le professioni tecnico-sanitarie dell'area diagnostica e assistenziale. Minoritario è ovunque il peso delle professioni manageriali e dirigenziali, dove confluiscono i direttori generali e i dirigenti nella sanità, e delle professioni impiegatizie. Queste ultime registrano peraltro un certo peso solo nei paesi del sud Europa dove si assestano attorno a valori del 10%. L'esercizio comparativo è però affetto da alcune distorsioni: in molti paesi, le professioni infermieristiche sono contabilizzate in parte tra le professioni specializzate

⁶ Per questa analisi è necessario ricorrere ai microdati e, come accennato (§ 2), a questo livello si può analizzare solo l'insieme del settore socio-sanitario, non le sue diverse componenti.

⁷ Rispetto alla classificazione Isco, i diversi gruppi dei lavori operai specializzati, qualificati e non qualificati, sono stati aggregati nel gruppo delle occupazioni «manuali» dato il ruolo relativamente modesto di questi impieghi nel settore socio-sanitario.

e in parte tra quelle tecniche, quando non esclusivamente in quelle specializzate. L'Italia e la Germania, al contrario, contano gli infermieri esclusivamente tra le professioni tecniche e questo ne spiega l'anomalo peso nei due paesi.

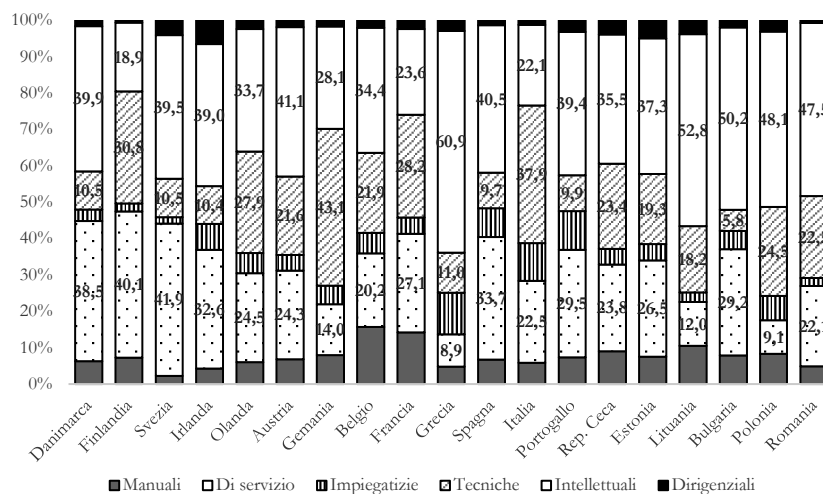
Con queste cautele vanno considerate le differenze che emergono nella struttura dell'occupazione per livelli professionali nei paesi europei, nel tratto comune del maggiore peso delle professioni specialistiche. Si può evidenziare infatti una prima situazione, tipica di paesi in cui il settore socio-sanitario è poco sviluppato e al suo interno la componente prevalente è quella dei servizi sanitari, in cui il *peso delle professioni specialistiche – medici, specialisti delle scienze della vita e le professioni infermieristiche specializzate* – è nettamente maggioritario rispetto agli altri gruppi professionali, arrivando ad assorbire, in alcuni casi, oltre la metà dell'occupazione nel settore (oltre il 60% Grecia, circa il 50% in alcuni paesi dell'est quali Bulgaria, Polonia e Romania). Una seconda situazione, tipica dei paesi del nord Europa dove sono sviluppati sia i servizi sanitari sia quelli socio-assistenziali, in cui vi è *un'ampia quota di personale di assistenza*, addirittura maggioritario nel caso della Finlandia e Svezia, e una quota rilevante di professioni specialistiche. Una terza configurazione, non riconducibile a uno specifico livello di sviluppo del settore socio-assistenziale, è invece quella in cui le figure specialistiche sono comunque il gruppo occupazionale più rilevante, seguite dalle professioni tecniche e da quelle di assistenza, con *rapporti più bilanciati tra questi gruppi professionali*. L'Italia e la Germania sono casi anomali poiché le professioni tecniche assorbono una quota molto elevata dell'occupazione sanitaria ma, come accennato, in entrambi i paesi gli infermieri sono classificati esclusivamente in questo gruppo.

Per rapportare le professioni sanitarie alla popolazione e correggere almeno in parte questa distorsione, la figura 5 considera, all'interno del settore socio-sanitario, le *sole* professioni tipiche della sanità (Oecd/Eurostat/Who 2017)⁸, individuando tre gruppi: quelle mediche e specialistiche, quelle tecnico-sanitarie e quelle infermieristiche in cui sono state accorpate sia le professioni infermieristiche di livello specializzato sia quelle classificate nel livello tecnico⁹.

⁸ Si considerano i paesi per cui la disaggregazione offre comunque una certa numerosità campionaria.

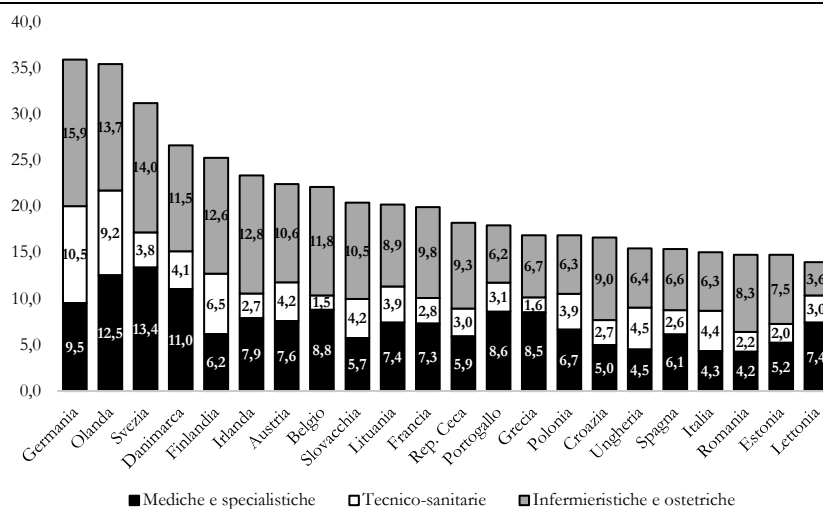
⁹ Non sorprenda perciò qualche differenza rispetto al ranking dei paesi dalla figura 2 che considera tutti gli occupati dei settori socio-sanitari, mentre la figura 5 considera le professioni Isco strettamente sanitarie.

Figura 4 - La struttura dell'occupazione nel settore della sanità e dei servizi sociali per livelli professionali (valori %) – Anno 2022



Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat, *Labour force survey*.

Figura 5 - Occupati nelle professioni sanitarie specialistiche e tecniche del settore socio-sanitario per 1.000 abitanti – Anno 2022



Nota: i paesi sono ordinati in base all'importanza dell'insieme del personale socio-sanitario.

Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat, *Labour force survey*.

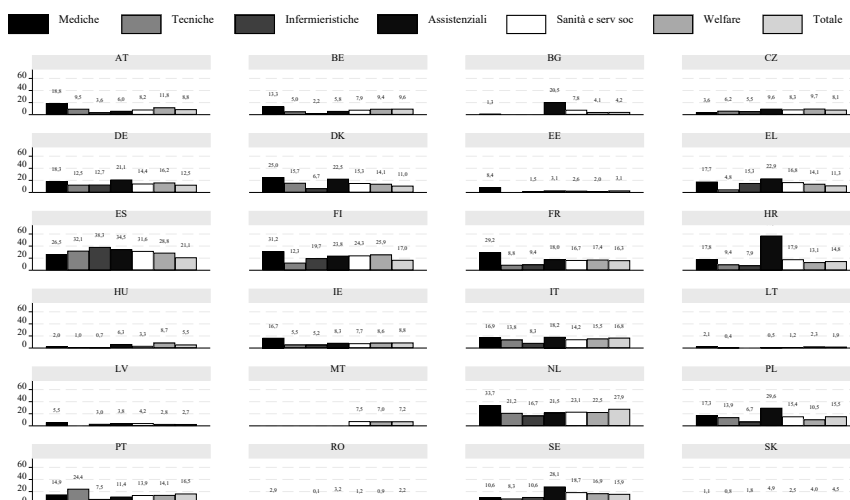
Con questo approccio, si chiarisce come il notevole peso delle professioni tecniche in Italia non significhi né un eccesso di professioni tecnico-sanitarie né un eccesso di professioni infermieristiche. Con 6,3 occupati per 1.000 abitanti nelle professioni infermieristiche, il settore socio-sanitario italiano è infatti in linea con i bassi rapporti degli altri paesi del sud e dell'est Europa mentre, con 4,4 occupati su 1.000 abitanti in professioni tecnico-sanitarie, evidenzia uno sviluppo un poco superiore di quest'area professionale rispetto ai paesi sud ed est europei, con una convergenza ai livelli di alcuni paesi come l'Austria o la Danimarca. Anche per quanto riguarda le professioni mediche il rapporto con la popolazione pari a 4,3 evidenzia un sottodimensionamento importante rispetto ai paesi dell'Europa continentale ed enorme in confronto con i paesi nordici, l'Olanda e la Germania¹⁰.

5. Stabilità e intensità dell'occupazione nel settore socio-sanitario

Le dimensioni che definiscono la qualità del lavoro e dell'occupazione, sia estrinseci come, ad esempio, la stabilità, le possibilità di carriera e la remunerazione, sia intrinseci, come, ad esempio, la valorizzazione delle proprie competenze e la soddisfazione per il lavoro svolto (Oecd, 2014, 2015), hanno un particolare rilievo in un'area occupazionale caratterizzata da elevata intensità relazionale, pervasività del lavoro emotivo, rischio di *burnout* e crescenti problemi di *shortage* (Who, 2022). Alle difficoltà di studiare il mercato del lavoro in sanità si aggiunge la difficoltà di comparare dimensioni influenzate da una diversa regolazione del mercato e dei rapporti di lavoro e dalle aspettative sulle condizioni di lavoro in contesti diversi. Tra quelle oggettive, la stabilità dell'occupazione è una dimensione sempre più critica anche nel settore della sanità, malgrado la stretta relazione del settore con l'impiego pubblico, più garantito, o comunque in larga parte finanziato da risorse pubbliche. Da un lato, infatti, le spinte alla deregolazione del settore si sono accentuate in seguito alle politiche di austerità di risposta alla crisi del 2008-2010 (Vicarelli, 2022), dall'altro, un più generale processo di deregolamentazione del mercato del lavoro interessa, dalla fine dagli anni '90, tutti i paesi europei (Esping-Andersen e Regini, 2000).

¹⁰ Il quadro italiano che emerge da questa analisi è coerente con quello che disegnano i dati Oecd relativi all'ultimo aggiornamento 2021 che calcolano un rapporto di 4,0 medici e 5,7 infermieri per 1.000 abitanti (Oecd, 2023), così come il rapporto medici e infermieri, pari a 1,47 in base a questi dati è 1,5 nella stima Oecd.

Figura 6 - Occupati temporanei sugli occupati dipendenti (%) – Anno 2022



Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat, *Labour force survey*.

La figura 6 mostra la diffusione del lavoro temporaneo¹¹ tra le professioni sanitarie (Oecd/Eurostat/Who 2017), nel complesso del settore socio-sanitario, nel comparto dei servizi collettivi (che oltre alla sanità e o servizi sociali include la pubblica amministrazione e l'istruzione) e mercato del lavoro (subordinato). Per valutare quanto l'occupazione temporanea sia diffusa nel settore socio-sanitario dei diversi paesi, occorre infatti considerare anche la sua incidenza complessiva. Sono numerosi i paesi in cui il settore ricorre all'occupazione temporanea in misura maggiore che nell'insieme dei servizi collettivi e del sistema economico, sebbene non si possa rintracciare un gradiente legato alla varietà istituzionale dei sistemi di *welfare*. In alcuni paesi del sud Europa quali Grecia e Spagna, ad esempio, l'occupazione temporanea è più diffusa nel settore dei servizi socio-sanitari che nei servizi collettivi e nell'insieme dell'economia. Al contrario, in Italia e in Portogallo, il settore socio-sanitario risulta un poco più stabile di quello dei servizi collettivi e dell'occupazione complessiva. In Danimarca, paese del nord Europa con una diffusione relativamente contenuta degli occupati a termine, il settore socio-sanitario registra una diffusione dell'occupa-

¹¹ Si considerano i soli paesi per cui la disaggregazione delle professioni sanitarie offre una numerosità campionaria apprezzabile.

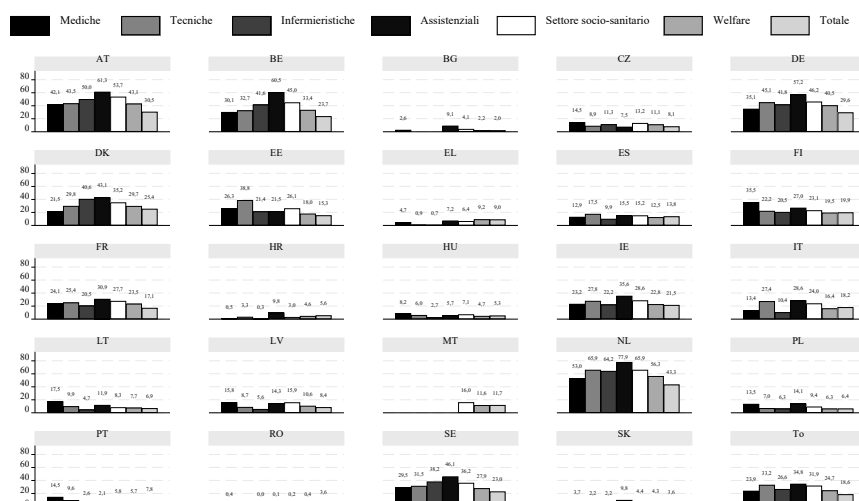
zione temporanea maggiore di quella complessiva, in linea con i livelli italiani e portoghesi. Ancor più instabili sono gli occupati nel settore socio-sanitario in Svezia e Finlandia. In Olanda, dove l'occupazione temporanea è molto diffusa, il settore socio-sanitario non è invece più instabile dell'insieme del mercato del lavoro. Austria e Belgio, con un profilo dell'occupazione complessiva relativamente protetto, sono paesi in cui l'occupazione socio-sanitaria è ancor più stabile di quella complessiva, mentre in Francia e in Germania l'instabilità del settore socio-sanitario è maggiore che nell'insieme del mercato del lavoro.

Le differenze tra paesi si spiegano, in parte, con il diverso profilo socio-demografico degli occupati nel settore (Argentin, Fellini e Neri, 2020). L'occupazione temporanea è, infatti, ovunque più diffusa tra i giovani (Esping-Andersen e Regini, 2000; Barbieri, 2009). Nel caso dell'Italia, l'età media degli occupati nel settore socio-sanitario è tra le più elevate ma anche in Germania e Francia il profilo degli occupati nel settore è più adulto (Argentin, Fellini e Neri, 2020). Il pattern ricorrente, nei paesi dell'Europa occidentale, è quello di una polarizzazione dell'instabilità, più diffusa, da un lato, tra le più qualificate professioni mediche e specialistiche e, dall'altro, tra le meno qualificate professioni dell'assistenza. Tranne il caso della Spagna, in tutti gli altri paesi, l'occupazione delle professioni sanitarie tecniche e infermieristiche risulta invece un poco più stabile. I due gruppi professionali più esposti al lavoro temporaneo sperimentano però un diverso tipo di instabilità. Per le professioni mediche e specialistiche si tratta, in molti casi, di contratti di prova o di formazione, mentre, con le significative eccezioni di Spagna, Italia e Portogallo, sono poco diffusi i contratti temporanei perché non si è trovato un lavoro permanente. Per le professioni assistenziali, al contrario, la temporaneità del contratto è più spesso determinata dall'impossibilità di trovare un lavoro permanente o comunque riconducibile a posizioni per cui il contratto a termine è la forma consueta del contratto.

Anche l'intensità del lavoro svolto, misurata attraverso l'orario di lavoro, pieno o ridotto, è una dimensione di qualità dell'occupazione, sebbene in questo caso la volontarietà della posizione sia ancor più di rimente che nel caso del lavoro temporaneo. Infatti, il part time può essere scelto per necessità di conciliazione, ma può essere anche una condizione subita in mancanza di un'opportunità di lavoro a tempo pieno. Il settore socio-sanitario è pressoché ovunque un settore a elevata diffusione del part time (figura 7) poiché non solo è un settore a elevata e crescente femminilizzazione (Oecd, 2023), anche tra le professioni mediche e specialistiche (Vicarelli, 2008; Eurostat, 2020), ma è

anche un settore che ha un forte legame con l'impiego pubblico, anch'esso ovunque molto femminilizzato e in diversi paesi caratterizzato dalla diffusione di impieghi a tempo ridotto. Oltre che dalla diffusione del part time nel mercato del lavoro, che spiega la maggiore diffusione del lavoro part time in Olanda, nei paesi nordici, in Austria, Belgio e Germania e la minima presenza di occupati part time nei paesi dell'est Europa, la diffusione del part time nelle professioni del settore socio-sanitario dipende dunque dalla loro femminilizzazione¹². Tra i paesi in cui il part time è rilevante, la comparazione mette comunque in evidenza un primo pattern – Austria, Belgio, Danimarca, Olanda, Svezia – in cui la quota di part-time cresce al diminuire del livello professionale, con una massima diffusione tra le professioni di assistenza e minore diffusione tra quelle mediche, in parte spiegabile con il diverso grado di femminilizzazione di queste professioni. Un secondo pattern, che interessa invece i paesi del sud Europa e la Germania, vede la maggiore diffusione del part time tra le professioni di assistenza e le professioni tecnico-sanitarie, a fronte di una minore diffusione tra quelle infermieristiche.

Figura 7 - Occupati a tempo parziale sul totale degli occupati (%) – Anno 2022

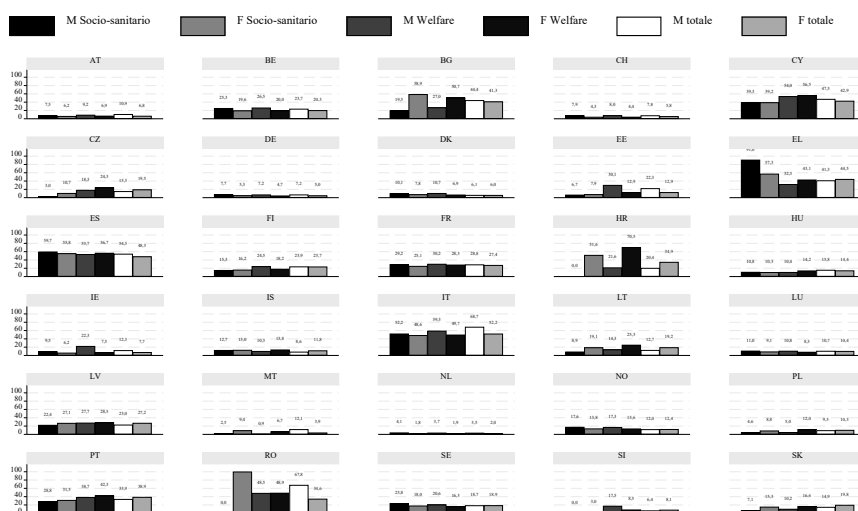


Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat, *Labour force survey*.

¹² Opportuno sarebbe distinguere l'analisi per genere, ma la numerosità campionaria non lo consente per molti paesi.

La qualità del part time dipende dalla misura in cui è un ripiego o una scelta. La figura 8 mostra quanto il part time involontario è diffuso tra gli occupati, uomini e donne, nel settore socio-sanitario rispetto ai settori del *welfare* e al totale del mercato del lavoro. Con l'eccezione dei paesi dell'est Europa dove il part time è poco diffuso anche tra donne, il grado di involontarietà è nella maggior parte dei paesi più diffuso tra gli uomini che sono meno frequentemente part timers. Quanto alla specificità del settore socio-sanitario vi sono paesi ove l'involontarietà è una condizione che interessa un gruppo minoritario di occupati e occupate a tempo ridotto: l'Austria, la Germania, l'Irlanda, l'Olanda, i paesi nordici e baltici e alcuni paesi dell'Est sono paesi in cui l'involontarietà è irrilevante o comunque limitata pur essendo il part time molto diffuso. Per contro, vi sono paesi come l'Italia, la Spagna e la Grecia in cui l'involontarietà del part time, maschile e femminile, è oltre il 40%, a indicare che la ridotta intensità di lavoro è molto spesso una condizione di ripiego. Per l'Italia, oltre la metà degli occupati e il 48,6% delle occupate part time dichiara di esserlo perché non ha trovato un impiego full time, valori in linea con quanto rilevato nell'insieme dei settori del *welfare*, ma inferiori alla diffusione del part time involontario nel mercato del lavoro.

Figura 8 - Occupati a tempo parziale involontari su occupati part time (%) per sesso (M=Maschi, F=Femmine) – Anno 2022



Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat, *Labour force survey*.

6. *Qualche considerazione conclusiva*

La comparazione internazionale degli occupati nel settore della sanità non è un esercizio scontato, pur importante, data la difficoltà di rilevare informazioni comparabili sul personale sanitario e il diverso significato che i dati raccolti possono assumere in sistemi sanitari e regolativi diversi. Il contributo ha proposto un'analisi descrittiva che ha approfondito la diversa rilevanza del settore nei paesi europei, la diversa struttura dell'occupazione socio-sanitaria per livelli di qualificazione e la diversa diffusione del lavoro temporaneo, del part time e del part time involontario quali indicatori sintetici delle condizioni di impiego e di qualità dell'occupazione.

L'esercizio di comparazione permette di avanzare alcune considerazioni di sintesi. Per prima cosa, si può rilevare come, nel quadro europeo, le storiche differenze legate al diverso disegno istituzionale dei sistemi sanitari rimangano fortemente visibili anche nei dati più recenti e relativi alla fase post-pandemica. È evidente la netta contrapposizione tra i paesi del nord Europa, l'Olanda e la Germania, con un settore socio-sanitario molto sviluppato, e quelli del sud e dell'est Europa in cui l'occupazione in questo comparto è limitata, ancor più quando valutata in relazione alla popolazione potenzialmente beneficiaria dei servizi. Nonostante la crescita dell'occupazione sanitaria indotta dall'emergenza della pandemia anche in molti paesi dell'est e del sud Europa, compresa l'Italia, l'investimento storico nel settore della sanità e, più in generale, nei settori del *welfare* mostra anche attualmente una chiara influenza sullo sviluppo occupazionale di questi settori la cui ampiezza risulta peraltro sempre fortemente correlata con i livelli occupazionali complessivi. L'Italia è da sempre caratterizzata da un grave sotto-dimensionamento degli occupati in questi settori e malgrado la crescita degli occupati nella sanità nell'ultimo decennio non ha modificato la sua posizione relativa.

Una seconda evidenza dell'esercizio comparativo riguarda il fatto che, per quanto il settore della sanità sia ovunque un settore a elevata qualificazione, vi sono differenze non trascurabili nella struttura dell'occupazione socio-sanitaria per livelli professionali. Nei paesi in cui il sistema socio-sanitario è poco sviluppato, tendono infatti a prevalere le professioni mediche e specialistiche, mentre in quei paesi in cui l'occupazione socio-sanitaria è più sviluppata il contributo delle professioni tecniche, infermieristiche e di assistenza è relativamente più importante o comunque la struttura professionale è più composita. L'Italia, con

una copertura della popolazione molto limitata in relazione alle professioni mediche e specializzate, a quelle tecnico-sanitarie e infermieristiche, presenta una struttura professionale in cui sono relativamente importanti le professioni tecnico-sanitarie in rapporto a quelle specializzate e infermieristiche.

Infine, l'analisi degli indicatori relativi alla stabilità e all'intensità dell'occupazione nel settore socio-sanitario ha messo in luce come queste dimensioni siano connesse alle più generali caratteristiche di funzionamento dei mercati del lavoro nazionali e come le condizioni e la qualità del lavoro nel settore sanitario si iscrivano nel più generale quadro delle condizioni di impiego che caratterizzano i diversi mercati del lavoro. Ad esempio, se in molti paesi il settore socio-sanitario evidenzia una maggiore diffusione del lavoro a termine rispetto all'insieme dei settori del *welfare* o del mercato del lavoro, in alcuni è vero il contrario, ma non si può rintracciare un gradiente legato alla varietà istituzionale dei sistemi di *welfare*. Nel caso italiano la diffusione del lavoro temporaneo nella sanità appare relativamente contenuta, a differenza di quanto si rileva in altri paesi sud europei, ma non si può trascurare il profilo più adulto dell'occupazione nel settore che in parte ne spiega la maggiore stabilità. Analogamente, la diversa intensità dell'occupazione nel settore socio-sanitario è strettamente legata alla diversa femminilizzazione e diffusione di impieghi part time nei diversi mercati del lavoro. Tuttavia, è netto il posizionamento dell'Italia e dei paesi sud europei (salvo il Portogallo) rispetto all'involontarietà del part time, sia tra gli uomini sia tra le donne, ad indicare che la bassa intensità del lavoro nel settore è molto spesso una condizione subita, molto più che negli altri paesi, un fattore che sottintende una debolezza delle condizioni di impiego.

L'analisi delle condizioni di impiego e della qualità del lavoro è un tema amplissimo che meriterebbe un approfondimento anche dal punto di vista comparativo in questa sede solo accennato. L'analisi suggerisce tuttavia come sia la flessibilità sia l'intensità del lavoro siano diverse in corrispondenza ai diversi livelli di qualificazione del lavoro socio-sanitario e come l'esplorazione di tali differenze possa essere di particolare interesse per comprendere le trasformazioni del lavoro e dell'occupazione nel settore.

RPS

Ivana Fellini

Riferimenti bibliografici

- Argentin G., Fellini I. e Neri S., 2020, *Chi fa il welfare? Gli occupati nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 47-74.
- Barbieri P., 2009, *Flexible Employment and Inequality in Europe*, «European Sociological Review», vol. 25, n. 6, pp. 621-628.
- Bosh G. e Wagner A., 2005, *Measuring economic tertiarisation: a map of various European service societies*, in Bosh G. e Lenhndorff S. (a cura di), *Working in the service sector. A tale from different worlds*, Routledge, Londra e New York, pp. 35-53.
- Burau V., Blank R.H. e Pavolini E., 2015, *Typologies of Healthcare Systems and Policies*, in Kuhlmann E., Blank R.H., Bourgeault I.L. e Wendt C. (a cura di) *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*, Palgrave Macmillan, Londra.
- Esping-Andersen G., 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, il Mulino, Bologna.
- Esping-Andersen G. e Regini M., 2000, *Why Deregulate Labour Markets?*, Oxford University Press, Oxford.
- Eurostat, 2020, *Majority of health jobs held by women*, Eurostat news articles, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200409-2>.
- Eurostat, 2023, *Healthcare non-expenditure statistics manual and guidelines for completing the Joint questionnaire on non-monetary healthcare statistics*, Publications Office of the European Union, Lussemburgo.
- Fellini I., 2017, *Il terziario di consumo. Occupazione e professioni*, Carocci, Roma.
- Fellini I. e Chiesi A., 2014, *Le specificità e le trasformazioni della struttura occupazionale italiana*, in Barbieri P. e Fullin G. (a cura di), *Lavoro, istituzioni, disuguaglianze. Sociologia comparata del mercato del Lavoro*, il Mulino, Bologna, pp. 19-45.
- Ferrera M., 1996, *The «Southern Model» of Welfare in Social Europe*, «Journal of European Social Policy», vol. 6, n. 1, pp. 17-37.
- Ministero della Salute, 2022, *Personale delle Asl e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati*, Rapporto, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3434.
- Neri S., 2020, *Servizi di welfare e comuni. Nuove politiche e trasformazioni organizzative*, Carocci, Roma.
- Neri S. e Mori A., 2017, *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel SSN. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 201-20.
- Oecd, 2014, *How good is your job? Measuring and assessing job quality*, Oecd Employment Outlook, Oecd Publishing, Parigi, pp. 80-129.

- Oecd, 2015, *Measuring and Assessing Job Quality: The Oecd Job Quality Framework*, «Oecd Social, Employment and Migration Working Papers», n. 174, Oecd Publishing, Parigi.
- Oecd, 2023, *Health at a Glance 2023: Oecd Indicators*, Oecd Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Oesch D., 2015, *Welfare regimes and change in the employment structure: Britain, Denmark and Germany since 1990*. «Journal of European Social Policy», vol. 25, n. 1, pp. 94-110.
- Pavolini E., 2015, *Marketization and Managerialization of Health Care Policies in Europe in a Comparative Perspective*, in Klenk T. e Pavolini E. (a cura di), *Restructuring Welfare Governance. Marketization, Managerialism and Welfare State Professionalism*, Edward Elgar Publishing, UK.
- Pavolini E. e Kuhlmann E., 2016, *Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions*, «Health Policy», vol. 120, n. 6, pp 654-664.
- Pavolini E., Mori A. e Neri S., 2020, *Lavoro e welfare (il welfare crea lavoro e lavorare nel welfare)*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 7-195.
- Reyneri E., 2020, *Quanti lavoratori curano, istruiscono e amministrano gli italiani? Molto pochi*, «welforum», <https://www.welforum.it/quanti-lavoratori-curano-istruiscono-e-amministrano-gli-italiani-molto-pochi/>.
- Seeleib-Kaiser M. (a cura di), 2008, *Welfare State Transformations. Comparative Perspective*, Palgrave, Basingstoke.
- Toth F. e Lizzi R., 2019, *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, «Stato e Mercato», n. 2, pp. 297-319.
- Vicarelli G., 2008, *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., 2022, *La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19*, «Sociologia del lavoro», n. 162, pp. 7-29.
- Vicarelli G. e Pavolini E., 2015, *Health workforce governance in Italy*, «Health Policy», vol. 119, n. 12, pp 1606-12.
- Wendt C., 2009, *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*, «Journal of European Social Policy», vol. 19, n. 5, pp. 432-445.
- Wren A., 2013, *Introduction: the political economy of post-industrial societies*, in Wren A. (a cura di), *The political economy of the service transition*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1-70.
- Who, 2022, *Health and care workforce in Europe: time to act*, Who Regional Office for Europe, Copenhagen.

Gli operatori sanitari: la grande fuga

Elena Spina*

RPS

Il fenomeno delle grandi dimissioni (great resignation), espressione che descrive la tendenza all'uscita volontaria di massa dei dipendenti dai loro obblighi lavorativi, ha preso avvio negli Stati Uniti a seguito della pandemia da Covid-19 e si è velocemente esteso al di fuori dei confini americani diffondendosi in molti settori economici. In ambito sanitario questa fuga sta determinando conseguenze non trascurabili. In Italia, essa sembra tuttavia solo parzialmente riconducibile alle condizioni di lavoro determinatesi con la pandemia. Quest'ultima, infatti, avrebbe in realtà soltanto esasperato una tendenza alla svalorizzazione del personale che avrebbe preso avvio dal 2008 a seguito delle politiche dei tagli. Demotivati e stanchi, gli operatori del Ssn stanno continuando ad abbandonare il loro lavoro in cerca di condizioni più dignitose che trovano nel settore privato o all'estero. In particolare, sarebbero le donne e i più giovani ad andarsene, privando il Ssn di forze sempre più indispensabili vista l'aumentata domanda di cure. Per fronteggiare i problemi di recruitment e di retention, e dunque per implementare l'appel del Ssn, è necessario comprendere le motivazioni più profonde che spingono i diversi operatori ad andarsene al fine di proporre soluzioni adeguate anche in relazione alle diverse culture professionali espresse dalle generazioni attualmente presenti nel mercato del lavoro.

1. Introduzione

La *great resignation*, espressione tradotta in italiano come «grandi dimissioni», descrive la tendenza all'uscita volontaria di massa dei dipendenti dai loro obblighi lavorativi. Il termine viene coniato nel 2021 dal professor Anthony Klotz, allora docente di management alla Texas A&M University (oggi alla Ucl School of management), a seguito all'abbandono volontario del posto di lavoro in conseguenza alla pandemia da Covid-19. Questo fenomeno, noto anche come Big quit o Great attrition, indica quindi un tasso di abbandono più alto del normale tra i lavoratori americani dal 2021 (Cook, 2021).

* Per la stesura del paragrafo 5 si ringraziano la Fondazione Onaosi, in particolare l'Ufficio Innovazione tecnologica e Digitalizzazione per la condivisione dei dati sulla fuga del personale, e la dott.ssa Raffaella Bartesaghi, dirigente sanitaria, sociosanitaria e del Terzo settore, per il supporto nella ricerca delle fonti dei dati.

Dagli Stati Uniti il fenomeno si è velocemente esteso assumendo proporzioni globali e si è manifestato in molti settori economici determinando conseguenze diverse ma in ogni caso non trascurabili (Liu-Lastres e al., 2022): dal settore dell'istruzione a quello industriale, dal settore dei trasporti a quello turistico, dal commercio ai servizi assicurativi, non ultimo nel settore sociale e sanitario.

È su quest'ultimo ambito che il presente contributo si concentra guardando, in particolare, alla fuga degli operatori dal servizio sanitario italiano.

L'articolo si apre con una breve quanto necessaria descrizione del fenomeno della *great resignation* e delle motivazioni che ne sono all'origine (par. 2). Vengono qui presentati alcuni dati che illustrano come il mercato del lavoro stia cambiando, complice anche l'avvento di nuove tipologie di lavoratori che sembrano anteporre al lavoro altre priorità. Si scende quindi più nel dettaglio del settore sanitario (par. 3) e, partendo da alcune riflessioni e proposte avanzate da organismi sovranazionali, vengono evidenziate le criticità che lo attraversano in termini di risorse umane. È nel quarto paragrafo che l'attenzione si concentra sul contesto italiano ricostruendo per grandi fasi, dall'istituzione del Ssn ad oggi, la storia del personale sanitario (quello medico in particolare), documentandone il progressivo depotenziamento in termini economici e di riconoscimento professionale. Utilizzando fonti diverse di dati, nel quinto paragrafo si tenta di quantificare la magnitudo del fenomeno e di capire chi siano i *resigned*. Grazie, in particolare, all'utilizzo di dati inediti e originali forniti dalla Fondazione Onaosi, l'analisi si concentra in modo particolare sul genere e sull'età degli operatori in fuga. Tali variabili, infatti, appaiono fondamentali per poter intervenire sia sul *recruitment* di nuovo personale, che sulla *retention* di quello già impiegato nonché per intraprendere eventuali azioni correttive al fine di migliorare l'appel del Ssn. Ed è con un focus su quest'ultimo aspetto che l'articolo si conclude: vengono infatti suggeriti alcuni spunti su cui riflettere per fermare l'esodo, nell'idea che se non si punta seriamente sul potenziamento e sulla valorizzazione delle risorse umane, la garanzia di una sanità pubblica equa ed universalistica sarà sempre più un miraggio.

2. *Great resignation: un fenomeno che viene da lontano*

Secondo le stime dell'Ufficio statistico del lavoro degli Stati Uniti, dove il fenomeno si manifesta per primo, quasi 33 milioni di persone (pari a

più di un quinto della forza lavoro nazionale) hanno lasciato il lavoro dall'aprile al dicembre del 2021 (Zagorsky, 2022).

Le motivazioni all'origine del fenomeno possono essere ricondotte alle condizioni di stress fisico ed emotivo (che si traduce spesso in vero e proprio burnout e altre malattie correlate al lavoro), che la pandemia ha esasperato facendo in modo che le persone rivalutassero le loro priorità e i loro bisogni. Infragiliti sul piano psicologico dalla crisi pandemica, molti americani (e molti europei in seguito) si sono trovati a riconsiderare il loro lavoro, iniziando a cercare ruoli e posizioni in grado di permettere un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata, oppure cercando nuove opportunità di carriera o semplicemente abbandonando del tutto il mercato del lavoro (Jiskrova, 2022; Linzer e al., 2022). A riguardo, uno studio condotto a livello globale (De Smet e al., 2022)¹ dettaglia il fenomeno in tre grandi tendenze:

- *reshuffling* (rimescolamento): i lavoratori si licenziano e cercano di ricollocarsi in settori diversi da quelli in cui erano occupati in precedenza;
- *reinventing* (reinventarsi): molti dipendenti che lasciano un impiego tradizionale si dedicano a lavori non tradizionali (ruoli temporanei, o part-time) o avviano un'attività in proprio;
- *reassessing* (rivalutare): quanti scelgono di licenziarsi non per ottenere un altro lavoro, ma per esigenze della vita che riguardano la cura dei figli, degli anziani o di se stessi.

Diverse ricerche dimostrano poi anche che i tassi di dimissione variano in base alla generazione e al sesso dei lavoratori. In relazione alla prima variabile, sembra che a guidare il movimento sia stata la generazione Z, cioè gli ultimi entrati nel mercato del lavoro (Liang e al., 2023): in un'indagine globale che ha coinvolto 5.500 lavoratori e proprietari di piccole e medie imprese (Pmi) in sette regioni globali, condotta da Adobe nel 2021, è emerso come il 59% degli intervistati della generazione Z si sia dichiarato insoddisfatto del proprio lavoro e più del 50% abbia dichiarato di volerlo cambiare entro l'anno successivo (Gerber, 2021). I dipendenti a metà carriera sono un'altra forza importante dietro alle Grandi dimissioni (Cook, 2021). Attraverso un'analisi di più di 9 milioni di dati relativi ai dipendenti di oltre 4.000 aziende americane, Cook (2021) ha scoperto che il tasso di dimissioni dei dipendenti di età

¹ L'indagine ha previsto 13.382 interviste condotte su lavoratori dipendenti in Australia (n = 593), Canada (n = 1.935), India (n = 766), Singapore (n = 652), Regno Unito (n = 3.142) e Stati Uniti (n = 6.294). I dati dell'indagine, raccolti dal 15 febbraio al 2 aprile 2022, hanno incluso persone in età lavorativa in 16 settori.

compresa tra i 30 e i 45 anni è aumentato di oltre il 20% dal 2020 al 2021. Anche sul piano del genere si osserva un gap: nell'agosto 2021 è stato osservato un divario da record nei tassi di dimissioni dall'inizio della pandemia, tanto che le lavoratrici si dimettevano a un ritmo più veloce rispetto alle loro controparti maschili (Pardue, 2021).

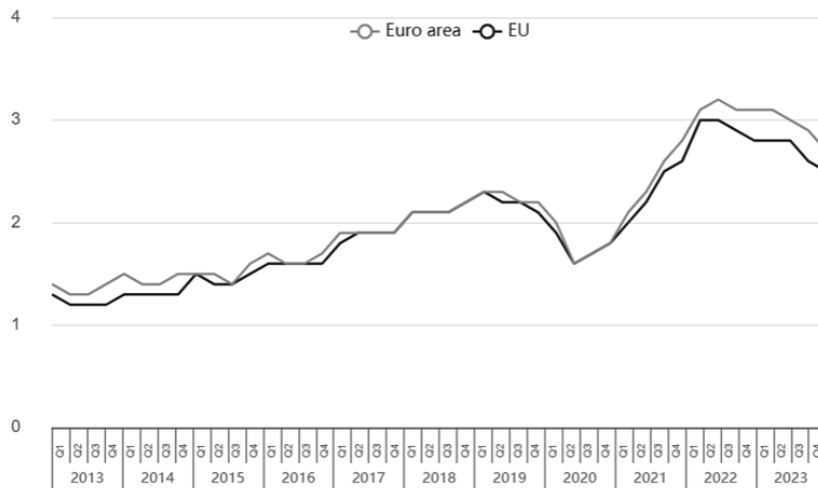
Dagli Stati Uniti il fenomeno si è gradualmente esteso al di fuori dei confini e, sebbene non si sia verificato con la stessa magnitudo, alcuni dati mostrano cambiamenti di rilievo nei diversi mercati del lavoro nazionali:

- in Francia, tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022, il numero di dimissioni ha raggiunto un livello elevatissimo con quasi 520.000 unità per trimestre, tra cui 470.000 da contratti a tempo indeterminato (Lagouge e al., 2022);
- un terzo delle aziende tedesche ha dovuto fronteggiare il doppio problema della mancanza di lavoratori qualificati, da un lato, e della *retention* di quelli già assunti, dall'altro. Si è quindi verificata una situazione in cui vi era un numero record di dipendenti in cerca di nuovi posti di lavoro, con 4 occupati su 10 (25% in più rispetto al 2016) che sarebbero voluti uscire dal mercato del lavoro se avessero potuto permetterselo (Kundu e al., 2022);
- sorte analoga nel Regno Unito dove, nel terzo trimestre del 2022, si sono verificate circa 365.000 dimissioni, addirittura aumentate nel trimestre successivo, quando 442.000 persone hanno lasciato il lavoro, raggiungendo così il più alto numero di dimissioni in oltre un decennio (Office of national statistics, 2023);
- secondo l'Ufficio centrale di statistica olandese, il numero di persone nei Paesi Bassi che hanno cambiato lavoro tra il 2021 e i primi mesi del 2022 è aumentato significativamente. Nel primo trimestre del 2022, un totale di 1,9 milioni di persone (400.000 in più rispetto al primo trimestre del 2021) hanno dichiarato di aver iniziato un nuovo lavoro. Anche il numero di persone che avviano un'attività in proprio e/o che si offrono nel mercato come liberi professionisti è fortemente aumentato (nel terzo trimestre del 2022, 1,2 milioni di persone, con un aumento di 127.000 rispetto all'anno precedente) (Cbs, 2022).

Un indicatore utilizzato da Eurostat che offre indicazioni anche sul fenomeno della fuga è quello che misura i posti di lavoro vacanti (ovvero la domanda di lavoro non soddisfatta) dove rientrano anche quelli lasciati liberi dai lavoratori dimissionari. Secondo i dati Eurostat, appunto, l'Europa ha visto un aumento dei posti di lavoro vacanti per

tutto il 2022 e per il 2023 rispetto a prima della pandemia: il 2,9% dei posti di lavoro nell'Ue e il 3,1% dei posti di lavoro nell'area dell'euro erano vacanti nel terzo trimestre del 2022. Con il 5%, l'Austria ha avuto la più alta percentuale di posizioni vacanti, seguita da Belgio e Paesi Bassi (entrambi al 4,9%). Sembra esserci oggi una leggera diminuzione di tale domanda di lavoro insoddisfatta: nel quarto trimestre del 2023, il tasso di posti di lavoro vacanti nell'area dell'euro è stato del 2,7%, in calo rispetto al 3,1% del quarto trimestre del 2022. Il tasso di posti di lavoro vacanti nell'Ue è stato del 2,5% nel quarto trimestre del 2023, in calo rispetto al 2,8% del quarto trimestre del 2022 (Eurostat, 2024).

Figura 1 - Tassi di posti di lavoro vacanti non destagionalizzati, intera economia (%)



Fonte: Eurostat, 2024.

I dati riportati dimostrano come il mercato del lavoro sia in grande trasformazione. I cambiamenti si osservano in particolare sul versante dell'offerta di lavoro. Il già citato studio di De Smet e al. (2022), classifica i lavoratori in cinque grandi tipologie:

- i tradizionalisti: per loro la carriera, la retribuzione e lo status sono condizioni attrattive essenziali, di fronte alle quali sono disposti a sacrificare gran parte della loro vita. Le imprese li cercano, perché ne sono «tranquillizzate» credendo di capire meglio come attrarli e trattenerli. Ma proprio per questo motivo tali lavoratori sono sempre più contesi e volatili e puntare solo su di loro può essere costoso e inefficace;

- i «fai da te»: ambiscono all'autonomia, alla libertà, ad un lavoro dai contenuti stimolanti dove essere valutati sui risultati. Poco attratti dal lavoro full time, vogliono mantenere spazio per i loro interessi, poter scegliere su quali attività concentrarsi. Non vogliono sentirsi subordinati ma allo stesso tempo rifuggono lo status di «capi» preferendo quello di esperti;
- i caregivers: per loro il lavoro è importante, ma ad esso antepongono i compiti di cura. Per attrarli, dunque, al di là di una retribuzione equa, è necessario assicurare flessibilità, benessere e contenuti creativi in ambienti piacevoli e non eccessivamente competitivi;
- gli idealisti: cercano un lavoro che corrisponda ai loro ideali, che li faccia crescere professionalmente e arricchire sul piano delle conoscenze. Retribuzione e flessibilità contano, ma non quanto la piacevolezza dell'ambiente di lavoro e l'aderenza delle attività che sono chiamati a svolgere ai valori che esprimono;
- i relaxed: per loro la carriera non è una priorità. Non cercano attivamente un lavoro, ma potrebbero esserne attratti se esso offrisse loro contenuti significativi e un ambiente piacevole con un'elevata flessibilità.

Di fronte a questo scenario, è evidente come la domanda di lavoro debba necessariamente adattarsi per poter colmare le posizioni vacanti generate dalle grandi dimissioni. Essa dovrebbe imparare a riconoscere l'offerta e predisporre un mix di fattori di attrazione: prevedere cioè accanto a quelli tradizionali basati sulla leva economica, sulle credenziali formali, sulle opportunità di avanzamento professionale e sullo status, anche fattori innovativi incentrati su flessibilità, sul mantenimento della salute e del benessere, sulla creatività, sulla creazione di legami fiduciari e relazionali. Secondo alcuni, in questa nuova fase del mercato del lavoro, tale capacità diverrà uno dei principali fattori competitivi per trasformare la Great Resignation in una Great Renegotiation (De Smet e al., 2022).

3. La grande fuga dal settore sanitario

Il settore sanitario è stato ampiamente colpito dal fenomeno della Great resignation che sta determinando conseguenze particolarmente impattanti sulla tenuta dei sistemi sanitari e, in ultima analisi, sulle possibilità di cura della popolazione. Attribuire la causa del *quit quitting* in ambito sanitario alla pandemia da Covid-19 è però, in realtà, un'ipotesi fin troppo semplicistica; è più realistico pensare, infatti, che la pandemia abbia semplicemente esacerbato un problema già presente, anche

se non ancora eccessivamente pervasivo. Secondo Fuller e Kerr (2022), le grandi dimissioni americane, del resto, sarebbero iniziate prima della pandemia, dal momento che i lavoratori dei più disparati settori economici si stavano licenziando in quantità crescenti già almeno dieci anni prima dell'avvento del Covid per cause legate a condizioni lavorative sempre più inaccettabili.

La situazione oggi appare particolarmente critica: gli organismi internazionali sottolineano come la carenza di personale stia diventando sempre più preoccupante anche perché rischia di prolungarsi aggravando così i problemi nel lungo periodo. L'Oms parla di una vera e propria crisi della forza lavoro, crisi che sarebbe declinabile in cinque tipologie (Azzopardi-Muscat e al., 2023): crisi del lavoro, crisi della salute mentale, crisi di istruzione, crisi della parità di genere e crisi degli investimenti finanziari.

Crisi del lavoro

È innanzitutto una crisi del lavoro, perché diversi paesi trovano difficoltà a trattenere gli operatori, e a reclutarne di nuovi necessari per rispondere adeguatamente all'aumento della domanda di servizi verificatosi negli ultimi anni (Zapata e al., 2023a). Come è ampiamente documentato dalla letteratura, si assiste a un aumento del tasso di abbandono degli operatori sanitari, dovuto a: invecchiamento della forza lavoro (in 13 paesi europei più del 40% dei medici ha più di 55 anni); aumento dell'assenteismo e delle dimissioni (+62% durante la pandemia da Covid-19) (Zapata e al., 2023b); aumento del numero dei decessi causati dalla pandemia (si stima che siano morti 50.000 operatori sanitari in Europa); aumento della migrazione di operatori sanitari ed assistenziali in alcuni paesi (+27% e +79% della migrazione globale verso i paesi Ocse dopo la pandemia Covid-19 (Who, 2022). Il problema è dunque di *recruitment* ma soprattutto di *retention*.

Complessivamente, la forza lavoro nel settore sanitario in Europa è cresciuta tra il 2010 e il 2020, seppure con delle eccezioni. I dati più recenti (del 2019 o del 2020, a seconda del paese) riflettono le risposte messe in atto di fronte alla pandemia da Covid-19, mostrando un aumento della disponibilità di personale sanitario. Complessivamente, il personale medico, infermieristico ed ostetrico è aumentato del 10%, seppure in modo diseguale in Europa². Tale incremento, cui fa da con-

² Nell'Europa orientale tale incremento è stato pari al 6%, nell'Europa occidentale

trattare un aumento della domanda di cura dovuta all'invecchiamento della popolazione e alla crescita delle malattie croniche, non compensa però il futuro inevitabile ammanco se si tiene conto dell'invecchiamento della forza lavoro attualmente in servizio. Si tratta di un fenomeno diffuso in tutti gli Stati membri, ma in particolare in quelli in cui una percentuale significativa ha un'età pari o superiore ai 55 anni che dovranno presto procedere alla loro sostituzione.

Crisi di salute mentale

Che si tratti poi anche di una crisi di salute mentale è dimostrato dall'elevato livello di burnout sperimentato in misura crescente dagli operatori sanitari (Ghahramani e al., 2021). Questo è dipeso, da un lato, dall'aumento dell'aggressività e della violenza da parte dell'utenza (Liu e al., 2019; Vento e al., 2020) e, dall'altro, dall'esposizione prolungata a carichi di lavoro elevati e a turnazioni pesanti già prima della pandemia da Covid-19 che, tuttavia, ha notevolmente aggravato la situazione rendendola non più sostenibile. Durante la pandemia Covid-19, tra gennaio 2020 e aprile 2022, infatti, almeno un quarto degli operatori sanitari di tutto il mondo ha riferito di soffrire di ansia, depressione e sintomi di burnout (Who, 2024). Sebbene l'emergenza sanitaria globale sia ormai passata, un gran numero di operatori sanitari e assistenziali continua a segnalare questi sintomi. Ciò si ripercuote negativamente sulle strutture sanitarie attraverso una bassa soddisfazione lavorativa, un elevato numero di assenze del personale, scioperi della forza lavoro e abbandoni, il che rende difficile mantenere elevata la produttività oltre che gli standard di assistenza ai pazienti (Who, 2024).

Crisi educativa

È poi anche una crisi legata al sistema formativo del personale sanitario. Si tratta di una crisi che viene da lontano considerando come il problema della trasformazione dei sistemi educativi delle professioni mediche e sanitarie percorra l'intero decennio che precede la pandemia. A partire dall'allarme lanciato dalla Commissione Lancet nel 2010 e riportato da Frenk e al. (2010), un gran numero di istituzioni pubbliche e private, nonché singoli studiosi a livello mondiale, portano all'attenzione dei

esso sale al 26%, nella regione meridionale ammonta al 15% e in quella settentrionale al 12%.

decisori politici il problema (non procrastinabile) dei limiti e delle insufficienze della formazione del personale della cura. La maggior parte delle istituzioni formative, in Europa e nel mondo, non sono state in grado di adattarsi alle sfide in atto in gran parte a causa di programmi frammentati, obsoleti e statici che producono laureati non 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 (Geddes e al., 2024). I sistemi formativi, dunque, sembrano non adeguati a formare le nuove generazioni di operatori sia in termini di competenze necessarie per rispondere alle sfide future, sia in termini di modalità didattiche e di socializzazione professionale (Borges do Nascimento e al., 2023).

Crisi della parità di genere

Una crisi di parità di genere, laddove le donne, che rappresentano il 75% della forza lavoro sanitaria in Europa³ (Who, 2022), continuano a subire gap retributivi elevati rispetto agli uomini, svantaggi in termini di assunzione di ruoli apicali, condizioni di lavoro più precarie e pesanti oltre che una maggiore esposizione a violenze e molestie nei luoghi di lavoro (Kluge e al., 2023; Kuhlmann e al., 2023). Il report «The great resignation: why women health workers are leaving» (Women in Global Health, 2023) rivela che i sistemi sanitari tendono complessivamente a riprodurre pregiudizi di genere oltre che disuguaglianze tra le professioni e all'interno delle stesse. Si evidenziano altresì penalizzazioni retributive: i maggiori divari di genere da questo punto di vista si riscontrano nelle categorie retributive più elevate e per le donne in età riproduttiva. Gli uomini risultano quindi sovrarappresentati nelle categorie retributive più alte e le donne in quelle più basse. Le disuguaglianze di genere sono aumentate dall'inizio della pandemia, che ha colpito in modo sproporzionato i lavoratori della fascia bassa della scala retributiva, la maggior parte dei quali è costituita da donne, colpendoli più duramente. Pertanto, laddove le misure di controllo e di risposta alla pandemia non hanno adottato un approccio incentrato sull'equità, si è

³ La percentuale di medici donne è aumentata dal 43% nel 2010 al 48% nel 2020.

assistito a un aggravamento delle disuguaglianze (Women in Global Health, 2023).

Crisi degli investimenti finanziari

A partire dalla crisi finanziaria del 2008 in molti paesi europei sono stati effettuati tagli alla spesa pubblica, quella sanitaria in particolare. Nel 2009, secondo l'Ocse, la quota parte di Pil investita per la spesa sanitaria nei paesi europei è stata pari al 9,5% (Olanda 12%; Francia 11,8%, Germania 11,6%, Svizzera 11,4%, Austria 11%, Italia 9,5%); nel 2010 si è toccata la crescita zero; nel 2011 (+0,5%) e nel 2012 (+1,4%), seppur con il segno più, gli incrementi sono stati modesti (Morgan e Astolfi, 2014). Le riduzioni dei bilanci sanitari si sono tradotti in blocchi delle assunzioni, mancati adeguamenti salariali e blocchi della contrattazione collettiva che hanno finito per ridurre il potere d'acquisto degli operatori e diminuito il numero di posti disponibili. In Italia, scrive Vicarelli (2023, p. 213) «è a partire dal 2011 che vengono effettuati i maggiori tagli alla spesa sanitaria e presi i provvedimenti sul personale che rendono esplicite le politiche governative di riduzione del sistema di welfare e flessibilizzazione del lavoro nel comparto sanitario (Vicarelli, 2022). Una voce di spesa, quella del personale, che passa dal 40% sul totale della spesa nella metà degli anni novanta a circa il 30% in questo decennio, tanto da essere superata nel 2013 dalla spesa per acquisti di beni e servizi». Dal lato degli utenti, i tagli hanno implicato un aumento della spesa privata, specie out-of-pocket, determinando forti iniquità oltre che, in alcuni casi, rinuncia alle cure.

4. Il caso italiano. Una tendenza preannunciata?

Per illustrare il fenomeno della «grande fuga» del personale sanitario dal Ssn sembra necessario ricostruire, seppure per grandi linee, le vicende che hanno interessato le risorse umane dall'istituzione del Ssn, avvenuta per effetto della l. 833/78, ad oggi e, in particolare, analizzare il depotenziamento cui gradualmente si è andati incontro. Per farlo sembra utile suddividere questi 46 anni di storia in tre grandi fasi, per ciascuna delle quali il punto di cesura è determinato da un evento critico.

La prima fase va dal 1978 al 2007: si tratta di un periodo molto lungo (30 anni) e attraversato da alcune discontinuità. Esso, tuttavia, appare caratterizzato da un andamento positivo in relazione al personale sani-

tario occupato nel Ssn, personale che cresce sia in senso numerico sia in termini di accrescimento dello status socioeconomico, soprattutto se si considerano i processi di professionalizzazione che hanno investito le professioni non mediche (Spina, 2021). In questa fase sono ancora vividi i principi ispiratori del Ssn (in particolare quello di superamento delle disuguaglianze ereditate dal sistema mutualistico e quello basato sulla globalità degli interventi) e, seppure parzialmente modificati dalle successive riforme (quella del '92-'93 e quella del '99), impongono il mantenimento di un certo standard. La razionalizzazione avvenuta per effetto delle riforme bis (d.lgs. n. 502/92) e ter (d.lgs. n. 229/99) modifica, dunque, profondamente l'architettura del sistema, ma non agiscono nel senso di una riduzione del personale sanitario che, negli anni, va invece aumentando. La crescita è in parte imputabile alla forza negoziale delle categorie professionali (quella medica in primis) che, attraverso le associazioni di rappresentanza (sindacale e ordinistica), riescono a rivendicare le proprie istanze.

Dal 2008, in concomitanza con l'esplosione di una pesante crisi economica, prende avvio una seconda fase, che dura fino al 2019, in cui alla dinamica espansiva del periodo precedente ne segue una di decrescita legata a scelte di natura politica ed economica derivanti dall'orientamento al ridimensionamento del welfare italiano (Vicarelli, 2020, 2022). Sul piano politico-culturale si assiste in questo periodo ad una virata verso la trasformazione del sistema da mono pilastro a multi pilastro: notevoli sono le spinte per la costruzione di un secondo pilastro mutualistico e di un eventuale terzo pilastro assicurativo (Vicarelli, 2023). A ciò si aggiunge la spinta verso la costruzione di forme di welfare aziendale che, unita allo sviluppo senza precedenti del settore privato (sia ospedaliero sia delle prestazioni specialistiche), hanno l'effetto di indebolire in maniera preoccupante l'universalismo (Vicarelli, 2023). Sul piano della spesa i tagli di questi anni si ripercuotono pesantemente sul personale operante nel servizio pubblico anche a causa dei blocchi alla contrattazione collettiva operata sin dal 2010. Prende avvio una effettiva svalorizzazione del personale: dal 2010 al 2017 questo si riduce di 21.813 unità di cui 6.348 medici e odontoiatri e 10.373 infermieri (Ministero della Salute, 2010-2017). Non solo: a fronte della diminuzione in termini assoluti degli occupati a tempo indeterminato, si assiste, tra il 2009 e il 2018, ad un aumento nel ricorso a personale a tempo determinato: nel 2018 l'impiego di personale ex interinale è pari a 6.830 unità e, complessivamente, «il totale del lavoro flessibile nel comparto sanità (43.404 unità) è pari al 6,7% del lavoro dipendente totale e corri-

sponde, in termini assoluti, alle posizioni perse nel decennio considerato» (Vicarelli, 2022, p. 13). A ciò va aggiunto che le retribuzioni medie lorde restano praticamente invariate a fronte di condizioni di lavoro nettamente peggiorate, per la minore disponibilità e qualità delle risorse umane presenti ma anche per le continue deroghe alla normativa europea che imponeva standard minimi relativi a riposi, pause, ferie, orari di lavoro (Vicarelli, 2020).

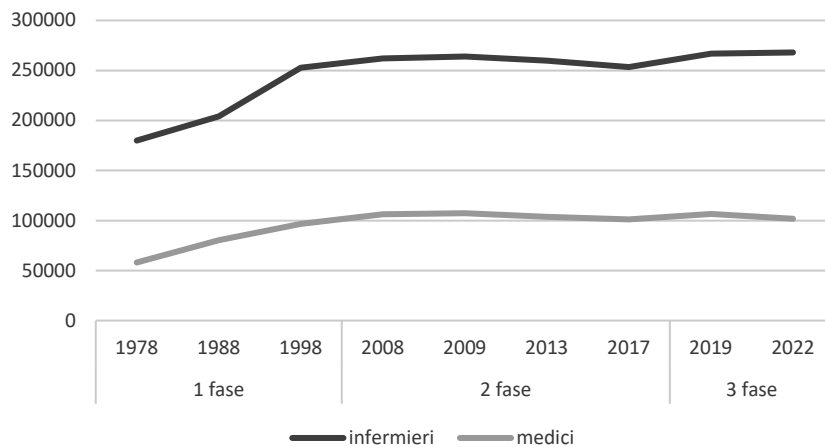
La terza fase si apre con l'avvento dell'emergenza sanitaria determinata dalla epidemia da Covid-19. Il Ssn, depotenziato di anni di tagli e con una dotazione di personale molto ridotta, se non addirittura carente in alcune specialità (soprattutto quelle maggiormente impegnate nella lotta al Covid), si trova impreparato ad affrontare la pandemia. Per fronteggiare l'emergenza, vengono utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale al fine di potenziarlo e, a soli due mesi dall'emergenza, entrano nel sistema oltre la metà dei lavoratori che si erano persi negli ultimi dieci anni. Nonostante tale potenziamento, con l'avvento della «seconda ondata» riesplode il problema della carenza di personale e vengono stanziati altri miliardi per assumere ulteriori operatori. Questa fase di reclutamento eccezionale, con forme contrattuali e procedure flessibili, ha determinato un consistente incremento del numero dei precari immessi nel Ssn, precari che non sono stati necessariamente stabilizzati. Del resto, nel periodo post pandemico i tagli alla spesa sanitaria riprendono, come testimoniano il disegno di legge sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e il bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025 (Vicarelli, 2023), dimostrando che la pandemia, almeno da questo punto di vista, non si è posta come una cesura rispetto all'orientamento al retrenchment della sanità italiana.

Questa seppur sintetica ricostruzione dell'andamento nella dotazione del personale sanitario del Ssn evidenzia come la sua riduzione sia stata usata nel corso degli anni come leva per diminuire i costi del sistema sanitario e come per contro il personale non sia stato valorizzato, in termini economici e non solo, in quanto risorsa fondamentale.

Tale progressiva svalorizzazione ha sedimentato negli operatori sentimenti di disaffezione e malessere che si sono tradotti in un aumento dello stress, del burnout e di altre forme di disagio psico-fisico (Geddes e al., 2024). Hanno agito in questa direzione, da un lato, le difficili condizioni di lavoro in cui si sono trovati ad operare ben prima dello scoppio della pandemia, legate a turnazioni, orari e carichi di lavoro pesantissimi ma anche a blocchi nella contrattazione collettiva e, di conseguenza, dei livelli salariali; dall'altro hanno certamente pesato le rela-

zioni con un'utenza sempre più esigente, aggressiva e violenta (Vento e al., 2020), relazioni che hanno smesso di compensare l'insoddisfazione legata alle condizioni di lavoro per assommarsi ad essa in maniera devastante.

Grafico 1 - Medici e infermieri del Ssn – 1978, 1988, 1998, 2008, 2009, 2013, 2017, 2019, 2022



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat.

Stante questo quadro, non stupisce che oggi, ad emergenza conclusa, gli operatori abbiano superato quel blocco, legato dal senso di responsabilità che ha imposto loro di restare durante la crisi pandemica, e abbiano deciso di lasciare il lavoro diretti verso altre destinazioni. Del resto, la letteratura suggerisce questa ipotesi: c'è chi sostiene che i lavoratori avessero già in mente l'idea di lasciare il lavoro, ma che il senso di responsabilità abbia agito nella direzione di rinviare tale decisione una volta superato il problema. Se questo scenario è realistico, la fuga dal Ssn di cui oggi siamo testimoni era preannunciata e pone seri problemi che non possono essere sottovalutati. Alla criticità legata alla *retention*, si assommano poi quelli di *recruitment*: qui lo scenario appare ancora più complesso perché alle difficoltà di attrarre nuovo personale a condizioni sostanzialmente immutate, si assommano quelle legate all'avvento di nuove generazioni di lavoratori, generazioni che introiettano culture diverse, che sono mosse da motivazioni diverse, che nutrono aspettative diverse, che esprimono ideali e valori diversi. Ma chi sono gli operatori in fuga?

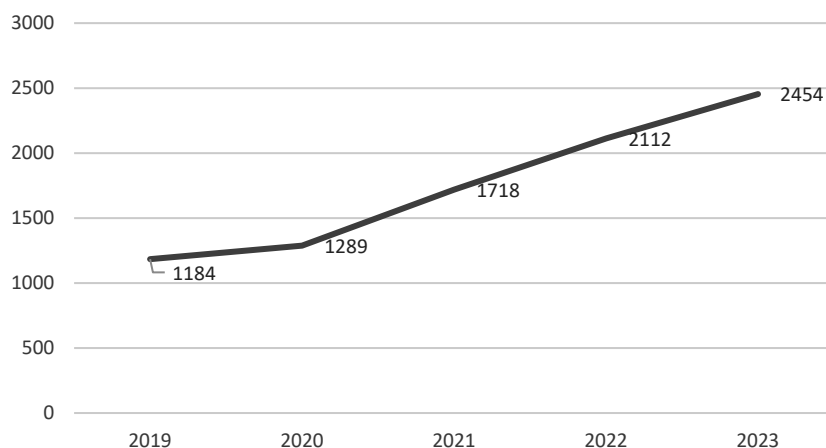
5. Il personale in fuga: quanti sono e chi sono?

Fonti diverse di dati ci permettono non solo di valutare meglio l'ampiezza del fenomeno della *great resignation* che ha colpito il Ssn, ma anche di individuare chi siano i dimissionari volontari.

Partendo dai dati dell'ultimo Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, riferito all'anno 2022, si osserva come a fronte di complessive 69.289 nuove assunzioni si continuo 65.079 dipendenti cessati (QuotidianoSanità, 2023).

Tra il personale infermieristico, gli assunti sono stati 23.504 (5.636 uomini e 17.868 donne), quelli cessati ammontano a 22.280 (5.101 uomini e 17.179 donne), il che porta ad un saldo positivo pari a 1.224 unità. Sulle cause dei cessati va osservato come quelli per dimissioni ma con diritto alla pensione siano 5.979, mentre 1.226 sono gli infermieri cessati per collocamento a riposo per limiti di età.

Grafico 2 - Professionisti che sono usciti dalle Pa tra il 2019 e il 2023 (v.a.)



Fonte: nostra elaborazione su dati Fondazione Onaosi.

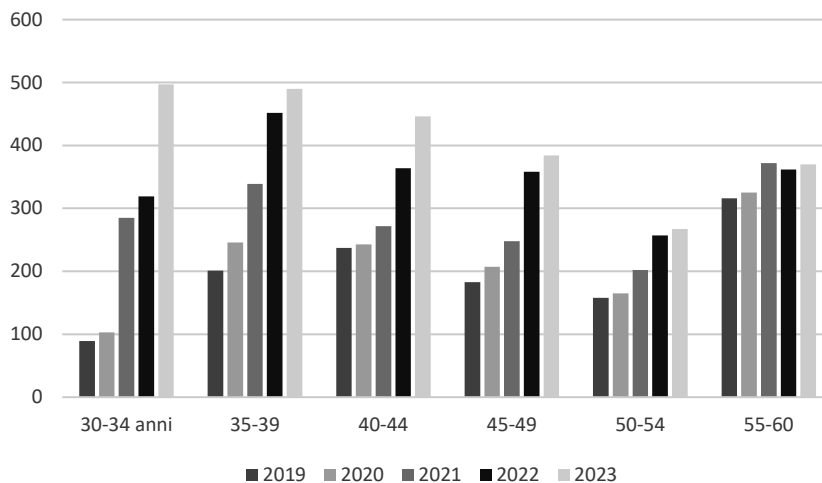
Tra il personale medico, sono stati 10.778 gli assunti nel corso dell'anno 2022 (di cui 4.480 uomini e 6.298 donne) contro 12.648 di quelli cessati (6.529 uomini e 6.119 donne; -1.870 unità complessive). Di questi ultimi, le cessazioni per dimissioni (con diritto alla pensione) ammontano a 2.651 unità, e quelle per collocamento a riposo per sopraggiunti limiti di età ammontano a 2.238. Considerati questi dati, i medici dipendenti dal Ssn nel 2023 sono pari a 102.391 (1,74 per mille abitanti) con un

decremento rispetto al 2021 quando ammontavano a 103.092. Per contro sono 225.507 i medici (specialisti e non specialisti) che esercitano al di fuori del Ssn; di questi 37.763 lavorano alle dipendenze di un privato, mentre il restante 187.744 opera in regime di libera professione, diviso tra l'Italia e l'estero (Magi, 2023).

Per capire meglio quanti sono e soprattutto chi sono i medici che volontariamente decidono di uscire dal servizio pubblico alimentando il fenomeno della fuga, facciamo riferimento ai dati forniti dalla Fondazione Onaosi (Opera nazionale assistenza orfani sanitari italiani, 2024) prendendo in esame le uscite volontarie dal 2019 al 2023 di operatori di età compresa tra i 30 e 60 anni (medici, farmacisti, veterinari e odontoiatri).

Stando a questi dati, nell'arco temporale preso a riferimento sono uscite complessivamente 8.757 unità di personale, di cui 8.148 medici (93%) e l'entità della perdita è più che raddoppiata in cinque anni (grafico 2).

Grafico 3 - Professionisti che sono usciti dalle Pa tra il 2019 e il 2023 per anno e per coorti d'età



Fonte: nostra elaborazione su dati Fondazione Onaosi.

Guardando più nel dettaglio al genere dei professionisti che hanno deciso di abbandonare il lavoro nel Ssn, si osserva come siano in maggioranza le donne rispetto agli uomini ad andarsene, sia complessivamente che per anno. Guardando all'età, invece, emerge come, stante un aumento generale delle persone in fuga, per i giovanissimi (30-34 anni) ci sia stato un

incremento esponenziale nei cinque anni considerati: la quota degli abbandoni in questa fascia d'età è infatti quintuplicata, passando da 89 uscite nel 2019 a 497 uscite nel 2023 (grafico 3). Significativo appare anche l'aumento delle persone in fuga nella fascia d'età 35-39, mentre è comprensibilmente più stabile quella degli over 55. Quantitativamente più ridotta, sebbene anch'essa in crescita, è la quota degli operatori con un'età compresa tra i 40 e 50 anni. Sebbene negli ultimissimi anni (2022-2023) anche tra questi professionisti si osservi un aumento della percentuale di abbandoni, c'è da supporre che abbiano maggiori incentivi a restare o perché rivestono ruoli apicali o perché potrebbero rivestirli in un futuro prossimo. La massiccia uscita dal sistema pubblico degli over 55 potrebbe essere spiegata dalla grande esperienza, accumulata in decenni di lavoro, spendibile in un mercato privato in forte crescita.

Tabella 1 - Confronto tra la dotazione di medici all'1-1-2023 e le uscite dell'anno, per genere e regione (v.a. e %)

	Medici e odontoiatri Ssn all'01-01-2023			Medici usciti nel corso del 2023					
				M		F		Totale	Usciti sul totale
	M	F	Totale	v.a	%	v.a	%	v.a	%
Piemonte	3.721	4.317	8.038	43	30,94%	96	69,06%	139	1,73%
Valle d'Aosta	144	151	295	3	50,00%	3	50,00%	6	2,03%
Lombardia	5.822	7.463	13.285	190	40,95%	274	59,05%	464	3,49%
Trentino Alto Adige	1004	1.087	8.038	35	43,75%	45	56,25%	80	1,73%
Veneto	3.622	4.055	7.677	95	41,30%	135	58,70%	230	3,00%
Friuli Venezia Giulia	1.060	1.371	2.431	17	32,69%	35	67,31%	52	2,14%
Liguria	938	1.070	2.008	34	54,84%	28	45,16%	62	3,09%
Emilia Romagna	3.590	4.914	8.504	101	40,40%	149	59,60%	250	2,94%
Toscana	3.817	4.775	8.592	60	43,17%	79	56,83%	139	1,62%
Umbria	898	1.072	1.970	14	56,00%	11	44,00%	25	1,27%
Marche	1.310	1.557	2.867	24	47,06%	27	52,94%	51	1,78%
Lazio	3.907	4.510	8.417	79	38,73%	125	61,27%	204	2,42%
Abruzzo	1.248	1.461	2.709	18	43,90%	23	56,10%	41	1,51%
Molise	238	186	424	6	75,00%	2	25,00%	8	1,89%
Campania	5.187	3.754	8.941	59	40,14%	88	59,86%	147	1,64%
Puglia	3.259	3.045	6.304	72	61,02%	46	38,98%	118	1,87%
Basilicata	537	394	931	9	64,29%	5	35,71%	14	1,50%
Calabria	1.860	1.547	3.407	19	46,34%	22	53,66%	41	1,20%
Sicilia	4.802	4.139	8.941	86	53,09%	76	46,91%	162	1,81%
Sardegna	1.551	2.444	3.995	29	46,03%	34	53,97%	63	1,58%
Totale	53312	48515	101.827	993	43,25%	1.303	56,75%	2296	2,25%

Fonte: nostra elaborazione su dati Fondazione Onaosi (2024) e Ministero della Salute (2023).

Confrontando il numero dei medici dipendenti dal Ssn al 1° gennaio 2023 con le uscite volontarie verificatesi nel corso dello stesso anno si osserva come il sistema pubblico abbia subito una perdita media del 2,25%, con punte più alte in Trentino (3,89%), Lombardia (3,43%), Liguria (3,09%) e Veneto (3%). In generale l'esodo sembra più acuto nelle regioni del Nord piuttosto che in quelle del Centro (ad eccezione del Lazio dove la percentuale sale al 2,42%) e del Sud. In particolare, guardando al dato di genere, si osserva come, se la composizione di professionisti veda a inizio 2023 un 52,4% di donne, con percentuali più alte nel Nord rispetto al Sud, le uscite sono mediamente coerenti con tale dato: esse, infatti, sono composte per il 56,75% da donne. Tuttavia, il dettaglio regionale mostra come non ovunque tale proporzione sia rispettata: in alcune regioni del Nord, dove le donne medico sono maggioranza, le uscite volontarie hanno coinvolto una percentuale maggiore di uomini contrariamente a quanto accade in alcune regioni del Sud dove, benché il sistema sia composto maggioritariamente da maschi, le uscite hanno riguardato di più le donne (tab. 1).

Guardando invece alle destinazioni degli operatori in fuga dal Ssn, due appaiono le frontiere principali: i mercati esteri e quelli privati.

Sul primo fronte, possiamo fare riferimento al database statistico dell'Oecd (2024) dove sono raccolti i dati sulle nazionalità dei medici stranieri emigrati per lavorare nei paesi membri dell'organizzazione. Nel database sono riportati due tipi di statistiche, una «stock» e una «annual flow». La prima indica quanti medici stranieri, divisi per nazionalità, sono autorizzati a lavorare in un paese alla fine di ogni anno. La seconda statistica, «*annual flow*», indica una quantità «flusso» cioè il numero di nuovi medici, divisi per nazionalità, che arrivano dall'estero e che ottengono l'autorizzazione a lavorare in un singolo anno. L'andamento di tali dati ci parla di una «fuga» che è andata via via aumentando a partire dagli anni immediatamente successivi al blocco dei contratti e ai primi blocchi del turn over (fino al 2009 compreso risultavano emigrare circa 350-400 infermieri e 2-3.000 medici italiani l'anno), raggiungendo negli anni successivi per i medici il culmine di oltre 9.700 presenze all'estero nel 2016 e per gli infermieri di oltre 6.600 nello stesso anno. Tale fuga ha subito una forte accelerazione negli ultimi anni: dal 2019 al 2021 sarebbero andati all'estero circa 15.109 infermieri e 21.397 medici⁴. Riguardo alle mete privilegiate, i dati indicano per gli infermieri

⁴ Questi numeri sono relativi al totale dei professionisti all'estero; comprendono dunque anche quelli che non sono mai entrati nel sistema pubblico.

il Regno Unito (nel 2015 ha accolto 4.700 infermieri), seguito dalla Svizzera (circa 1.200 l'anno) e dalla Germania (intorno ai 1.000 l'anno). I medici, invece, si distribuiscono in quantità minori su un numero maggiore di paesi: si passa da un range di 1.500-1.700 in Francia ad una forbice tra i 1.000 e i 1.050 in Belgio. Anche Germania, Israele, Svizzera e Regno Unito sono paesi meta di un numero superiore a mille camici bianchi (un numero superiore a 1.000) e tra i paesi extraeuropei degni di menzione sono gli Stati Uniti, dove si contano circa 2.200 laureati italiani.

Se non emigrano, i professionisti trovano occupazione nel privato, in forte espansione, che garantisce condizioni di lavoro più dignitose sia dal punto di vista economico, che in termini di carichi di lavoro e turnazioni orarie. Non è un caso che un numero crescente di neolaureati ambisca a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica ecc.), allontanandosi da quelle considerate più gravose e rischiose (medicina di emergenza-urgenza, chirurgia generale ecc.) che non riescono più a saturare i contratti di formazione disponibili annualmente (Geddes e al., 2024). Lo scivolamento verso la sanità privata è, del resto, evidente anche guardando al forte aumento della spesa privata per la salute: stando ai dati della Fondazione Gimbe (2024), nel 2022 (ultimo anno disponibile) questa ammonta a 41.503 milioni, di cui il 2,7% intermediata da fondi sanitari e assicurazioni e ben 21,4% out-of-pocket, superando la soglia del 15% e configurando di fatto, secondo i parametri dell'Oms, un sistema sanitario misto.

6. Un controesodo è possibile?

Da più parti si discute per comprendere se e come poter superare i problemi di *recruitment* e di *retention* degli operatori del Ssn rendendo quest'ultimo maggiormente *appealing*. Non esistono ricette plausibili che non prevedano un cospicuo investimento in termini economici: certamente per trattenere gli operatori in fuga o per attrarne di nuovi va, da un lato, potenziato l'organico investendo in nuove assunzioni in modo che i carichi di lavoro siano più equamente distribuiti e, dall'altro, vanno aumentate le retribuzioni che sono, ad oggi, ancora lontane da quelle percepite dagli operatori sanitari della maggior parte dei paesi europei (Oecd, 2024). Tuttavia, la leva economica, per quanto necessaria, non sembra sufficiente: è fondamentale agire su tutti i fronti su cui la crisi

si è manifestata. Potrebbero, cioè, essere messe in atto una serie di iniziative, alcune delle quali concretizzabili in tempi ragionevolmente rapidi, ed altre di più lunga durata, grazie alle quali ridare valore e dignità al lavoro nel e per il sistema pubblico.

Rispetto all'education, a livello di contenuti andrebbero aggiornati i sistemi formativi, dando avvio a quelle che la Commissione Lancet aveva definito riforme di terza generazione⁵, basate sull'implementazione di modelli didattici e istituzionali incentrati sull'apprendimento trasformativo e sull'interdipendenza⁶ (Geddes e al., 2024). Sempre a livello di contenuti «andrebbe 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» (Geddes e al., 2024, p. 23); andrebbero altresì modificati i percorsi di formazione postlaurea (corsi di specializzazione e formazione in medicina generale) e rivisti anche quelli delle professioni sanitarie non mediche, dato che a oltre trent'anni dalla loro istituzione sono rimasti pressoché invariati. Dall'altro lato, modifiche andrebbero fatte sul piano strutturale e infrastrutturale, implementando le dotazioni laboratoriali ma soprattutto quelle tecnologiche, anche per rendere la formazione più innovativa e più adeguata ai tempi.

Andrebbe agito altresì sul fronte della parità di genere prospettando percorsi di cambiamento che valorizzino la presenza delle donne, che implementino una diversa visione del lavoro di cura in grado di tener conto del ruolo del genere nelle pratiche quotidiane, nei modelli orga-

⁵ Tali riforme seguono quelle definite di prima generazione, sviluppatasi all'inizio del Novecento, con cui era stato avviato un curriculum *science-based*, e di seconda generazione, di metà del Novecento, grazie alle quali erano state introdotte innovazioni centrate sulla tecnica del *problem-solving* (Geddes e al., 2024).

⁶ Per apprendimento trasformativo si intende una modalità basata su tre cambiamenti fondamentali: il passaggio 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; il superamento della mera ricerca di credenziali professionali settoriali per raggiungere competenze di base utili ad un efficace lavoro di squadra; lo sviluppo di soluzioni creative volte a rispondere alle priorità locali a partire da risorse globali. Per quanto riguarda il concetto di interdipendenza nell'istruzione esso consiste nel passaggio 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 (Frenk e al., 2010).

nizzativi dei luoghi di cura e nei modelli di professionalismo che si andranno sviluppando (Morano, 2021).

Andrebbero modificate le condizioni organizzative, implementate le dotazioni tecnologiche e ammodernate quelle infrastrutturali per rendere i luoghi di lavoro ambienti avanzati e gradevoli da vivere.

Andrebbero poi create le condizioni affinché i giovani di oggi, potenziali o attuali studenti delle facoltà mediche e quindi futuri operatori, possano trovare «vantaggioso» lavorare nel sistema pubblico. Per fare questo, vanno osservate, studiate e ascoltate le nuove generazioni di professionisti, al fine di poter capire quali siano le leve giuste da manovrare per soddisfare le loro aspettative e aumentare il livello di appeal del Ssn.

7. Conclusioni

Nel presente articolo si è cercato di quantificare il fenomeno della fuga degli operatori dalla sanità pubblica italiana provando ad individuare le principali ragioni che concorrono a determinarla e a tratteggiare, seppur brevemente e per grandi linee, le azioni correttive. Quello dell'abbandono degli operatori è un tema urgente da affrontare perché si lega alla capacità di continuare a garantire l'universalismo delle prestazioni. Salvare la sanità pubblica è una sfida ardua che richiede dunque, in primis, una forte volontà politica. Il mercato privato è in grande aumento e sempre più cittadini stanno rinunciando alle cure per l'impossibilità di averne accesso in tempi rapidi e/o in modo gratuito. Ripartire dalle risorse umane del Ssn, dalle persone che vi lavorano, investendo per garantire loro sicurezza, stabilità, condizioni di lavoro dignitose è senza dubbio il primo passo per rinnovare gli impegni presi al momento dell'istituzione del Ssn, per ribadire cioè quei principi di eguaglianza, di universalità e di globalità degli interventi che ne erano alla base. Se questo grido d'allarme non verrà ascoltato, la trasformazione dell'universalismo sarà imminente, con tutte le conseguenze in termini di aumento delle disuguaglianze, rinuncia alle cure e peggioramento delle condizioni di salute della popolazione che ne deriveranno.

Riferimenti bibliografici

Azzopardi-Muscat N., Zapata T. e Kluge H., 2023, *Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now*, «The Lancet Regional Health Europe», vol. 35, pp. 1-2.

- Borges do Nascimento I.J., Abdulazeem H., Vasanthan L.T., Martinez E.Z., Zucoloto M.L., Østengaard L. e Novillo-Ortiz D., 2023, *Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals*, «NPJ Digital Medicine», vol. 6, n. 1, doi: 10.1038/s41746-023-00899-4.
- Cbs, 2022, *Meer nieuwkomers op de werkvloer*, <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/29/meer-nieuwkomers-op-de-werkvloer>.
- Cook I., 2021, *Who is driving the great resignation?*, <https://hbr.org/2021/09/who-is-driving-the-great-resignation> (accesso 12 luglio 2024).
- De Smet A., Dowling B., Hancock B. e Schaninger B., 2022, *The Great Attrition is making hiring harder. Are you searching the right talent pools*, «McKinsey Quarterly», vol. 58, pp. 1-13.
- Eurostat, 2024, *Euro indicators*, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-euro-indicators/w/3-15032024-ap#:~:text=In%20the%20fourth%20quarter%20of%202023%2C%20the%20job,Eurostat%2C%20the%20statistical%20office%20of%20the%20European%20Union>.
- Fondazione Gimbe, 2024, *7° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale*, Presentato a Roma, 8 ottobre, Senato della Repubblica.
- Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A. e al., 2010, *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, «The Lancet», vol. 376, n. 9756, pp. 1923-1958.
- Fuller J. e Kerr W., 2022, *The great resignation didn't start with the pandemic*, «Harvard Business Review», 23 marzo.
- Geddes M., Neri S., Spina E. e Vicarelli G., 2024, *Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future*, position paper presentato al II Laboratorio su salute e sanità (Labos), 5-7 settembre, Fiesole, <https://www.saluteinternazionale.info/2024/09/giornate-fiesolane-5-7-settembre-2024-documentazione-finale/>.
- Gerber T., 2021, *Work-life balance in jeopardy: New Adobe research reveals the impact Covid-19 has on our time*, <https://blog.adobe.com/en/publish/2021/08/26/new-research-from-adobe-document-cloud-shows-how-pandemic-is-changing-our-relationship-with-time>.
- Ghahramani S., Lankarani K.B., Yousefi M., Heydari K., Shahabi S. e Azmand S.A., 2021, *A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During Covid-19*, «Frontiers in psychiatry», vol. 12, 758849.
- Jiskrova K.G., 2022, *Impact of Covid-19 pandemic on the workforce: From psychological distress to the Great Resignation*, «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 76, n. 6, pp. 525-526.
- Kluge H. e Azzopardi-Muscat N., 2023, *The health workforce crisis in Europe is also a gender equality crisis*, «BMJ», vol. 380, p. 554, doi: 10.1136/bmj.p554.
- Kuhlmann E., Brînzac M.G., Czabanowska K., Falkenbach M., Ungureanu

- M.I., Valiotis G. e Martin-Moreno J.M., 2023, *Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue: a call to action*, «European journal of public health», vol. 33, n. 1, pp. 4-5.
- Kundu M.S., Das M.S. e Nag M.S., 2022, *The Great Resignation: a quantitative analysis of the factors leading to the phenomenon*, in *Proceedings of the 4th international Ceo communication, economics, organization, & social sciences congress*, Publisher Ceo congress, pp. 534-548.
- Lagouge A., Ramajo I. e Barry V., 2022, *La France vit-elle une «Grande démission»*, Dares - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, Tech. Rep., <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/la-france-vit-elle-une-grande-demission>.
- Liang B., Lincoln B. e Lai B.S., 2023, *Great resignation or great transformation? The shifting landscape of work*, in Blustein D.L. e Flores L.Y. (a cura di), *Rethinking work: Essays on building a better workplace*, Routledge, Londra, pp. 36-40.
- Linzer M., Griffiths E.P. e Feldman M.D., 2022, *Responding to the great resignation: detoxify and rebuild the culture*, «Journal of General Internal Medicine», vol. 37, n. 16, pp. 4276-4277.
- Liu-Lastres B., Wen H. e Huang W.J., 2023, *A reflection on the Great Resignation in the hospitality and tourism industry*, «International Journal of Contemporary Hospitality Management», vol. 35, n. 1, pp. 235-249.
- Liu J., Gan Y., Jiang H., Li L., Dwyer R., Lu K. e al., 2019, *Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis*, «Occupational and environmental medicine», vol. 76, n. 12, pp. 927-937.
- Magi A., 2023, *Medici 2023-2030. Quale futuro: Pubblico o Privato? I numeri*, relazione presentata al 55° Congresso Nazionale Sumai Assoprof.
- Ministero della Salute, 2023, *Il personale delle Asl e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati*, Anno 2022, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3434.
- Morano S. (a cura di), 2021, *La sanità che vogliamo*, Moretti&Vitali, Bergamo.
- Morgan D. e Astolfi R., 2014, *Health Spending Continues to Stagnate in Many Alb Countries*, «Oecd Health Working Papers», n. 68, Oecd Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>.
- Oecd, 2024, *Oecd data explorer*, <https://data-explorer.oecd.org/?lc=en>.
- Pardue L., 2021, *A Real-Time Look at The Great Resignation*, <https://gusto.com/company-news/a-real-time-look-at-the-great-resignation>.
- QuotidianoSanità, 2023, *La «grande fuga» di medici e infermieri dall'Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti*, pubblicato il 7 marzo, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111740.
- Spina E., 2021, *Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia*, in

- Vicarelli G. e Giarelli G. (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid 19. Problemi e proposte*, FrancoAngeli, pp. 67-76.
- Vento S., Cainelli F. e Vallone A., 2020, *Violence Against Healthcare Workers: A Worldwide Phenomenon With Serious Consequences*, «Frontiers in Public Health», vol. 8, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.570459>.
- Vicarelli G., 2020, *La valorizzazione delle risorse umane nel Sistema sanitario nazionale: un principio disatteso*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 75-96.
- Vicarelli G., 2022, *La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19*, «Sociologia del lavoro», vol. 162, n. 1, pp. 7-29.
- Vicarelli G., 2023, *L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del Ssn*, «Social Policies», vol. 10, n. 3, pp. 405-424.
- World Health Organization, 2022, *Health and care workforce in Europe: time to act*, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization, 2024, *Why are so many health and care workers suffering poor mental health and what can be done about it? – perspectives from Finland*, <https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/item/why-are-so-many-health-and-care-workers-suffering-poor-mental-health-and-what-can-be-done-about-it---perspectives-from-finland>.
- Women in Global Health, 2023, *The Great Resignation: Why Women Health Workers Are Leaving*, Women in Global Health, <https://womeningh.org/great-resignation/>.
- Zagorsky J.L., 2022, *The 'great resignation': historical data and a deeper analysis show it's not as great as screaming headlines suggest*, <https://theconversation.com/the-great-resignation-historical-data-and-a-deeper-analysis-show-its-not-as-great-as-screaming-headlines-suggest-174454>.
- Zapata T., Azzopardi Muscat N., Falkenbach M. e Wismar M., 2023a, *From great attrition to great attraction: countering the great resignation of health and care workers*, «Eurohealth», vol. 29, n. 1, pp. 6-10.
- Zapata T., Azzopardi-Muscat N., McKee M. e Kluge H., 2023b, *Fixing the health workforce crisis in Europe: retention must be the priority*, «Bmj», vol. 381, p. 947, doi: 10.1136/bmj.p947.

La Medicina di emergenza-urgenza tra tensione alla specificità e competenze agite. Una esplorazione etnografica in due Pronto soccorsi

Enrico Maria Piras

Il presente studio esplora la crisi della Medicina di emergenza-urgenza (Meu) attraverso un'indagine etnografica condotta in due Pronto soccorsi italiani. La ricerca muove dalla necessità di considerare, oltre alle cause strutturali del fenomeno (es. burnout, conciliazione vita-lavoro, esposizione alla violenza), il ruolo delle pratiche professionali e della cultura organizzativa. Muovendo da un approccio basato sull'analisi delle pratiche lavorative, il lavoro evidenzia come la Meu si trovi in una posizione ambigua all'interno della gerarchia delle specialità mediche, dovendo gestire non solo emergenze reali, ma anche pazienti con bisogni sociali e sanitari non urgenti. Tale collocazione, se per un verso richiede agli operatori di erogare prestazioni che dovrebbero costituire oggetto della pratica professionale di pronto soccorso, per un altro verso lascia agli attori margini di libertà d'azione per interpretare il proprio ruolo professionale, piuttosto che subirne gli aspetti prescrittivi. Questo si manifesta in modo marcato nel caso di quella che qui si identifica come «emergenza dilatata», in alcuni casi medici e infermieri scelgono di attivare le risorse a cui hanno accesso forzando la definizione di «urgenza» e adottandone una estensiva. Il contributo invita a riflettere su come le pratiche lavorative oscillino tra la tutela della giurisdizione di specialità e un agire orientato al migliore interesse del paziente.

1. Introduzione¹

«La presentazione è appena iniziata. Il primario mostra una slide con una immagine di ER, Medici in prima linea [medical drama trasmesso in Italia a partire dagli anni '90]. Nell'immagine c'è un giovane George Clooney con i capelli ancora neri. Il primario commenta che tutti quelli della sua generazione sono entrati in Pronto soccorso sperando di salvare vite e diventare belli come George Clooney e si sono poi accorti che i loro pazienti erano perlopiù anziani cronici destinati a morire e che i medici diventavano brutti come lui».

[note di campo. Gruppo di studio con specializzandi, H1]

Una delle dimensioni della sofferenza del sistema sanitario è la crescente carenza di personale e l'abbandono da parte dei professionisti. Il

¹ La ricerca qui presentata è stata condotta all'interno del progetto eCream, finanziato dalla Commissione europea (Grant Agreement n. 101057726), dall'Ukri (UK Research and Innovation) e dalla Seri (Segreteria di Stato svizzera per l'educazione, la ricerca e l'innovazione, contratto n. 22.00347).

RPS

LA MEDICINA DI EMERGENZA-URGENZA TRA TENSIONE ALLA SPECIFICITÀ E COMPETENZE AGITEI

fenomeno non è spiegabile solo con una limitata dotazione finanziaria, ma piuttosto si lega in modo sempre più marcato a condizioni complessive di lavoro ritenute poco in linea sia con le esigenze di conciliazione con i tempi di vita, sia con la soddisfazione professionale (Spina, 2024).

La disaffezione non si manifesta con uniformità per tutte le specialità mediche e ne colpisce in modo più significativo alcune. La Medicina di emergenza-urgenza (Meu) è forse la specialità maggiormente in sofferenza, come indicato dal tasso di abbandono (Darbyshire e al., 2021) e dalla difficoltà nella formazione e nel reclutamento (QuotidianoSanità, 2023, 2024) e costituisce per alcuni un indicatore indiretto della crisi del Sistema sanitario nazionale (Chiarlo, 2024).

Le cause della crisi della Medicina di emergenza-urgenza sono comunemente individuate nei fattori strutturali che rendono la specialità meno appetibile rispetto ad altre. La difficoltà nella conciliazione con i tempi di vita, l'impossibilità di esercitare una lucrativa libera professione, l'incidenza del burnout tra gli operatori (Verougstraete e Hachimi Idrissi 2020) e l'esposizione alla violenza dell'utenza (Aljohani e al., 2021) sono spesso portate quali elementi esplicativi della scarsa attrattività della figura dell'emergenzista e del lavoro in Pronto soccorso. Accanto a queste, non meno importante, è la scarsa considerazione di cui gode la Medicina di emergenza-urgenza rispetto ad altre specialità.

A partire da una ricerca etnografica condotta in due Pronto soccorsi (Ps) di due ospedali italiani, l'analisi si propone di affrontare il tema da una prospettiva differente, considerando il ruolo della cultura organizzativa e professionale, tratto emergente delle prassi lavorative, quale elemento che contribuisce alla permanenza o alla fuga dai Ps. Senza voler negare il ruolo degli elementi «strutturali» sopra citati, la ricerca intende mostrare come la cultura professionale dei medici dell'emergenza-urgenza, costruita nelle pratiche quotidiane, compartecipi alla costruzione di un profilo professionale ambiguo del medico specialista di emergenza e urgenza che contribuisce alla sua parziale dequalificazione professionale e a mantenerlo alla base della gerarchia di desiderabilità tra le specialità.

A questo fine, l'analisi empirica si concentra su quelle pratiche lavorative che pur costituendo una parte consistente delle attività di reparto non hanno come oggetto la gestione di condizioni di emergenza o urgenza. L'analisi intende mostrare come tali pratiche siano, per un verso, attività a cui è difficile sottrarsi e, per un altro verso, attività che gli stessi emergenzisti promuovono spinti dall'ethos professionale.

Il contributo è organizzato come segue. Anzitutto si passano in rassegna le riflessioni presenti in letteratura sulla crisi del settore dell'emergenza urgenza, evidenziando come queste presentino un quadro da cui sono escluse le pratiche e le culture professionali quali concause della disaffezione e si illustrerà il quadro teorico-interpretativo dei *practice-based studies*. Il paragrafo successivo presenta il contesto, i campi empirici e la metodologia adottata nella ricerca. I risultati sono organizzati in tre paragrafi, nei quali le pratiche del personale medico e infermieristico sono collocate nel quadro complessivo dell'offerta di servizi sanitari mostrando il Ps come nodo debole della rete di cura, il Ps quale rete di sicurezza e di supplenza dei servizi socioassistenziali e il Ps come nodo forte della rete capace di accelerare i processi di cura. Nelle conclusioni le pratiche di reparto saranno osservate come modi di agire il professionalismo mettendo in evidenza come la cultura organizzativa del Ps contribuisca a ridefinire il profilo-in-pratica della medicina dell'emergenza e urgenza quale ibrido tra specialità con tratti distintivi ma ambito dai confini labili, contribuendo al suo posizionamento simbolico nella gerarchia di desiderabilità tra le specialità mediche.

2. Il Pronto soccorso tra medical drama e realtà. Cause strutturali e approccio basato sulle pratiche

La condizione del Servizio sanitario nazionale ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la condizione in cui versano i Pronto soccorsi e la Medicina d'emergenza-urgenza. Istituita in Italia nel 1997, con una scuola attivata solo nel 2009, la Medicina d'emergenza-urgenza e accettazione costituisce una specializzazione tra le meno ambite dai giovani medici. Resa popolare dai *medical drama* di grande successo alla fine del secolo scorso, la Medicina di emergenza-urgenza sconta un significativo scarto tra le rappresentazioni e la realtà della vita di reparto (Diem, Lantos e Tulsky, 1996)². La crisi della specialità si manifesta sia sul versante della formazione e del reclutamento sia nell'uscita verso altre specialità. Il dato più significativo è la scarsa attrattività del percorso di formazione, con una percentuale di iscrizioni poco sopra al 30% dei posti di specialità messi a bando (Anao Assomed, 2023).

² L'articolo in questione è quello a cui si riferisce il primario nell'estratto citato sopra. Il lavoro presenta un'indagine epidemiologica condotta sui casi trattati dai medici in due serial Tv, *ER* e *Chicago Hope*, mostrando la differenza tra la popolazione di riferimento (e i trattamenti offerti) nella rappresentazione televisiva e nella realtà.

Le aggressioni a medici e infermieri in Ps, la carenza cronica di personale strutturato e la sostituzione con colleghi che lavorano «a gettone», i concorsi deserti e l'esodo degli specialisti verso la medicina di territorio o altre specialità sono solo alcuni dei problemi di una delle più giovani specialità mediche.

L'analisi delle motivazioni dello scarso interesse dei giovani medici verso la specialità si concentra su alcune dimensioni strutturali inducendoli a preferirne altre. Una delle ragioni principali nella scelta è il desiderio di un migliore equilibrio tra vita professionale e personale evitando la lunghezza e l'irregolarità dei turni e lo stress associato alla pratica. Nella revisione sistematica condotta da Levaillant e al. (2020), la Medicina d'emergenza-urgenza risulta una delle specialità più impattanti sotto questo profilo. La necessità di agire in un ambiente instabile e l'esigenza di prendere decisioni rapide in situazioni critiche sono associate ad un elevato rischio di burnout e l'affaticamento emotivo incide negativamente sulla scelta rispetto a specialità con un maggior grado di pianificazione (Khamees e al., 2022). Altri lavori hanno messo in evidenza come la previsione di guadagni limitati dalla possibilità di esercitare la libera professione contribuisca a rendere la specialità meno attrattiva. Significativamente, le motivazioni principali per la scelta della Medicina di emergenza-urgenza sono l'entusiasmo e la dedizione (Lambert, Smith e Goldacre, 2020).

Accanto alle cause citate sopra, a rendere la specialità meno appetibile concorre il fatto che, stante le difficoltà di reclutamento e la necessità di personale, in Ps operano anche medici con altre specialità (es. medicina interna) o medici di base (limitatamente al trattamento di codici minori), contribuendo a rendere il presidio professionale dell'emergenza-urgenza meno stringente di quanto fatto da altre specialità sul proprio dominio di competenza.

In questo lavoro i principali elementi strutturali evidenziati in letteratura sono posti sullo sfondo per portare in primo piano come il farsi nella sua dimensione socio-materiale della pratica medica in Ps contribuisca alla collocazione della Medicina di emergenza-urgenza tra le specialità meno desiderabili.

Il caso in analisi è inquadrato adottando un approccio basato sulla pratica, una tradizione accademica emersa nel campo degli studi organizzativi che adotta una concezione post-umanista, enfatizzando le relazioni più che i soggetti umani. Una presentazione dettagliata di tutte le tradizioni degli studi basati sulla pratica è oltre gli scopi di questo documento (per un'introduzione e una revisione del dibattito, vedere

Corradi e al., 2010). Vista attraverso la lente concettuale della pratica le attività organizzate sono sostenute da una comprensione condivisa tra i praticanti che ne consente non solo la replicazione in modo più o meno istituzionalizzato ma anche la valutazione di adeguatezza rispetto alla situazione. I praticanti non agiscono secondo un copione rigido; piuttosto, condividono un «senso del gioco», la logica della pratica (Bourdieu, 1990), che permette una «ripetizione senza ripetizione» (Clot e Béguin, 2004). La ricorsività delle attività organizzate, le loro regolarità e il significato (almeno parzialmente) condiviso che viene attribuito ad esse sia dai praticanti che dagli osservatori esterni permettono di considerare una determinata pratica come un'unità di analisi di un fenomeno sociale.

Seguendo Silvia Gherardi, definisco una pratica come «un modo, relativamente stabile nel tempo e socialmente riconosciuto, di ordinare elementi eterogenei in un insieme coerente» (Gherardi, 2009, p. 34, trad. mia). Questa visione non fa riferimento unicamente alle forme ricorrenti dell'agire (Schatzki, 2005) quanto «ai modi in cui si fanno le cose insieme» e ai processi che supportano le pratiche sotto il profilo etico e emozionale. Per dirla con Rouse (2001, p. 190, trad. mia), «Gli attori condividono una pratica se le loro azioni sono adeguatamente considerate come rispondenti a norme di pratica corretta o scorretta». Come ricorda Gherardi, le pratiche hanno una dimensione morale e la legittimità della pratica è sostenuta sia «dall'interno», per il modo in cui le attività sono condotte dai praticanti, sia dall'esterno. Nelle pratiche, o meglio nel praticare, prende forma e si riproduce la cultura dell'organizzazione e dei praticanti, il loro *ethos*.

Le pratiche lavorative sono interconnesse come in un tessuto (*texture*) che le lega tra loro (Gherardi, 2019), e legano tra loro l'interno e l'esterno dell'organizzazione. Il concetto di tessuto di pratiche mette in questione la distinzione micro/macro nella misura in cui mostra come la pratica oggetto specifico d'analisi sia sostenuta e trovi senso nella relazione con le altre pratiche ad essa connessa. A titolo di esempio, la pratica dell'Osservazione breve intensiva (*infra*, 4.1) che consiste nel trattenere il paziente in reparto per una rivalutazione si può comprendere appieno solo se considerata come parte di un tessuto di pratiche quali il «boarding» (gestire il paziente in attesa di ricovero in altro reparto), l'invio ad una struttura di cura e assistenza o il trattamento in caso di insorgenze di complicazioni. L'analisi delle connessioni tra queste pratiche chiama in causa quindi altre dimensioni (rapporto ospedale territorio, relazione inter e intraorganizzative) che consentono di

passare dall'analisi di dettaglio delle attività individuali al livello istituzionale.

L'analisi delle connessioni procede alternando diverse lenti teoriche che consentono di mettere a fuoco la singola pratica focalizzandosi sui dettagli e la costruzione della pratica stessa (*zooming in*) per poi allargare il campo visivo così da analizzare le connessioni tra le pratiche locali e le strutture sociali, economiche e istituzionali più ampie al fine di comprendere come siano influenzate da fattori esterni e più complessi (*zooming out*) (Nicolini, 2009). Questo approccio permette, tramite il processo continuo di cambio di focale teorica, di integrare vari livelli di osservazione per ottenere una comprensione più profonda della realtà sociale.

3. Contesto e metodologia della ricerca

Il presente lavoro prende origine da una ricerca «opportunistica» (Riemer, 1977) resa possibile dalla partecipazione dell'autore a un progetto di ricerca nel campo dell'informatica medica³. Lo scopo complessivo del progetto era la realizzazione di una cartella clinica informatizzata per la Medicina di emergenza-urgenza arricchita di strumenti di Intelligenza artificiale a supporto della codifica dei dati⁴. Lo studio etnogra-

³ Con ricerca opportunistica Riemer intende quella dove l'ordine classico «domanda di ricerca – individuazione del contesto empirico – immersione nel contesto» viene ribaltato. L'opportunità data dalla possibilità d'accesso ad un fenomeno diventa l'elemento da cui si parte per individuare una domanda di ricerca. Secondo altri autori il tratto qualificante della ricerca opportunistica si trova, seppur attenuato, in ogni ricerca qualitativa nella misura in cui la domanda si adatta al contesto empirico indagato (cfr. Cardano, 2011).

⁴ Il progetto eCream si propone di realizzare una cartella clinica orientata a raccogliere dati per supportare la ricerca medica tramite l'adozione di strumenti basati su Intelligenza artificiale capaci di codificare in modo automatico i dati. Il razionale del progetto riposa sulla considerazione che la maggior parte degli strumenti adottati lascino ampio spazio al testo libero la cui ricodifica manuale è onerosa, di fatto incompatibile con le attività ordinarie dettate da contingenze non prevedibili e che pertanto i dati siano inutilizzabili a fini di ricerca. Lo studio qui presentato costituisce una delle due azioni di analisi del contesto di applicazione. La seconda azione di ricerca, analisi di dominio, ha prodotto rappresentazioni standardizzate in Uml (*Universal modelling language*) dei flussi di lavoro. Pur avendo partecipato ai meeting relativi all'analisi di dominio, questo lavoro presenta solo gli esiti della ricerca etnografica in reparto.

fico delle pratiche di reparto costituiva una delle azioni a supporto dell'attività degli informatici sulle complessità dell'introdurre un ulteriore artefatto tecnico in un contesto già tecnologicamente denso e culturalmente connotato (Bruni, Pinch e Shubert, 2013; Piras e Zanutto, 2014).

La permanenza sul campo ha consentito di definire una ulteriore agenda di ricerca, anche a partire dai primi confronti con il personale sanitario e con esperti esterni. I colloqui preliminari con referenti clinici delle strutture coinvolte e con un panel di medici e infermieri dopo le prime osservazioni (v. *infra*) hanno fatto emergere l'opportunità di ampliare gli scopi dell'osservazione per esplorare il nesso tra rappresentazione professionale e soddisfazione lavorativa, orientando le osservazioni e l'analisi. Il lavoro etnografico è stato condotto presso due Ps in due grandi ospedali del Nord e del Centro Italia (H1 e H2). Le due strutture sono state selezionate in quanto simili per dimensione e rilevanza. Nella selezione si è tenuto conto che le due strutture sono dirette l'una (H1) da un direttore «storico» che ha avuto un ruolo nel plasmarla in due decenni e l'altra (H2) da un direttore di fresca nomina scelto con lo scopo di introdurre cambiamenti⁵. Ai fini di questo lavoro, la dimensione della leadership non sarà approfondita.

Per ogni Ps l'osservazione è stata condotta in tre fasi: una giornata preliminare di osservazione libera, una settimana di osservazione in affiancamento alle diverse aree operative (*triage*, ambulatorio codici minori, ambulatorio codici maggiori, osservazione breve intensiva), una settimana di osservazione focalizzata a partire dall'analisi dei dati della prima settimana. La tecnica di indagine è stata lo *shadowing* dei partecipanti (Czarniawska-Joerges, 2007; Czarniawska, 2018) che consiste nel seguire «facendo da ombra» ad un attore organizzativo, consentendo di osservare i sanitari nei loro spostamenti in tutti gli spazi del Ps. La tecnica è stata adattata alle esigenze specifiche di ricostruzione di una mappa sufficientemente dettagliata e completa delle attività di gestione delle informazioni. Per questo motivo, è stato deciso di accompagnare ogni giorno una persona diversa, scelta in base alla posizione ricoperta nel contesto organizzativo per un turno, così da mappare i principali

⁵ La ricerca è stata condotta in strutture ospedaliere che, all'atto della stesura alla proposta progettuale, avevano previsto la possibilità di essere oggetto di studio condotto all'interno del *workpackage* di analisi del software. Nella fase di negoziazione dell'accesso al campo i *gatekeeper* (responsabili di unità complessa) hanno valutato non necessaria una richiesta al comitato etico, considerata implicita data la precedente approvazione della struttura sanitaria alla partecipazione al progetto.

processi organizzativi e di ricostruire una rappresentazione del processo dall'interno.

L'osservazione è stata condotta in forma «scoperta» rispetto ai membri dell'organizzazione del Ps, mentre agli occhi degli utenti e del personale dell'ospedale il ricercatore, che indossava un camice da medico, si presentava come un membro novizio dell'organizzazione sanitaria intento a familiarizzare con il reparto.

Le settimane di osservazione in ogni Ps sono state intervallate di circa un mese e gli esiti delle analisi preliminari sono stati condivisi con un panel di professionisti (medici e infermieri) di strutture coinvolte nel progetto, ma non oggetto di osservazione. Nel complesso sono state effettuate 30 giornate di osservazione per un totale di oltre 250 ore. Oltre all'osservazione, la permanenza sul campo ha consentito di raccogliere materiali di reparto, una documentazione fotografica degli spazi e degli artefatti e brevi scambi audio-registrati di *backtalk*⁶ con il personale oggetto di *shadowing*. Le note di campo e le trascrizioni degli scambi audio-registrati sono state analizzate con il supporto di un software per l'analisi qualitativa (Maxqda, vers. 2022).

Gli esiti della ricerca sono stati presentati durante le riunioni di progetto e in un convegno nazionale sulla Medicina di emergenza-urgenza, raccogliendo suggerimenti e indicazioni per l'analisi.

4. Risultati

L'analisi delle pratiche di reparto è organizzata in tre sezioni. Nella prima si presenta il Ps come nodo debole della rete di cura per la sua impossibilità di sottrarsi alla richiesta di prestazioni. Nella seconda si illustra il ruolo del Ps nel sopperire alle carenze dei servizi socioassistenziali. La terza si sofferma su come, sfruttando l'accesso preferenziale a risorse scarse, gli operatori del Ps ne facciano un nodo forte della rete capace di accelerare i processi di cura.

I tre set di pratiche oggetto di analisi sono accomunati dall'essere attività che, non riguardando il trattamento di condizioni caratterizzate da emergenza o urgenza, non dovrebbero costituire oggetto della pratica professionale di pronto soccorso.

⁶ Con back talk si intende lo scambio con i nativi, in questo caso gli attori organizzativi osservati, delle interpretazioni preliminari per raccogliere le loro considerazioni.

4.1. Tra servizi specialistici e luogo di cura a bassa soglia di accesso. Il Ps come nodo debole della rete

Il codice bianco è un «vai a quel paese»⁷ gentile. Dal punto di vista medico è il sonno della ragione. Sto facendo il lavoro della guardia medica e sono una emergenzista.

[Backtalk audioregistrato, H2]

RPS

Enrico Maria Piras

Le prime pratiche oggetto di osservazione sono la gestione delle condizioni che dovrebbero essere erogate dalla medicina territoriale o altri professionisti e che non presentano caratteristiche di urgenza. Il Ps è un servizio sanitario a bassa soglia d'accesso in cui il semplice atto di presentarsi garantisce l'esecuzione di una prestazione, rendendolo di fatto l'unico presidio sanitario privo di un filtro che tuteli dagli accessi impropri. Nel panorama dei servizi sanitari risulta essere quello con la minore capacità di tutelare la specificità della specialità medica dei suoi membri. Il «codice bianco», assegnato ai casi differibili che dovrebbero essere risolti dalla medicina generale, costituisce l'emblema del paradosso vissuto dai professionisti della Medicina di emergenza-urgenza. Il codice bianco sancisce come la prestazione differibile non possa comunque essere negata, ma solo contrastata con misure quali il pagamento e un'attesa prolungata, sancendo di fatto l'impossibilità di eludere la richiesta di prestazioni sanitarie che non necessitano delle competenze distintive della specialità. Si tratta di *unicum* nel sistema della cura, posto che in nessun altro reparto l'attesa e il pagamento di un ticket garantiscono l'erogazione di una prestazione non dovuta.

I codici bianchi sono vissuti come «lavoro sporco», attività ai margini della professione (Buchbinder, 2022) percepiti come minacce all'identità professionale (Sedikides e Gregg, 2008). Se la risposta istituzionale (ticket e lunga attesa) si propone di scoraggiare l'accesso, le risposte organizzative mirano a tutelare l'identità professionale. Nei due Ps oggetto di indagine tali risposte hanno assunto due forme organizzativamente diverse. Un Ps (H1) ha scelto una strategia di confinamento della gestione dei codici bianchi assegnandone la cura ad un medico di medicina generale assunto tramite una cooperativa, permettendo ai medici emergenzisti di occuparsi dei codici aventi carattere di urgenza. Nell'H2 la tutela del professionista si manifesta nella turnazione di ogni medico al «banchetto dei codici bianchi» evitando che solo pochi medici gestiscano il lavoro meno qualificante.

⁷ Qui come in altri passaggi, su suggerimento dei revisori, le espressioni effettivamente pronunciate dai nativi sono state rese in linguaggio meno aspro. Le virgolette segnalano le parti modificate.

Oggi ci siamo occupati di burocrazia. Un signore, visitato dai cardiologi, che aveva indicazioni per un farmaco che anche il medico di base può prescrivere, ma solo con esami. Questo farmaco non è una prescrizione urgente. Il cardiologo ha mandato questo signore di 80 anni dal medico di base, il medico di base lo ha mandato al Pronto soccorso dicendo che non poteva prescrivere quel farmaco perché non aveva gli esami del sangue. Così il signore è stato visitato da tre medici e poi sono venuto a dirglielo, ho parlato anche con il medico di base e gli ho detto «questo servizio non è urgente». [al termine il medico del Ps prescriverà il farmaco al paziente]

[Backtalk audioregistrato, H1]

L'impossibilità percepita di sottrarsi alla prestazione non legata all'emergenza o urgenza si manifesta anche nelle occasioni in cui il Ps è il servizio a cui altri professionisti inviano i pazienti perché se ne facciano carico. A differenza dei codici bianchi, prestazioni che ricadono in una zona grigia di competenze tra diversi professionisti potrebbero essere evitate. In prevalenza, tuttavia, il personale di Ps sceglie di evadere le richieste per porre fine alla peregrinazione del paziente tra i servizi.

Queste pratiche sono parte di un tessuto di pratiche mediche che dovrebbero essere erogate da altre strutture o professionisti.

In questi, come in altri casi, si manifesta la debolezza del Ps nel sistema della cura, che si riflette nell'ethos professionale degli operatori che scelgono di erogare prestazioni che non presentano caratteristiche di emergenza e urgenza.

4.2. Tra carenze dei servizi sociali e sanitari e presidio di ultima istanza.

Il Ps come rete di sicurezza

Anna [nome di fantasia], la flussista⁸, mi si è avvicinata come ho messo giù il tacchino. Mi chiede cosa pensi di quanto appena successo [un uomo che è arrivato con una vecchia infezione che avrebbe dovuto mostrare al suo medico di base]. Senza darmi il tempo di rispondere mi chiede «dovremmo essere cattivi?». Dice che se «fossero cattivi» e non si facessero carico di problemi che non sono di competenza del Ps forse le persone capirebbero che non possono trattare ogni condizione ma solo quelle urgenti.

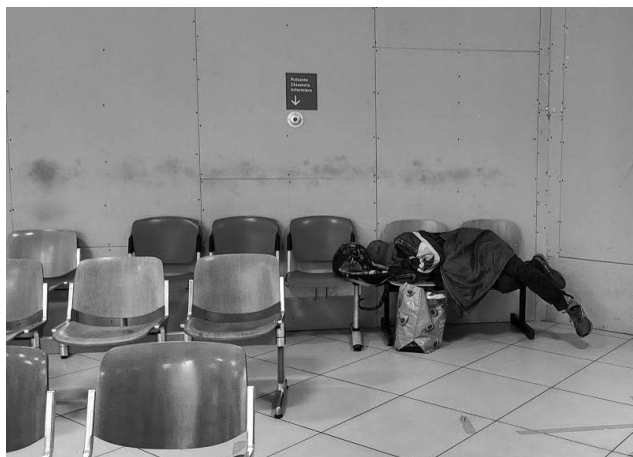
[alcune ore dopo] Chiedo ad Anna [infermiera] cosa avesse il paziente che è stato appena visitato. Mi spiega che è un uomo senza fissa dimora senza documenti, non

⁸ Con flussista o infermiere di processo si intende il professionista che opera una precoce presa in carico del paziente di Pronto soccorso tramite protocolli che consentono di attivare prima della visita medica alcune prestazioni. Qui si sceglie di lasciare la qualifica per sottolineare come sia proprio questo professionista, la cui funzione sarebbe quella di snellire le procedure, ad attivarsi per offrire servizi non previsti dai protocolli in essere.

parla bene l'italiano ed era in condizioni igieniche pessime. Sotto i pantaloni sporchissimi non aveva le mutande e aveva un principio di infezione. Sarebbe dovuto andare dal medico ma, verosimilmente, non ne ha uno. Avrebbero dovuto attivare i servizi sociali ma, per esperienza, quel tipo di paziente rifiuta la loro assistenza e torna in Ps quando peggiora. Ha deciso di mettergli un catetere al pene per l'infezione. Mi spiega che non era urgente ma «eravamo lì e a me non costava nulla».

[riassunto da note di campo, H1]

Le seconde pratiche prese in considerazione sono relative a prestazioni che il pronto soccorso eroga in supplenza di servizi socioassistenziali. Gli spazi del Ps sono porzioni di una geografia dei servizi del territorio a cui appartengono in cui alle prestazioni formalmente offerte si affianca la disponibilità a surrogare parzialmente alle carenze dai servizi di cura e assistenziali. Accanto all'utenza che necessita di prestazioni sanitarie di emergenza e urgenza, in Ps si presentano pazienti che dovrebbero rivolgersi ad altre strutture a carattere sanitario o assistenziale. Alle richieste che esulano dai compiti istituzionali del Ps, il personale medico e infermieristico risponde offrendo spesso servizi ritenuti opportuni ma non dovuti. Nell'estratto sopra, riferito a H1 che è collocato in un'area con una consistente popolazione straniera con scarsa conoscenza del funzionamento del sistema sanitario, si fa riferimento all'offrire servizi solitamente in carico alla medicina di base. Questo avviene non senza tensioni tra una rivendicazione del ruolo specifico del Ps, la difficoltà a trovare una strategia comunicativa per educare l'utenza ad un uso «corretto» della struttura («dovremmo essere cattivi?») e la consapevolezza della posizione unica in cui si trova il Ps per migliorare le condizioni del paziente con uno sforzo ridotto («eravamo lì e a me non costava nulla»).



RPS

Enrico Maria Piras

Otto del mattino. Attendo l'arrivo del direttore per essere presentato all'equipe. In sala d'attesa c'è solo un uomo senza fissa dimora che dorme su due sedie, una borsa contenente tutti i suoi averi accanto a lui. Mentre aspetto, un'infermiera viene a svegliare l'uomo con tono gentile chiamandolo per nome e invitandolo ad alzarsi e andarsene. Pochi minuti dopo, l'uomo si alza e va in bagno. Passano alcuni minuti, l'infermiera lo cerca e torna in area triage. Quando l'uomo esce l'infermiera gli consegna un foglio [le dimissioni] che l'uomo prende ed esce. Mentre esce chiede alle due guardie giurate all'ingresso informazioni su un autobus.

[riassunto da note di campo, H2]

Nella geografia dei servizi il Ps può diventare uno spazio di tregua che offre a chi ne ha necessità accoglienza in locali rinfrescati in estate e caldi durante i mesi invernali, servizi igienici, una branda dove smaltire un'intossicazione alcolica, la possibilità di ricaricare il cellulare o usufruire della connessione a internet. A presiedere all'offerta di queste prestazioni contribuisce una logica di opportunità e una cultura organizzativa improntata all'ospitalità. Il reparto consente alle persone in difficoltà di utilizzare gli spazi e i servizi del Ps a patto che questo non ostacoli il servizio regolare, offrendo ospitalità durante la notte e limitando un prolungato contatto tra l'utenza regolare del Ps. L'accoglienza richiede comunque un lavoro supplementare ai sanitari. Oltre a una visita, anche se sommaria e solo per motivi di autotutela del personale in caso dell'insorgere di problemi, questi «pazienti» sono formalmente presi in carico e registrati sul sistema informatico, sono oggetto di osservazione da parte del personale infermieristico che vigila sulle sale d'attesa e ricevono saltuariamente generi di conforto.

I due estratti delle note di campo illustrano due tra le più comuni pratiche di reparto con le quali il personale del Ps si fa carico di compensare le carenze della rete socioassistenziale. Questo avviene sempre «verso il basso», erogando prestazioni a ridotto contenuto specialistico surrogando il compito della medicina generale e delle strutture di assistenza e mai «verso l'alto», assumendo il ruolo di altre specialità mediche. Altre manifestazioni di questa cultura dell'accoglienza e della surroga sono costituite dallo sforzo erogato per tenere in carico pazienti con difficoltà familiari prolungandone il periodo di osservazione in degenza o l'attivarsi con la rete delle residenze assistenziali per venire incontro ai desideri di pazienti e famiglie. Farsi carico di problemi che esulano dalla gestione dell'emergenza e urgenza rappresenta un tratto delle culture organizzative dei Ps e di quelle professionali di medici e infermieri. Questi aspetti fanno parte integrante della più ampia relazione che il Pronto soccorso stabilisce con il territorio locale, influenzando le pratiche del reparto (es., registrazione formale), le competenze

richieste al personale e, più in generale, il senso che medici, infermieri e assistenti sociali attribuiscono al proprio lavoro.

Pur presentate come prestazioni che richiedono uno scarso impegno, il volume delle attività che non presentano carattere di emergenza e urgenza contribuiscono a diluire il tratto specifico della specialità. Nella pratica quotidiana l'attività di Ps assume spesso i tratti di un servizio nel quale le conoscenze e competenze proprie della Medicina di emergenza-urgenza lasciano spazio a quelle necessarie per «fare la guardia turistica», per usare l'espressione in uso per indicare prestazioni a basso contenuto specialistico che sono solitamente erogate da medici ancora in formazione.

In queste pratiche, e in particolare tra il modo in cui vengono agite e come sono rappresentate, si manifesta la tensione generata tra la rappresentazione formale e quella idealizzata dell'agire riducendo le prestazioni a quelle formalmente previste nella descrizione del profilo della specialità e la cura effettivamente erogata. La manifestazione più evidente della tensione è quella che in un Ps (H2) viene chiamata «educazione terapeutica» che consiste nello spiegare al paziente, a volte in termini ruvidi, che non avrebbe diritto alla prestazione che gli viene erogata in quel momento (es. visita) in quanto la condizione non presenta alcun carattere di urgenza.

L'osservazione delle pratiche consente di osservare come medici e infermieri interpretino il perimetro della professione in modo flessibile, scegliendo di non utilizzarlo come scudo per schermarsi da prestazioni che potrebbero rifiutarsi di erogare preferendo invece andare oltre il mandato istituzionale.

4.3. *Emergenza dilatata e accelerazione del processo di cura. Il Ps come nodo forte della rete*

*Marco [medico, nome di fantasia] mi spiega che deve fare una telefonata «a quello str***o» del radiologo. Ne ha parlato più volte, ha commentato come fosse una sfortuna ci fosse lui di turno e non altri suoi colleghi. Al telefono informa il radiologo che sul sistema informatico ha fatto una richiesta per una Tac con metodo di contrasto anche se non è una questione propriamente urgente. Spiega che il paziente è un giovane di 39 anni con una bruttissima lastra e sospetta possa essere una leucemia. Il tono di voce è quello di una richiesta di un favore. Come chiude la telefonata mi dice che da protocollo dopo il drenaggio del polmone avrebbe dovuto rimandare il paziente a casa e lasciare che contattasse il curante. Se però è una leucemia, spiega, tra l'appuntamento con il suo medico, l'attesa per la Tac e l'inizio delle cure sarebbero passate settimane. Se il suo sospetto fosse fondato già domani potrebbe allertare i colleghi ematologi per una visita.*

[riassunto da note di campo, H1]

Le ultime pratiche prese in considerazione sono quelle nelle quali, a differenza di quelle precedentemente illustrate, i medici attivano risorse e servizi solitamente ai casi urgenti per condizioni che non lo richiederebbero. In apparente contraddizione con quanto illustrato nei paragrafi precedenti, il personale del Ps si trova nella collocazione ideale per diventare un elemento di dinamizzazione del sistema della cura e dell'assistenza. Al Ps sono riservate corsie d'accesso preferenziale a servizi e prestazioni specialistiche che possono essere strategicamente attivate per accelerare percorsi di cura altrimenti lunghi e complessi. Questa collocazione è ben conosciuta da una parte dell'utenza che cerca di accedere a prestazioni non dovute. Le storie di reparto sono, a questo proposito, ricche di aneddoti su pazienti che simulano condizioni di emergenza per anticipare visite specialistiche o prestazioni (es. Tac) regolarmente prenotate.

Al tempo stesso, in alcuni casi, medici e infermieri scelgono di attivare le risorse a cui hanno accesso forzando la definizione di «urgenza» e adottandone una estensiva. L'urgenza, strettamente definita, è la condizione che non vede il paziente in immediato pericolo di vita, ma richiede un intervento terapeutico entro un breve periodo di tempo per evitare l'insorgere di una criticità (Agenas, 2011). Nelle pratiche osservate, gli operatori sanitari si muovono spesso guidati da una visione che potrebbe essere definita emergenza dilatata o diluita, in cui l'insorgenza di una condizione critica dipende non dalla condizione di per sé, ma dalla scarsa reattività del sistema della cura nel farsi carico del problema. Il prerequisito all'azione è la conoscenza del funzionamento del sistema, dei suoi tempi, delle sue inefficienze e del proprio ruolo unico nel sistema sanitario per accelerare i percorsi di cura.

Francesca [medico, nome di fantasia] accoglie il responsabile del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura [Spdc]. Tra i due c'è una confidenza e il tono è scherzoso. Francesca presenta il caso del paziente ricoverato per un tentato suicidio. Il responsabile del Spdc scherza sul fatto che lei dovrà mettere in campo tutte le sue armi di seduzione e convincimento: ha solo un letto libero in Spdc e in Medicina c'è un altro caso di tentato suicidio. I due inscenano quello che sembra un flirt e alla fine Francesca riesce ad ottenere che il paziente sia ricoverato ricordando alcuni casi in cui il Spdc aveva i letti occupati e il Ps si è fatto carico di tenerli in Osservazione breve intensiva anche se avrebbero dovuto essere ricoverati da loro.

[riassunto da note di campo, H1]

Nella logica complessiva del funzionamento dell'ospedale, l'Osserva-

zione breve intensiva (Obi) costituisce spesso un elemento di flessibilità organizzativa. Il *boarding*, che consiste nel trattenere nei locali del Ps pazienti che non necessitano di cure urgenti in attesa che si liberino posti letto in reparto, costituisce un elemento di criticità nella gestione delle risorse del Ps che sono occupate a monitorare lo stato generale del paziente per ore o giorni. Per quanto si tratti di un istituto formalizzato, la supplenza del Ps ai reparti nella gestione dei pazienti può essere trasformata da debolezza a risorsa nella negoziazione con gli altri servizi, come nel caso del ricovero illustrato sopra.

I due casi sono esempi illustrativi di un ampio ventaglio di situazioni nei quali l'accesso preferenziale a risorse scarse viene strategicamente utilizzato per favorire un iter più spedito dei processi di cura dei pazienti. Queste pratiche si inscrivono nella metafora dell'ospedale come mercato dove i pazienti sono «comprati» e «venduti». Nel gergo del Ps «comprare» si riferisce all'accogliere un paziente in reparto e «vendere» al farlo ricoverare in altro reparto. L'equilibrio del Ps dipende dalla capacità di dimettere o reindirizzare i pazienti in modo efficiente e l'arte della vendita dei pazienti ad altri reparti è una parte essenziale del funzionamento. La metafora rimanda ad una visione del sistema-ospedale come una organizzazione dove collaborazione e competizione coesistono e l'uso strumentale di tutte le risorse è essenziale per assicurare il raggiungimento di obiettivi in concorrenza tra loro.

La logica che presiede queste attività è la conoscenza della costellazione delle pratiche in cui si iscrive il lavoro del pronto soccorso, le loro lentezze e la consapevolezza del posizionamento privilegiato rispetto all'accesso ad alcune risorse scarse.

Come nei casi descritti negli altri paragrafi, anche qui si mostra come medici e infermieri mantengano un grado di discrezionalità nell'interpretare la pratica della Medicina di emergenza-urgenza.

5. Conclusioni. Tra ambizione al riconoscimento della specificità e la logica della cura

È brutto da dire, ma il periodo del Covid è stato fantastico. Qui c'era solo gente che stava male. Tutti avevano paura di prendersi il virus e nessuno veniva in Pronto soccorso per «stupidaggini». Avevamo solo i casi gravi. E noi, con i casi gravi, siamo bravi.

[Backtalk audioregistrato, H11]

L'ipotesi da cui muove il lavoro qui presentato è che l'agire quotidiano, le pratiche lavorative, le culture organizzative e professionali possano avere un ruolo esplicativo nel comprendere come una specialità medica si collochi nella gerarchia della desiderabilità. I fattori strutturali e istituzionali sono qui considerati come vincoli e risorse per l'azione piuttosto che elementi capaci di per sé di definire il profilo professionale.

L'analisi si è focalizzata su alcune pratiche professionali «eccentriche» rispetto a quelle formalmente considerate centrali nella definizione del profilo professionale. Portare l'attenzione sulle pratiche cliniche non caratterizzate da urgenza e richiamando, seppur appena accennandole, le pratiche a queste connesse ha permesso di offrire una visione dell'agire dei professionisti guidata da un ethos professionale che si muove in bilico tra la tutela della propria specificità e le esigenze di cura del paziente.

Nell'analisi del caso si è operato per mostrare come gli attori mantengano un grado di libertà d'azione e posseggano una capacità di interpretare il proprio ruolo professionale, piuttosto che subirne gli aspetti prescrittivi. I professionisti dell'emergenza e urgenza partecipano alla costruzione di un profilo professionale che ibrida i tratti specifici della specialità con quelli della medicina generale e finanche degli operatori sociali. L'analisi mostra come esista una tensione tra l'ambizione al riconoscimento della specificità e la logica della cura che si manifesta in varie forme. Le pratiche agite dagli specialisti dell'emergenza e urgenza appaiono poco orientate ad ingaggiare una lotta interprofessionale a tutela della propria giurisdizione professionale (Abbott, 1988), quanto piuttosto esse appaiono ispirate ad un'etica della responsabilità che fa propria la logica della cura intesa come un processo adattivo (Mol, 2008). Nelle scelte degli specialisti si osserva una rinuncia alla difesa del confine della specialità, anche laddove formalmente possibile in favore di un adattamento che tiene conto delle condizioni di contesto. Nella pratica si perde il confine tra le considerazioni astrattamente etiche e quelle opportunistiche e diventa impossibile, ad esempio, decidere dove il trattamento non dovuto ma praticato al paziente senza fissa dimora che dovrebbe essere inviato ai servizi sociali sia dettato dal desiderio di venire incontro alle sue esigenze di salute e quanto dipenda dalla consapevolezza che in assenza del trattamento potrebbe tornare in reparto in condizioni aggravate.

Le scelte operate quando il Ps opera come nodo forte della rete invitano a considerare come la tutela della giurisdizione sia meno rilevante rispetto alla possibilità percepita di poter agire nel migliore interesse del

paziente. La consapevolezza di godere di un accesso facilitato a risorse scarse, ottenute anche ricorrendo a pressioni, appare prevalere rispetto all'attenersi rigidamente alle prescrizioni. Il lavoro etnografico consente di dare corpo e spessore alle categorie astratte di entusiasmo e dedizione identificate in letteratura quali motivazioni alla scelta della specialità ancorandole a specifiche pratiche. A titolo di esempio, in un contesto nel quale quasi la metà degli accessi al Ps è costituito da codici minori (bianchi e verdi) una visione «dilatata» dell'urgenza amplia la rappresentazione degli atti terapeutici salvavita non restringendola alla infrequente rianimazione cardiopolmonare, ma estendendola all'avvio precoce di cure.

Tutto questo avviene non senza conflitti tra l'aspirazione ad essere considerata una specialità come le altre, chiamata a trattare solo condizioni che rientrino nel proprio ambito di competenza, e le concrete pratiche di cura. La giurisdizione sulla propria specialità appare a volte una mera performance narrativa che nega e contraddice i servizi erogati, come evidenziato nel caso della «educazione terapeutica» (v. par. 4.2) con la quale si vorrebbe convincere un paziente che la prestazione che sta ricevendo non gli sarebbe dovuta. Per quanto sia impossibile stabilirlo con certezza, è verosimile che tale pratica non sia orientata ad ottenere un effetto sul paziente quanto a gestire la frustrazione riaffermando ad alta voce il proprio specifico professionale durante l'esecuzione dell'atto stesso che lo nega, prendendone così le distanze.

Una riflessione conclusiva riguarda le implicazioni per le policy e la ricerca futura. Qui se ne segnalano due. Il caso presentato suggerisce l'opportunità di approfondimenti per meglio comprendere, per un verso, il nesso tra pratiche e politiche sanitarie e, per un altro verso, la relazione tra pratiche e rete dei servizi.

Il prevalere di un'etica della cura rispetto alla tutela del confine di competenza sembra contribuire infatti, per un verso, ad incoraggiare accessi impropri al servizio di Ps che a livello istituzionale si cerca di scoraggiare con l'adozione di misure economiche che appaiono insufficienti a contenerli. In questo quadro, l'erogazione di prestazioni senza filtrare l'utenza conduce alla difficoltà di comunicare come le prestazioni erogate eccedano il mandato professionale incoraggiando anzi un uso opportunistico del servizio.

Analogamente, un profilo professionale con caratteri ibridi appare incoraggiare altri nodi della rete della cura e dell'assistenza a demandare al Ps compiti che potrebbero essere presi in carico in altre sedi.

Riferimenti bibliografici

- Abbott A., 1988, *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, University of Chicago press, Chicago.
- Agenas, 2011, *Il corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza*, https://emergenzaurgenza.agenas.it/docs/Contenuti_ITALIANO_rev_18-07-11.pdf.
- Aljohani B., Burkholder J., Tran Q. K., Chen C., Beisenova K. e Pourmand A., 2021, *Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis*, «Public health», vol. 196, pp. 186-197, doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.009.
- Anao Assomed, 2023, *Allarme Specializzazioni mediche: non assegnato un contratto su 4. In Emergenza-Urgenza quasi il 70% è andato deserto*, <https://www.anao.it/content.php?cont=38667>.
- Bourdieu P., 1990, *The logic of practice*, Stanford University Press.
- Bruni A., Pinch T. e Schubert C., 2013, *Technologically dense environments: What for? What next?*, «Tecnoscienza – Italian Journal of Science & Technology Studies», vol. 4, n. 2, pp. 51-72.
- Buchbinder M., 2022, *Dirty Work in Medicine: Understanding US Physicians' Agency in Contested Medical Practices*, «Medical Anthropology Quarterly», vol. 36, n. 4, pp. 534-551.
- Cardano M., 2011, *La ricerca qualitativa*, il Mulino, vol. 1, pp. 1-330.
- Chiarlo M., 2024, *La grande fuga: il pronto soccorso come spia dell'avaria del sistema sanitario nazionale*, «Recenti Progressi in Medicina», vol. 115, n. 10, pp. 485-487.
- Clot Y. e Béguin P., 2004, *L'action située dans le développement de l'activité*, «Activités», vol. 1, n. 1-2, pp. 27-49.
- Corradi G., Gherardi S. e Verzelloni L., 2010, *Through the practice lens: where is the bandwagon of practice-based studies heading?*, «Management learning», vol. 41, n. 3, pp. 265-283.
- Czarniawska-Joerges B., 2007, *Shadowing: And other techniques for doing fieldwork in modern societies*, Copenhagen Business School Press Dk.
- Czarniawska B., 2018, *Fieldwork techniques for our times: Shadowing. Qualitative Methodologies in Organization Studies: Volume II: Methods and Possibilities*, pp. 53-74.
- Darbyshire D., Brewster L., Isba R., Body R., Basit U. e Goodwin D., 2021, *Retention of doctors in emergency medicine: a scoping review of the academic literature*, «Emergency Medicine Journal», vol. 38, n. 9, pp. 663-672.
- Diem S.J., Lantos J.D. e Tulskey J.A., 1996, *Cardiopulmonary resuscitation on television - miracles and misinformation*, «New England Journal of Medicine», vol. 334, n. 24, pp. 1578-1582.
- Gherardi S., 2009, *Organizational knowledge: The texture of workplace learning*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

- Gherardi S., 2019, *How to conduct a practice-based study: Problems and methods*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Khamees A., Awadi S., Al Sharie S., Faiyoumi B.A., Alzu'bi E., Hailat L. e Al-Keder B., 2022, *Factors affecting medical student's decision in choosing a future career specialty: A cross-sectional study*, «Annals of Medicine and Surgery», 74, 103305.
- Lambert T.W., Smith F. e Goldacre M.J., 2020, *Early career choices for emergency medicine and later career destinations: national surveys of UK medical graduates*, «JRS open», vol. 11, n. 8, 2054270420961595.
- Levaillant M., Levaillant L., Lerolle N., Vallet B. e Hamel-Broza J.F., 2020, *Factors influencing medical students' choice of specialization: A gender based systematic review*, «EClinicalMedicine», n. 28, doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100589>.
- Mol A., 2008, *The logic of care: Health and the problem of patient choice*, Routledge, Londra.
- Nicolini D., 2009, *Zooming in and out: Studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections*, «Organization studies», vol. 30, n. 12, pp. 1391-1418.
- Piras E.M. e Zanutto A., 2014, «Le infermiere sanno quello che i medici vogliono»: il lavoro di congiunzione nei TDEs, «Studi Organizzativi», n. 1, pp. 29-49.
- QuotidanoSanità, 2023, *Emergenza urgenza. Pronto soccorso sull'orlo di una crisi di abbandono. I dati dell'indagine Simeu*, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118408, consultato il 20/01/2025.
- QuotidanoSanità, 2024, *Specializzazioni medicina. Non assegnato il 25% delle borse. E per emergenza-urgenza meno di una su tre. Anaa-Als: «Un disastro annunciato»*, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124617, consultato il 20/01/2025.
- Rierner J.W., 1977, *Varieties of opportunistic research*, «Urban life», vol. 5, n. 4, pp. 467-477.
- Rouse J. (2001), *Two concepts of practices*, in Schatzki T.R., Knorr Cetina K. e von Savigny E. (a cura di), *The Practice Turn in Con-temporary Theory*, Routledge, Londra e New York, pp. 198-208.
- Schatzki T.R., 2001, *Introduction. Practice theory*, in Schatzki T.R., Knorr Cetina K. e von Savigny E. (a cura di), *The Practice Turn in Con-temporary Theory*, Routledge, Londra e New York, pp. 1-14.
- Sedikides C. e Gregg A.P., 2008, *Self-enhancement: food for thought*, «Perspectives on Psychological Science», vol. 3, n. 2, pp. 102-116.
- Spina E., 2024, *Gli operatori sanitari: la grande fuga*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 51-73.
- Verougstraete D. e Hachimi Idrissi S., 2020, *The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review*, «Acta Clinica Belgica», vol. 75, n. 1, pp. 57-79.

Il lavoro nelle residenze per anziani

Marco Arletti, Luigi Bernardi, Mariateresa Ciommi e Ludovica Rossotti

RPS

L'articolo analizza le condizioni lavorative nel settore delle residenze per anziani in Italia, con un focus specifico sui lavoratori della cura. In primo luogo, vengono analizzati e discussi i livelli di occupazione nel settore della residenzialità in prospettiva comparata. In secondo luogo, le condizioni lavorative dei lavoratori della cura vengono confrontate con quelle di altri lavoratori con un approfondimento sul caso italiano. Il confronto mostra l'esistenza di condizioni in linea, o migliori, rispetto a lavoratori equivalenti occupati in altri settori. Allo stesso tempo, tali condizioni sono più critiche quando confrontate con i lavoratori della cura occupati nel settore ospedaliero. Infine, i risultati di ricerca vengono discussi alla luce dei principali aspetti problematici caratterizzanti la configurazione istituzionale del settore delle residenze per anziani in Italia.

1. Introduzione¹

Lo scopo di questo articolo è quello di sviluppare un'analisi esplorativa del lavoro nelle residenze per anziani, con un focus specifico sul caso italiano.

Sono diversi i motivi per cui è rilevante occuparsi di questo tema: sia come tema in sé; sia in una prospettiva che riguarda, più in generale, il tema del lavoro nel sistema sanitario italiano, tema affrontato nella sezione monografica di questo numero di «Rps».

In *primo luogo*, facciamo riferimento ad un settore fortemente *labour intensive*, dove il lavoro rappresenta una variabile cruciale sia dal punto di vista dell'effettiva erogazione del servizio; sia nella garanzia di standard di

¹ Il presente lavoro si colloca nel quadro delle attività svolte dagli autori per l'Università Politecnica delle Marche, nell'ambito del Progetto di ricerca QWoRe - *Quality of Work in Residential long-term care services in Italy: determinants and strategies*, progetto finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu – Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) – Missione 4 Componente C2 Investimento 1.1 – Fondo per il Programma nazionale di ricerca e progetti di rilevante interesse nazionale (Prin), D.d. del Mur n. 1409 del 14 settembre 2022, Bando Prin 2022 Pnrr, Codice progetto: P2022E5M9Y, decreto di concessione del finanziamento n. 1374, Cup I53D23006780001. L'articolo è esito di un lavoro di collaborazione, con apporto individuale in parti uguali.

qualità. Ciononostante, esiste un forte problema in termini di condizioni di lavoro e, conseguentemente, di attrazione e trattenimento dei lavoratori: temi ampiamente analizzati – come vedremo – a livello di letteratura scientifica internazionale, ma che scontano ancora oggi una certa carenza conoscitiva nel nostro paese (Arlotti e al., 2020; Fosti e al., 2023).

In *secondo luogo*, considerare il lavoro nelle residenze per anziani permette di analizzare, da una prospettiva specifica, cosa avviene in un settore che è divenuto sempre più centrale, e lo sarà sempre più, nella garanzia della tutela del diritto alla salute nel nostro paese. Stando agli ultimi dati Istat, nel 2021 il 77% dei posti letto operativi nelle residenze era inquadrabile, infatti, all'interno dell'area socio-sanitaria². Nello stesso anno, considerando i posti letto nell'area anziani (che rappresentavano il 74% dell'offerta complessiva di posti letto), ben oltre i due terzi di questi si caratterizzava, inoltre, per la presenza di livelli di assistenza sanitaria medio-alta che, nella classificazione Istat (2023), indica: «l'erogazione di prestazioni (es. cure mediche e infermieristiche quotidiane; trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia endovenosa, lesioni da decubito profonde ecc.) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (inclusendo anche le demenze senili) (livello medio), nonché di trattamenti intensivi (es. ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno), sempre rivolti a persone non autosufficienti, addirittura essenziali per il supporto alle funzioni vitali (livello alto)».

A partire da queste premesse, l'articolo si sviluppa in quattro paragrafi principali.

Nel paragrafo 2 viene introdotto il tema del lavoro nelle residenze per anziani, a partire da quanto messo in evidenza dalla letteratura internazionale. Segue il paragrafo 3, dove viene presentata la strategia di analisi e la base empirica di riferimento. I paragrafi 4 e 5 illustrano le evidenze empiriche. Verrà, innanzitutto, collocato il caso italiano, in prospettiva comparata europea. Seguirà poi un'analisi – che rappresenta la parte centrale dell'articolo – di approfondimento specifico del lavoro nelle residenze per anziani nel nostro paese.

Infine, il paragrafo 6 discute e conclude l'articolo, avanzando un'interpretazione delle evidenze empiriche emerse alla luce della configurazione istituzionale di riferimento, entro cui il settore della residenzialità risulta essere incorporato (*embedded*) nel nostro paese. A questo propo-

² Elaborazioni su dati Assistenza residenziale, <http://dati.istat.it/>.

sito, verranno messi in evidenza, in particolare, gli elementi di problematicità che attengono all'inquadramento regolativo dei servizi residenziali all'interno della cornice universalistica del Servizio sanitario nazionale, nonché l'assenza di investimenti e riforme in grado di affrontare l'incompiutezza dell'universalismo in questo settore.

RPS

2. Il lavoro nelle residenze per anziani: un quadro introduttivo

La letteratura internazionale ha rilevato come il lavoro nelle residenze per anziani si caratterizzi, in modo piuttosto trasversale nei vari paesi, per una serie di tratti critici e problematici.

Innanzitutto, vi è una condizione di bassi salari e forte precarizzazione: i lavoratori nelle residenze, in larga maggioranza donne, stranieri, con bassi livelli di istruzione (Eurofound, 2020; Oecd, 2020b), presentano, infatti, salari decisamente più bassi, anche a parità di profilo e mansioni, rispetto a quanto si registra per i lavoratori che operano in altri settori, a partire da quello sanitario (Oecd, 2020a, 2020b). Inoltre, è molto più diffusa l'applicazione di contratti di lavoro non standard (Eurofound, 2020), precari, oppure part-time, che assumono tuttavia, in quest'ultimo caso, un tratto in larga parte involontario (Oecd, 2020a), ossia una condizione in cui il lavoratore si trova ad essere inquadrato in contratti che comportano una riduzione delle ore lavorative (e quindi del salario percepito, nonché del potenziale percorso professionale) non per scelta, ma perché si tratta dell'unica opportunità disponibile.

Tali tratti si intrecciano, peraltro, in modo problematico con ulteriori elementi critici che attengono alle condizioni del lavoro. Lavorare nelle residenze per anziani comporta, infatti, non solo lo svolgimento di un'attività lavorativa organizzata generalmente su turni, che implicano il lavoro notturno, nonché anche in giorni festivi, ma in molte situazioni lo svolgimento di mansioni lavorative in contesti in cui i livelli di staff risultano essere inadeguati (Armstrong e Armstrong, 2020). Oppure, dove non si presentano livelli di qualificazione e di preparazione in linea con i profili di bisogno degli anziani ricoverati (Eurofound, 2020; Oecd, 2020a, 2020b), peraltro aggravatisi progressivamente nel corso degli anni in termini di condizioni sempre più critiche sotto un profilo di non autosufficienza e di salute (Barken e Armstrong, 2020). A questo proposito, il riferimento principale va alla mancanza/carenza di personale medico ed infermieristico, che comporta spesso uno scarico sul personale principalmente di carattere assistenziale/tutelare di responsabilità

inerenti allo svolgimento di attività che attengono più alla tutela della salute degli anziani ricoverati, con forti implicazioni problematiche sia sugli stessi lavoratori coinvolti, sia sotto un profilo di garanzia della qualità dell'assistenza nelle residenze (Eurofound, 2020; Oecd, 2020a, 2020b).

Se questi sembrano essere i tratti principali di criticità che investono il lavoro nelle residenze per anziani, la letteratura ha anche messo in evidenza una serie di effetti che possono incidere in modo molto severo proprio sulla capacità di garantire adeguati standard di qualità di servizi, con conseguenze negative che possono compromettere la stessa sostenibilità del settore, in termini di attrazione e trattenimento della forza lavoro (Eurofound, 2017; Armstrong e Armstrong, 2020; Oecd, 2020a). Ad esempio, l'ampio ricorso ai contratti non standard se, da un lato, può garantire maggiore flessibilità sia per la domanda che per l'offerta di lavoro, dall'altro lato può determinare un elevato grado di insicurezza nei lavoratori, oltre che minare la continuità assistenziale e relazionale a tutela della cura degli anziani ricoverati (Oecd, 2020b).

La presenza di carichi di lavoro intensivi sembra comportare, inoltre, in questo settore una forte diffusione di fenomeni di stress fisico e mentale (ansia, burnout, depressione ecc.) derivanti dal tipo di attività lavorativa svolta (Eurofound, 2020; Oecd, 2020a), con ripercussioni in termini di assenteismo e di malattia, in un contesto in cui risultano essere particolarmente diffusi fenomeni di violenza (psicologica, umiliazioni, abusi) e di molestie (Eurofound, 2020; Oecd, 2020b).

3. *Strategia di analisi e base empirica*

A partire dal quadro di sfondo delineato nel paragrafo precedente, l'articolo intende rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- In che termini si caratterizzano le condizioni del lavoro nelle residenze per anziani in Italia?
- Sono rinvenibili gli stessi tratti di problematicità evidenziati nella letteratura internazionale, oppure ci sono differenze?
- Infine, come interpretare gli esiti empirici considerando la configurazione istituzionale di riferimento all'interno della quale il settore delle residenze per anziani risulta essere incorporato (*embedded*)?

Per rispondere a queste domande, verrà sviluppata un'analisi descrittiva, considerando come base empirica di riferimento i dati derivanti dalle indagini sulle forze lavoro.

In un primo passaggio, delinearemo brevemente la collocazione del caso italiano in prospettiva comparata, analizzando alcuni indicatori strutturali che riguardano il livello di occupazione complessivo nelle residenze. Faremo in questo caso riferimento ai dati dell'indagine sulle forze lavoro (*Labour force survey*), disponibili online sul portale Eurostat. A seguire, procederemo con un'analisi più approfondita del caso italiano, attraverso i microdati Istat, rilevazione sulle forze lavoro (versione Mfr, file per la ricerca), focalizzandoci sul 2022, che rappresenta l'ultima annualità, completa, disponibile al momento in cui è stata condotta l'analisi.

Riprendendo l'esempio di altri studi (Oecd, 2020b), ci focalizzeremo solo sul lavoro professionale di cura, che riguarda gli operatori socio-sanitari ed assistenziali (escludendo, quindi, gli infermieri).

Questi lavoratori svolgono un ruolo fondamentale nelle residenze per anziani, espletando funzioni che riguardano il supporto degli anziani ricoverati, sotto il profilo delle attività personali e/o strumentali di vita quotidiana. Costoro, peraltro, rappresentano la componente centrale del lavoro nel settore delle residenze per anziani (*ibidem*). Stando ai microdati Istat analizzati, i lavoratori della cura rappresentavano, infatti, nel 2022 il 57% sul totale degli occupati nelle residenze. Un dato che trova, sostanzialmente, conferma se si considera quanto emerge dall'Indagine Istat sui presidi residenziali, in cui vengono raccolte informazioni anche rispetto alla tipologia dei lavoratori coinvolti. In questo caso, considerando complessivamente il settore delle residenze (dunque, non solo la residenzialità per anziani), i dati al 2021 indicavano, infatti, un'incidenza pari al 45% di profili di lavoratori come assistenti sanitari (nel quale rientrano operatori socio-sanitari, ad esempio gli Oss) e altri addetti all'assistenza alla persona (come gli operatori socio-assistenziali, Osa) sul totale del personale retribuito³.

L'analisi porrà attenzione su quelle che sono alcune delle caratteristiche principali dei lavoratori della cura, sotto un profilo socio-demografico, e poi procederà ad analizzare, nello specifico, i tratti del lavoro nelle residenze per anziani, considerando una serie di dimensioni utilizzate comunemente all'interno della letteratura (Argentin e al., 2020; Eurofound, 2020; Oecd, 2020a; Pavolini, 2020) e che attengono all'inquadramento contrattuale e alle condizioni di lavoro. Va notato come l'utilizzo dei microdati Istat, rilevazione sulle forze lavoro per l'annualità di riferimento, presenta anche una serie di limiti. Non è possibile, ad

³ Elaborazioni su dati Assistenza residenziale, <http://dati.istat.it/>.

esempio, distinguere fra settore pubblico e privato. Inoltre, non sono disponibili informazioni rispetto ad una dimensione cruciale, in termini di analisi delle condizioni lavorative, ossia il salario percepito dai lavoratori.

Per cogliere, nello specifico, i tratti salienti che caratterizzano il lavoro nelle residenze per anziani verrà adottato, sulla scorta di altri studi, un approccio comparativo (Argentin e al., 2020; Arlotti e al., 2020; Pavolini, 2020; Oecd, 2020a). In altre parole, i dati che caratterizzano i lavoratori professionali della cura verranno comparati congiuntamente da un lato con il medesimo profilo professionale, considerando il settore sanitario-ospedaliero, che rappresenta la cornice di riferimento sotto un profilo di tutela in termini di assistenza sanitaria universalistica; dall'altro lato, a livello macro-settoriale, con i lavoratori che operano all'interno dei macro ambiti: *i*) istruzione, sanità, sociale; *ii*) terziario; *iii*) infine, in termini più complessivi, del mercato del lavoro. Per il confronto a livello macro-settoriale, verrà considerato come riferimento il profilo operaio, nel quale risultano essere inquadrati in larga parte anche i lavoratori della cura e che permette, inoltre, di focalizzare meglio il confronto con un segmento base-sotto il profilo della stratificazione occupazionale.

In termini di impostazione dell'analisi (vedi tabella 1) è stato individuato, in primo luogo, il settore delle residenze. Mentre l'analisi dei dati Eurostat, disponibili online, permette solo di considerare l'aggregazione complessiva del settore residenziale, l'analisi dei micro-dati Istat ha permesso, invece, di circoscrivere, in modo più preciso, il focus di analisi sulle residenze che hanno come target le persone anziane (un ambito che rappresenta la parte preminente della residenzialità nel nostro paese, vedi paragrafo 1).

A questo proposito, nell'analisi dei micro-dati Istat, sono stati esclusi i settori della residenzialità afferenti all'ambito delle strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti (codice 872 della classificazione Ateco), nonché della residenzialità che riguarda altri tipi di strutture di assistenza sociale residenziale (codice 879 della classificazione Ateco).

Inoltre, seguendo lo stesso approccio adottato in letteratura (Oecd, 2020a, p. 64), sono stati individuati i profili professionali aggregabili come lavoratori della cura (vedi tabella 1).

Per quanto riguarda l'analisi dei micro-dati Istat, le categorie professionali identificate in base alla Classificazione Istat delle professioni, ri-

mandano a quelle degli Oss (Operatori socio-sanitari), identificati dal codice 5.3.1.1 (professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali), e degli Asa (Ausiliari socio-assistenziali), identificate dal codice 5.5.2.3 (Addetti all'assistenza personale).

Tabella 1 - Settore e profilo professionale indagati

<i>Banca dati</i>	<i>Settore</i>	<i>Profilo professionale</i>
Eurostat, micro-dati online	Nace: 87 Residential nursing care facility services	Totale lavoratori
Istat, micro-dati su richiesta	Ateco: 871 Strutture di assistenza infermieristica residenziale; 873 Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili.	Classificazione Istat professioni: 5.3.1.1 Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali; 5.5.2.3 Addetti all'assistenza personale.

Fonte: elaborazioni degli autori.

Per le prime, la descrizione del profilo professionale chiarisce che si tratta di professioni che: «supportano il personale sanitario nella somministrazione di terapie e nella sorveglianza e nella tutela dell'igiene e della sicurezza sanitaria pubblica; effettuano assistenza fisico-manuale svolgendo, nell'ambito delle proprie competenze, la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il recupero funzionale mediante massoterapia, balneoterapia e idroterapia; svolgono interventi di assistenza finalizzati a soddisfare i bisogni primari dei pazienti [...]»⁴.

Per le seconde, sempre la descrizione del profilo professionale specifica che si tratta di professioni che «assistono [...] le persone anziane, in convalescenza, disabili, in condizione transitoria o permanente di non autosufficienza o con problemi affettivi, le aiutano a svolgere le normali attività quotidiane, a curarsi e a mantenere livelli accettabili di qualità della vita»⁵.

4. Gli esiti della ricerca: l'Italia in prospettiva comparata

Analizziamo, innanzitutto, in che termini si caratterizza il lavoro nelle residenze per anziani, collocando il caso italiano in prospettiva com-

⁴ Vd. <https://professioni.istat.it/sistemainformativoprofessionioni/cp/scheda.php?id=5.3.1.1.0>.

⁵ Vd. https://professioni.istat.it/sistemainformativoprofessionioni/cp/index.php?codice_4=5.5.2.3&codice_3=5.5.2&codice_2=5.5&codice_1=5).

parata. L'obiettivo di questo primo passaggio non è, però, quello di analizzare, nello specifico, le condizioni di lavoro nel settore in prospettiva comparata (tema che esula dagli obiettivi dell'articolo). Bensì di delineare, in modo sintetico, la dimensione del fenomeno in termini strutturali.

I dati disponibili, online sul portale Eurostat, non permettono tuttavia di disaggregare il settore e il profilo professionale nei termini che verranno adottati, successivamente, per il caso italiano. Motivo per cui considereremo semplicemente il rapporto fra occupati e popolazione, che fornisce un'indicazione immediata di quella che è la relazione fra la numerosità degli occupati e la popolazione potenzialmente destinataria dei servizi (Argentin e al., 2020; Reyneri, 2020). A questo proposito verrà considerato un duplice parametro di riferimento, che riguarda la popolazione complessiva e, più nello specifico, la popolazione anziana.

Tabella 2 - Tasso di occupazione per 1.000 abitanti, 2022

	Popolazione complessiva		Popolazione anziana	
	Occupati in istruzione, sanità e assistenza sociale	Occupati in servizi di assistenza residenziale	Occupati in istruzione, sanità e assistenza sociale	Occupati in servizi di assistenza residenziale
Danimarca	137,7	23,6	676,8	116,1
Svezia	128,2	18,4	632,6	91,0
Germania	104,0	12,3	469,4	55,6
Francia	90,0	11,2	429,7	53,6
Italia	59,1	5,3	248,1	22,3
Spagna	71,2	7,4	356,4	37,1
EU-27	83,9	9,4	397,2	44,7

Fonte: elaborazioni su dati online Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/>).

La tabella 2 riporta il tasso di occupazione, confrontando il caso italiano con il valore medio Eu-27, nonché con alcuni paesi illustrativi dei principali sistemi di welfare a livello europeo (sistema social-democratico: Danimarca e Svezia; sistema continentale: Germania e Francia; sistema mediterraneo: Italia e Spagna) (Esping-Andersen, 1990; Mingione, 1997) che presentano, peraltro, maggiore omogeneità in termini di sviluppo socio-economico⁶. Per una migliore contestualizzazione del

⁶ Nel confronto non è stato possibile considerare il sistema liberale, poiché, a fronte della *Brexit*, la disponibilità dei dati più recenti per il Regno Unito è limitata.

dato, la tabella 2 riporta anche il valore dell'indicatore considerando il macro-settore dell'istruzione, sanità e assistenza sociale, ossia il comparto del welfare dei servizi. La tabella 2 considera come anno di riferimento il 2022, che si allinea all'analisi dei micro-dati Istat oggetto del prossimo paragrafo.

A partire dall'analisi dei dati possono essere avanzate due considerazioni.

La *prima* riguarda la forte residualità che assume il welfare dei servizi in Italia. Il dato per il nostro paese, che conferma quanto già ampiamente messo in evidenza in letteratura (Argentin e al., 2020; Pavolini, 2020; Reyneri, 2020), è non solo nettamente inferiore rispetto a quello che si registra nei paesi (in particolare scandinavi e continentali) in cui tradizionalmente i sistemi di protezione sociale sono molto più articolati e sviluppati, ma anche considerando la media europea a 27 paesi. Il dato, inoltre, è più basso anche rispetto a quello della Spagna, un paese che presenta maggiori similarità con il nostro paese, in termini di configurazione del sistema di welfare (sebbene con tendenze di mutamento intercorse nell'arco dell'ultimo decennio) (León e Pavolini, 2014; Arlotti e Aguilar Hendrickson, 2018).

Tale residualità si riflette a livello di lavoro nelle residenze. L'occupazione in questo settore in Italia registra il valore più basso (5,3 occupati ogni 1.000 abitanti), un dato che risulta essere circa la metà anche del valore medio Eu-27, nei termini di confronto analizzati.

La *seconda* considerazione riguarda l'emergere di un quadro ancor più critico se si considera il rapporto dell'occupazione con la popolazione anziana. A fronte di un processo crescente di invecchiamento della popolazione che rappresenta una tendenza largamente comune nel panorama europeo, sebbene con tendenze più accentuate in alcuni contesti, come nel caso italiano, i dati indicano come il divario del nostro paese rispetto alle altre realtà nazionali qui considerate, nonché sempre nel confronto con il dato medio Eu-27, tende ad assumere tratti ancor più critici. Questa considerazione vale sia che si consideri il livello complessivo di occupazione nel welfare dei servizi, sia per quanto riguarda – più specificamente – gli occupati nel settore residenziale in rapporto alla popolazione anziana. Rispetto a quest'ultimo aspetto vediamo, infatti, come il numero di occupati nelle residenze rapportati alla popolazione anziana in Italia varia da uno scarto di circa 4-5 volte inferiore rispetto a quanto si registra nei paesi scandinavi, e di circa 2 volte più basso nel confronto con i paesi continentali e la media Eu-27.

RPS

Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Giommi e Ludovica Rossoti

5. *Gli esiti della ricerca: il lavoro nelle residenze per anziani in Italia*

Abbiamo visto, dunque, come il lavoro nelle residenze in Italia presenti una quota decisamente contenuta di occupati a livello comparato, in un quadro di forte limitazione occupazionale che investe il settore del welfare dei servizi nel nostro paese. Analizzeremo ora, più nello specifico, i tratti principali che caratterizzano il lavoro nelle residenze per anziani, cercando di cogliere gli elementi salienti attraverso lo schema di analisi comparata illustrato nel paragrafo 3.

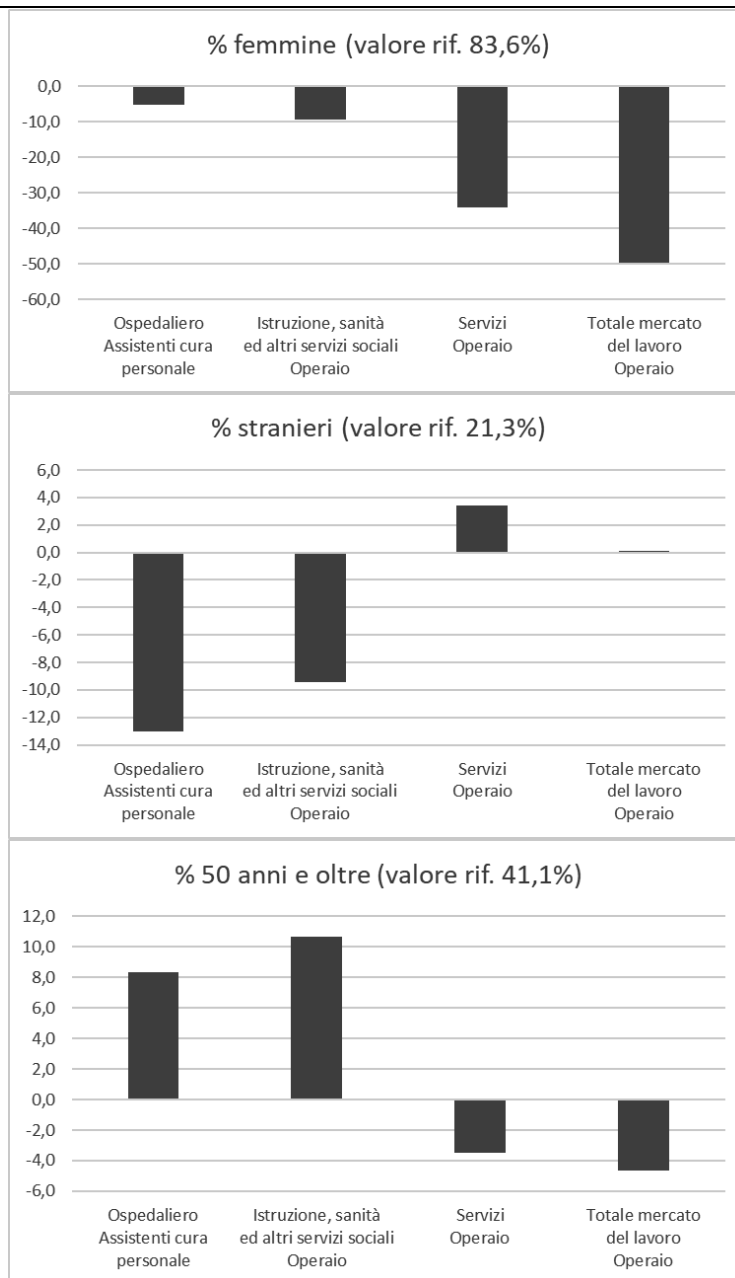
Considerando una serie di dimensioni di approfondimento comunemente utilizzate in letteratura (Eurofound, 2020; Argentin e al., 2020; Oecd, 2020a; Pavolini, 2020) ci soffermeremo dapprima sulle caratteristiche socio-demografiche dei lavoratori che operano all'interno delle residenze per anziani, per poi passare ad aspetti più specifici che permettono di operationalizzare la dimensione contrattuale e quella delle condizioni di lavoro. Per illustrare la comparazione, verranno presentate una serie di figure che permetteranno di cogliere le caratteristiche del lavoro nelle residenze, in termini di variazioni rispetto agli altri settori qui considerati.

Più precisamente, all'interno delle figure i valori delle barre indicheranno per ciascuna dimensione analizzata lo scarto (espresso in termini di punti percentuali) rispetto al valore di riferimento, ossia quello che riguarda i lavoratori della cura nel settore residenziale. Ciò significa che, nel caso di scarti positivi, i valori indicheranno per la categoria analizzata un valore percentuale più alto rispetto a quanto registrato per i lavoratori della cura nel settore residenziale; viceversa, nel caso di scarti negativi. Nel caso di assenza di scarti ciò indicherà, invece, valori percentuali simili.

La figura 1 illustra innanzitutto le caratteristiche socio-demografiche, considerando il genere, la nazionalità e l'età. Per quanto riguarda la prima dimensione, i dati confermano la forte femminilizzazione del settore. Circa l'84% dei lavoratori della cura nelle residenze per anziani è costituito da femmine.

Sebbene questo tratto riguardi fortemente l'occupazione nel settore del welfare, il confronto mette in evidenza la presenza di valori non totalmente sovrapposti con quelli che si registrano fra i lavoratori della cura in ambito ospedaliero (in questo caso l'incidenza femminile è inferiore di 5 punti percentuali) e fra gli occupati con profilo operaio nell'ambito complessivo dell'istruzione, sanità e altri servizi sociali (si registra, infatti, una minore incidenza femminile pari a 9 punti percentuali).

Figura 1 - Caratteristiche socio-demografiche: lavoratori di cura nelle residenze per anziani in termini comparati, 2022



Nota: percentuali calcolate su valori assoluti pesati.

Fonte: elaborazioni su micro-dati Istat, Rilevazione sulle forze lavoro.

RPS

Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Giommi e Ludovica Rossoti

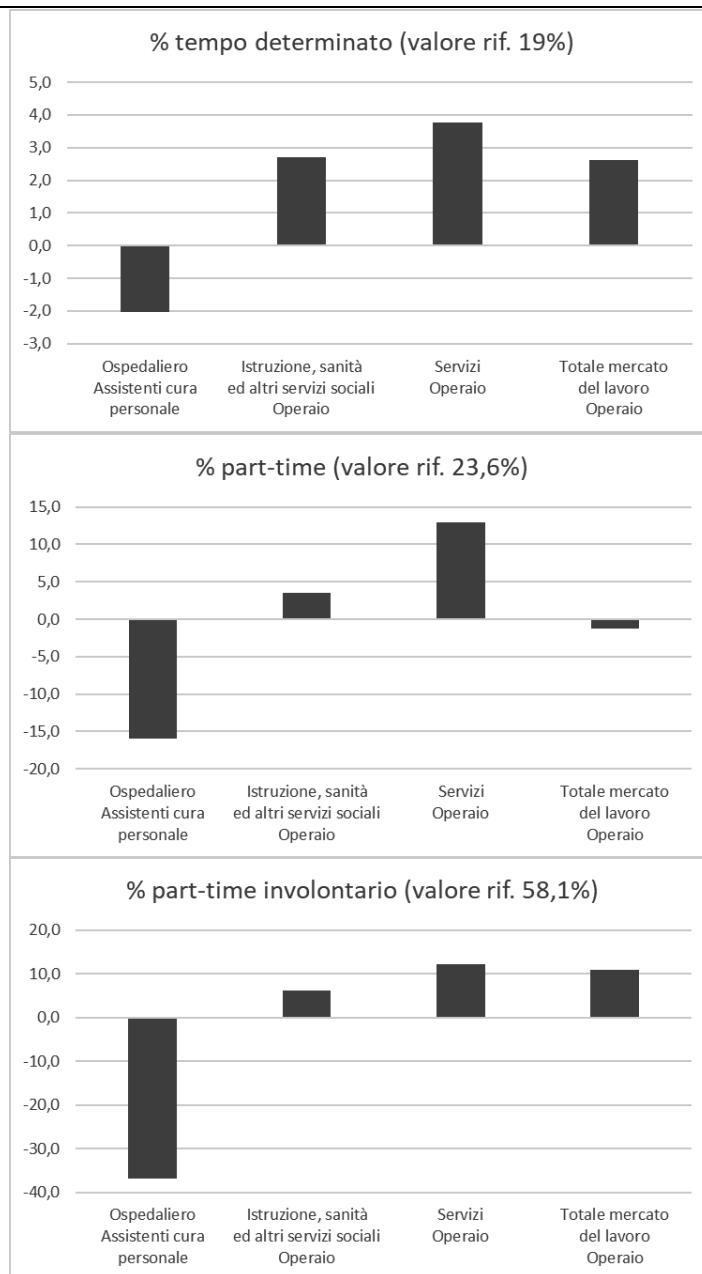
Complessivamente, nel settore dei servizi e nel totale del mercato del lavoro la quota femminile è decisamente più bassa, e questo si riflette nella figura 1 con una differenza più ampia dei valori (che oscilla fra 34 e circa 50 punti percentuali) rispetto ai lavoratori della cura nelle residenze per anziani.

Sul versante della nazionalità, la quota di lavoratori della cura stranieri nelle residenze per anziani (pari al 21%) è più alta, sia rispetto alla stessa categoria professionale negli ospedali (dove la quota è pari solo all'8%, quindi con uno scarto più basso di circa 13 punti percentuali come indicato nella figura 1), sia rispetto al settore complessivo del welfare servizi, sebbene in termini più contenuti (in questo caso lo scarto, in negativo, è pari a 9 punti percentuali). Il valore, invece, è praticamente sovrapposto a quello che riguarda la categoria operaia nel mercato del lavoro complessivo (i lavoratori stranieri sono pari al 21,4%), mentre si registra una quota solo leggermente più alta di lavoratori stranieri (scarto di 3,4 punti percentuali, vedi fig. 1), con profilo operaio, nel settore dei servizi.

Infine, considerando l'incidenza di lavoratori anziani (over 50), si conferma un tratto di differenziazione fra i lavoratori della cura nelle residenze per anziani e quelli che operano a livello ospedaliero, nonché nel settore del welfare dei servizi più in generale (sulla categoria operaia): gli occupati nelle residenze presentano, infatti, una quota più contenuta di lavoratori anziani (che si riflette, nei valori della figura 1, in un valore superiore di 8 punti percentuali a livello ospedaliero e di 11 punti percentuali nel settore complessivo dell'istruzione, sanità ed altri servizi sociali); mentre, rispetto al settore terziario e al mercato del lavoro (sempre nel confronto con la categoria operaia), l'incidenza di lavoratori anziani fra i lavoratori della cura nelle residenze è lievemente più alta (nella figura 1 si registrano, infatti, in corrispondenza di queste due categorie valori differenziali inferiori che oscillano fra 3 e 4 punti percentuali).

Passiamo ora ad analizzare le caratteristiche contrattuali. Come si vede dalla figura 2 sono stati considerati tre indicatori: la quota di lavoro a tempo determinato, la quota di lavoro a tempo parziale, e il part-time involontario, ossia la quota di lavoratori con contratto part-time che dichiarano di trovarsi in questa condizione non essendo stato possibile trovare un lavoro a tempo pieno.

Figura 2 - Caratteristiche contrattuali: lavoratori di cura nelle residenze per anziani in termini comparati, 2022



Nota: percentuali calcolate su valori assoluti pesati.

Fonte: elaborazioni su micro-dati Istat, Rilevazione sulle forze lavoro.

RPS

Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Giommi e Ludovica Rossotti

Analizzando, in modo trasversale, queste tre dimensioni sembra emergere una certa tendenza che vede da un lato una condizione relativamente migliore dei lavoratori della cura nelle residenze per anziani, rispetto ai profili operai considerati negli altri macro-settori, sia del welfare dei servizi, che del terziario e del mercato del lavoro in termini complessivi. Dall'altro lato, invece, a parità di categoria professionale si delinea una condizione che sembra essere più problematica per i lavoratori della cura nelle residenze, rispetto agli stessi lavoratori che operano nel settore ospedaliero.

Osservando i dati si vede come l'incidenza di lavoro a tempo determinato non si caratterizzi in termini di scostamenti molto significativi, sebbene comunque in presenza di elementi di differenziazione: l'incidenza dei contratti a tempo determinato è lievemente più bassa, circa 2 punti percentuali, fra i lavoratori della cura negli ospedali; mentre lievemente più alta negli altri settori di confronto, con differenziali che si collocano fra 3 e 4 punti percentuali.

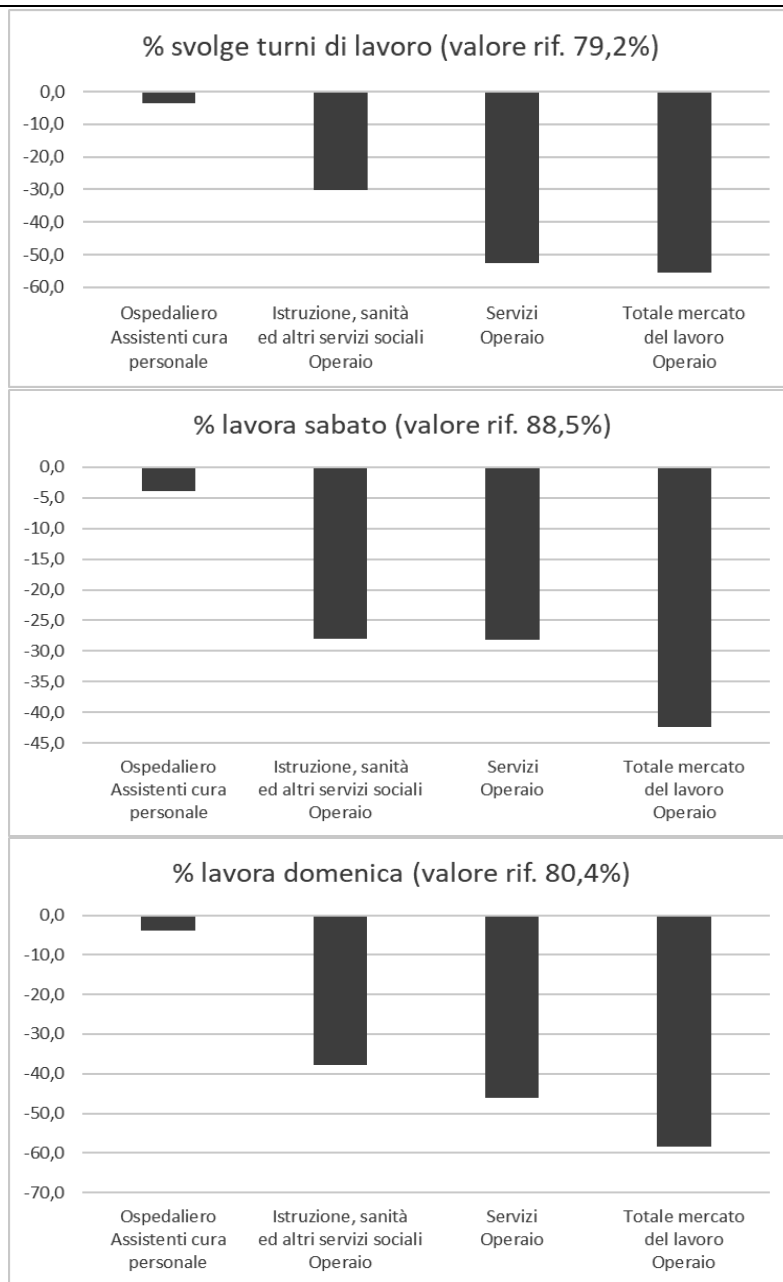
Per quanto riguarda, invece, il lavoro part-time, i lavoratori della cura nelle residenze hanno un'incidenza più alta per questa tipologia di contratto rispetto agli stessi lavoratori che operano nel contesto ospedaliero (dove l'incidenza del part-time è inferiore di oltre 15 punti percentuali), mentre più bassa o simile nel confronto con le altre categorie occupazionali.

Questo aspetto, tuttavia, si congiunge con un'incidenza del part-time involontario fra i lavoratori nelle residenze che interessa ben oltre la metà (58%) dei lavoratori: un dato decisamente più alto rispetto a quanto si registra nel settore ospedaliero (dove il valore è pari al 21%, ossia 37 punti percentuali in meno), mentre è più contenuto in particolare nel confronto con le categorie operaie che lavorano nel settore dei servizi e del mercato del lavoro più complessivo (in questi due casi l'incidenza del part-time involontario registra valori superiori a 10 punti percentuali rispetto al dato dei lavoratori della cura nelle residenze per anziani).

Infine, la figura 3 riporta informazioni che riguardano le caratteristiche delle condizioni di lavoro.

In tutti i casi, i dati mettono in evidenza come il lavoro nelle residenze per anziani (per l'80% e più dei lavoratori) si associ a condizioni di lavoro intensive, in termini di turni e giorni lavorativi (che includono anche quelli festivi). Negli altri macro-settori, nonché nel mercato del lavoro in termini complessivi, le categorie operaie presentano invece valori di incidenza su queste dimensioni di analisi molto più bassi (fra circa 30 e 60 punti percentuali).

Figura 3 - Caratteristiche condizioni di lavoro: lavoratori di cura nelle residenze per anziani in termini comparati, 2022



Nota: percentuali calcolate su valori assoluti pesati.

Fonte: elaborazioni su micro-dati Istat, Rilevazione sulle forze lavoro.

RPS

Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Giommi e Ludovica Rossotti

Si tratta di un aspetto che, in parte, non sorprende, tenuto conto della specificità del profilo di bisogno degli anziani ricoverati nelle residenze: un profilo che richiede, inevitabilmente, forte continuità, in termini di cura ed assistenza. Tuttavia, dal confronto, è interessante evidenziare anche una condizione leggermente migliore per i lavoratori della cura in ambito ospedaliero: in tutti i tre casi, infatti, emerge una lieve differenza (che, sebbene limitata, si attesta sui circa 4 punti percentuali), con una minore incidenza dei turni e del lavoro festivo fra i lavoratori della cura degli ospedali, rispetto a quelli che operano all'interno delle residenze per anziani.

6. *Discussione e conclusioni*

I dati presentati ed analizzati nei paragrafi precedenti hanno, innanzitutto, messo in luce in prospettiva comparata la forte marginalità che il lavoro nel settore del welfare dei servizi, e delle residenze, registra nel nostro paese. Un dato che va letto in relazione alla configurazione di fondo del sistema di welfare, in cui tradizionalmente si è puntato, ancor più nell'ambito dell'assistenza agli anziani, ad una sorta di endogenizzazione della cura entro le reti familiari, incentivata da una distorsione verso il ricorso ai trasferimenti monetari, che ha compresso lo sviluppo dell'offerta diretta di servizi (Argentin e al., 2020; Arlotti e al., 2020; Pavolini, 2020).

Riprendendo le domande di ricerca si può sostenere che, in un contesto di forte marginalità del lavoro nel welfare dei servizi, il lavoro nelle residenze per anziani, prevalentemente femminilizzato e con una forte incidenza di lavoratori stranieri, riproduce anche nel nostro paese una serie di tratti critici, che riguardano sia le condizioni contrattuali che quelle lavorative.

Tali elementi di criticità, tuttavia, si distinguono se analizzati in termini comparati con quanto riguarda gli stessi lavoratori della cura, ma che operano in ambito ospedaliero, e le altre categorie operaie a livello di welfare dei servizi e del mercato del lavoro. Infatti se, da un lato, è piuttosto chiara la presenza di una certa differenziazione rispetto agli stessi lavoratori della cura che operano a livello ospedaliero, dall'altro lato quando confrontiamo la condizione, o meno, di svantaggio dei lavoratori della cura nelle residenze per anziani rispetto alle componenti operaie a livello macro-settoriale e del mercato del lavoro, il quadro è più sfumato. In quest'ultimo caso, elementi di svantaggio riguardano, indubbiamente, le condizioni lavorative, in termini di turni e lavoro anche

nel fine settimana. Tuttavia, a livello contrattuale, la condizione dei lavoratori di cura nelle residenze è lievemente migliore in termini di minore presenza di lavoro a tempo determinato (che rappresenta una spia di potenziale precarizzazione lavorativa) e, in particolare, di lavoro a tempo parziale di carattere involontario.

Come spiegare questi esiti? Le caratteristiche di fondo che riguardano la configurazione istituzionale di riferimento entro cui il settore della residenzialità è incorporato (*embedded*) possono fornire un'un'importante prospettiva di analisi (Vicarelli, 2022), per avanzare considerazioni interpretative, comunque non causali.

Infatti, come è stato già messo in evidenza in apertura, il settore della residenzialità per anziani costituisce una componente del Servizio sanitario nazionale. Non solo in relazione al tipo di bisogno a cui questi servizi si rivolgono, ma anche in termini di regolazione istituzionale. Le residenze sono incluse fra i Livelli essenziali di assistenza, che devono essere garantiti dal Servizio sanitario nazionale, entro l'area dell'assistenza sociosanitaria (art. 30, d.P.c.m. del 12 gennaio 2017), e finanziate attraverso risorse derivanti dal fondo sanitario nazionale.

Le residenze sono, inoltre, sottoposte alle normative regionali sull'accreditamento socio-sanitario, volte a garantire standard strutturali ed organizzativi dei servizi. Si tratta di elementi che, inquadrandosi all'interno di una cornice istituzionale, più ampia, universalistica, quale quella del Servizio sanitario nazionale, possono avere una serie di riflessi dal punto di vista della garanzia di una condizione migliore, in termini relativi, per i lavoratori della cura, rispetto ai profili più deboli del mercato del lavoro nel nostro paese.

Tuttavia, abbiamo visto come i lavoratori della cura nelle residenze per anziani sembrano caratterizzarsi anche per una condizione di maggiore svantaggio rispetto ai lavoratori con il medesimo profilo, ma che operano all'interno dell'assistenza ospedaliera. Tale aspetto è cruciale. Non a caso, diversi studi (Fosti e al., 2023) hanno iniziato a mettere in evidenza una certa tendenza, peraltro intensificatisi dall'emergenza Covid-19 in poi, che riguarda la fuoriuscita di personale dalle residenze verso il comparto sanitario ospedaliero o territoriale: una tendenza che compromette fortemente la sostenibilità del settore residenziale, con ricadute sotto un profilo di carenza di personale e di condizioni di lavoro sempre più difficili, in termini di sovraccarico fisico-psicologico, stress e burnout.

Come interpretare, allora, gli elementi di differenziazione fra i lavoratori della cura che operano nelle residenze e quelli in ambito ospe-

RPS

Marco Arloti, Luigi Bernardi, Mariateresa Giommi e Ludovica Rossoti

daliero? Anche in questo caso, l'analisi della configurazione istituzionale può fornire un importante spunto interpretativo.

Infatti, sebbene le residenze per anziani si connotino per le caratteristiche istituzionali summenzionate, al contempo è importante evidenziare come l'inquadramento di questi servizi all'interno del sistema sanitario universalistico si caratterizzi strutturalmente per forte problematicità.

La politica nazionale è, infatti, assente (Notarnicola e Perobelli, 2023). La previsione delle residenze, nei Livelli essenziali di assistenza, è stata fortemente compromessa nel corso degli anni sia dal fatto che lo Stato non ha definito ad oggi una cornice, minima, omogenea in termini di garanzia di standard dei servizi; sia perché non ha vincolato risorse utili a tale scopo. Il tutto è stato demandato alle Regioni le quali, sebbene abbiano definito regolamentazioni sull'accreditamento dei servizi residenziali, hanno adottato orientamenti molto differenti fra loro (Fosti e al., 2023; Notarnicola e Perobelli, 2023) in termini di standard di personale (ad esempio, sotto un profilo di professionalità coinvolte, minutaggi, rapporto operatori/anziani ricoverati), peraltro non garantendo sempre le risorse necessarie per un funzionamento dei servizi in linea con gli standard previsti. A questo proposito, si veda la mancata garanzia della percentuale dei costi sanitari stabiliti dai livelli essenziali (pari al 50%, per il ricovero nelle residenze), nonché il mancato aggiornamento delle tariffe sanitarie (Arlotti, 2018; Arlotti e Ranci, 2020).

Questi elementi di differenziazione, peraltro, si sono intrecciati con elementi ulteriori di frammentazione, che riguardano l'applicazione nell'ambito della residenzialità di contratti collettivi di lavoro diversissimi fra loro (Fosti e al., 2023), in termini retributivi, orari di lavoro, tutela della malattia, con forti differenze fra settore pubblico e privato, nonché all'interno dello stesso settore privato dove è molto diffusa l'applicazione di contratti non firmati da organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative (i cosiddetti «contratti pirata») (Fp-Cgil, 2022).

Il settore delle residenze si caratterizza, inoltre, per un'offerta pubblica di servizi marginale, sempre più diminuita nel corso del tempo. Se si considerano i dati Istat sulla distribuzione dei posti letto nelle residenze per profilo proprietario, al 2021 (ultimo anno disponibile) solo il 22% di questi erano di titolarità pubblica (il rimanente distribuito fra componente non profit, preminente e for profit). Nel 2009 (primo anno disponibile nella serie storica) la quota di posti letto pubblici era, invece, pari al 30%⁷. Questi dati, peraltro, non permettono di cogliere appieno

⁷ Elaborazioni su dati Assistenza residenziale, <http://dati.istat.it/>.

la complessità degli assetti di organizzazione e gestione dei servizi residenziali, che hanno visto nel corso degli anni una forte diffusione di modelli «ibridi», basati sulla commistione di tipologie di esternalizzazione (Langella e Mariani, 2020) sia all'interno del pubblico che nel settore privato, con implicazioni notevoli sotto un profilo della regolazione dei contratti e delle condizioni di lavoro.

Si tratta, complessivamente, di elementi che indicano la presenza di una sorta di universalismo incompiuto, problematico, delle residenze per anziani. Anche in questo caso, i dati comparati permettono di cogliere meglio la caratterizzazione del caso italiano. Come si vede dai dati di spesa (tabella 3), ponendo un confronto con i paesi considerati in precedenza, l'Italia presenta al 2022 la quota di spesa sanitaria pro capite per le residenze più bassa, solo di poco superiore a quella della Spagna. In aggiunta a ciò, nel corso del tempo, il nostro paese ha anche registrato l'incremento più contenuto, in questo caso inferiore a quello della Spagna.

Tabella 3 - Spesa sanitaria residenze, valori pro capite Ppp, euro

	2022	Variazione in valori assoluti 2022-2012
Danimarca	472,5	+93,8
Svezia	778,7	+115,4
Germania	476,5	+157,6
Francia	484,1	+131,0
Italia	167,0	+31,0
Spagna	149,2	+33,5

Fonte: elaborazioni su dati online Oecd (<https://data-explorer.oecd.org/>).

L'urgenza di affrontare questi elementi di incompiutezza e problematicità dell'universalismo nelle residenze che, come si è detto, possono avere una serie di ripercussioni notevoli anche sotto il profilo del lavoro in questi contesti, sembrava essersi chiaramente manifestata con gli effetti della pandemia, alla luce dell'elevato numero di contagi e di decessi che ha colpito le residenze per anziani (Arlotti e Ranci, 2020).

L'implementazione del Pnrr poteva rappresentare un'importante finestra di opportunità per un cambiamento strutturale del settore. Tuttavia, il tema delle residenze, e del lavoro in questi contesti, è rimasto fin dall'inizio praticamente escluso. Oggi, ad oltre quattro anni dai tragici eventi della pandemia, questa traiettoria non sembra essere mutata. Nonostante, infatti, con l'approvazione nel 2023 della legge delega n. 33 di riforma dell'assistenza agli anziani e, più recentemente, nel gennaio

2024 del suo decreto attuativo (n. 29/2024), vengano affrontati temi rilevanti per la regolazione del settore (come la revisione degli standard di personale per adeguarli alle necessità degli anziani, nonché dei requisiti strutturali per garantire la qualità degli ambienti di vita), le indicazioni rimangono comunque estremamente generiche e, peraltro, richiederanno in termini attuativi l'approvazione di un ulteriore decreto (Gori, 2024; Pesaresi, 2024). Il rischio, dunque, è quello di riprodurre in modo inerziale i tratti di forte problematicità del settore: tratti che possono minarne severamente la sostenibilità, in termini di capacità di attrazione e trattenimento di forza lavoro, nonché sotto il profilo della garanzia di standard adeguati di assistenza e cura a tutela delle persone anziane non autosufficienti.

Riferimenti bibliografici

- Argentin G., Fellini I. e Neri S., 2020, *Chi fa il welfare? Gli occupati nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 47-74.
- Arlotti M., 2018, *Governance multi-livello e stratificazione «viziosa»: le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 1, pp. 53-70.
- Arlotti M. e Aguilar Hendrickson M., 2018, *The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain*, «Social policy and Administration», vol. 52, n. 3, pp. 646-661.
- Arlotti M. e Ranci C., 2020, *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese*, In-Age working paper, https://www.lps.polimi.it/wpcontent/uploads/2020/04/Impaginazione_inage.pdf.
- Arlotti M., Parma A., Ranci C. e Sabatinelli S., 2020, *Lavoro di cura. Una nuova frontiera della disegnananza sociale*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 97-127.
- Armstrong P. e Armstrong H. (a cura di), 2020, *The Privatization of Care: The Case of Nursing Homes*, 1ª edizione, Routledge, New York.
- Barken R. e Armstrong P., 2020, *Shifting Responsibilities for Care: The Experiences of Staff and Families in Long-Term Residential Care*, in Armstrong P. e Armstrong H. (a cura di), *The Privatization of Care: The Case of Nursing Homes*, 1ª edizione, Routledge, New York, pp. 209-223.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Oxford.
- Eurofound, 2017, *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*, Publications Office of the European Union, Lussemburgo.

- Eurofound, 2020, *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Publications Office of the European Union, Lussemburgo.
- Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E., 2023, *Long Term Care: il personale come fattore critico di qualità*, «Percorsi di secondo welfare», <https://www.secondowelfare.it/long-term-care/long-term-care-il-personale-come-fattore-critico-di-qualita/>.
- Fp-Cgil, 2022, *Socio assistenziale educativo, è esplosione dei contratti pirata*, <https://www.fpcgil.it/2022/03/29/report-fp-cgil-in-socio-assistenziale-e-esplosione-contratti-pirata/>.
- Gori C., 2024, *Riforma dell'assistenza agli anziani: approvata e rinviata*, [lavoce.info](https://lavoce.info/archives/104267/riforma-dellassistenza-agli-anziani-approvata-e-rinviata/), <https://lavoce.info/archives/104267/riforma-dellassistenza-agli-anziani-approvata-e-rinviata/>.
- Istat, 2023, *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Periodo di riferimento: 2021*, 13 novembre, Roma, <https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-strutture-residenziali-socio-assistenziali-e-socio-sanitarie-anno-2021/>.
- Langella C. e Mariani A., 2020, *Processi di esternalizzazione e reinternalizzazione nelle RSA: evidenze empiriche in Lombardia*, «Azienda pubblica», n. 4, pp. 379-401.
- León M. e Pavolini E., 2014, «*Social Investment*» or Back to «*Familism*»: *The Impact of the Economic Crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain*, «South European Society and Politics», vol. 19, n. 3, pp. 353-369.
- Mingione E., 1997, *Sociologia della vita economica*, Carocci, Roma.
- Notarnicola E. e Perobelli E., 2023, *Regione che vai, Rsa che trovi*, «lavoce.info», <https://lavoce.info/archives/100386/regione-che-vai-rsa-che-trovi/>.
- Oecd, 2020a, *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Oecd Health Policy Studies, Oecd Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- Oecd, 2020b, *Workforce and Safety in Long-Term Care during the Covid-19 pandemic*, Parigi.
- Pavolini E., 2020, *Il welfare come mercato del lavoro: un'agenda di ricerca*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 15-46.
- Pesaresi F., 2024, *Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii*, «welforum.it», <https://www.welforum.it/fuoridalcoro/riforma-non-autosufficienza-tradimenti-e-rinvii/>.
- Reyneri E., 2020, *Troppo pochi lavoratori nel welfare italiano*, «lavoce.info», <https://lavoce.info/archives/69562/troppo-pochi-lavoratori-nel-welfare-italiano/>.
- Vicarelli G., 2022, *La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19*, «Sociologia del lavoro», n. 162, pp. 7-29.

Soddisfazione e ritorno economico nelle professioni sanitarie della riabilitazione: gli effetti della differenziazione interna al settore

Luisa De Vita e Orazio Giancola

RPS

Le trasformazioni che hanno interessato il settore sanitario hanno comportato un importante peggioramento delle condizioni di lavoro con una progressiva diminuzione di tutele, reddito, riconoscimento e soddisfazione. In particolare, rispetto alle professioni sanitarie della riabilitazione, se, da un lato, il massiccio ricorso al lavoro autonomo ha ampliato le chance occupazionali permettendo però alle aziende sanitarie di scaricare il costo sui lavoratori, dall'altro l'aumento dei soggetti coinvolti nella governance dei servizi ha fortemente segmentato le condizioni di lavoro creando forti spaccature e disuguaglianze tra i professionisti. A partire da queste evidenze il contributo si concentra sulle professioni sanitarie della riabilitazione presentando i risultati di una survey che ha coinvolto oltre 14 mila professionisti. Il primo obiettivo è l'analisi delle condizioni professionali, il secondo è analizzare come e in che modo la fortissima frammentazione in termini di organizzazione in cui si esercita la professione impatta a livello di reddito, condizioni di lavoro e soddisfazione. I risultati confermano la crescente fragilità di questi professionisti con importanti segregazioni di genere e generazionali, oltre a forti polarizzazioni tra ambito professionale e tipologia di datore di lavoro.

1. Introduzione

Negli ultimi anni ci sono stati molti tentativi di riforma del settore pubblico (Lynn, 2007). A partire dagli anni '80, in molti paesi è stata intrapresa una riconfigurazione ispirata ai principi del *New public management* (Hood, 1995). Il risultato è stato una crescente privatizzazione dei servizi e una forte enfasi su risultati e performance misurabili orientati all'aumento della produttività, della flessibilità e dell'efficienza del settore pubblico (Norman e Gregory, 2003). Queste trasformazioni sono particolarmente marcate nel settore sanitario, dove i vincoli di bilancio hanno giocato un ruolo cruciale nell'indirizzare i governi verso una ristrutturazione del settore più orientata al mercato (Mosebach, 2009; Galetto e al., 2014).

I costi più importanti di queste trasformazioni si sono però certamente scaricati sui lavoratori che hanno visto progressivamente diminuire tutele, reddito, riconoscimento e soddisfazione. Le manifestazioni più evidenti sono due: la prima è certamente legata all'aumento dei lavoratori autonomi, la seconda riguarda la crescente diversificazione dei sog-

getti coinvolti nella gestione dei servizi. Se da un lato il massiccio ricorso al lavoro autonomo ha ampliato le *chance* occupazionali, ha anche permesso alle aziende sanitarie, e al privato convenzionato, di ridurre il costo del lavoro esponendo i professionisti o alle oscillazioni del mercato o a condizioni di falsa subordinazione. Dall'altro l'aumento dei soggetti coinvolti nella governance dei servizi ha fortemente segmentato le condizioni di lavoro creando forti spaccature e disuguaglianze nelle condizioni in cui si esercita la stessa professione.

Queste tendenze sono ancora più forti se ci si concentra sulle professioni sanitarie e in particolare sulle professioni della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, ortottista assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, podologo e educatore professionale sanitario). Pur rappresentando un comparto assolutamente strategico per il Sistema sanitario nazionale, anche in considerazione del crescente incremento dei bisogni di cura, queste professioni, che pure hanno ricevuto una progressiva istituzionalizzazione attraverso la creazione di un albo unico dedicato, sono ancora marginali sia nell'agenda politica sia all'interno del sistema sanitario stesso. Questa marginalità ha creato forti differenziazioni tra le otto tipologie di professionisti che scontano diversi *cleavages* soprattutto in termini di reddito e soddisfazione professionale.

A partire da queste riflessioni il paper presenta i risultati di una *survey* che ha coinvolto oltre 14 mila professionisti della riabilitazione in Italia. L'obiettivo è in primo luogo quello di avviare un'analisi delle condizioni lavorative dei professionisti sanitari della riabilitazione anche a fronte della loro minore attrattività dopo un periodo di forte espansione. In seconda battuta si proverà ad analizzare come e in che modo la fortissima frammentazione in termini di organizzazione (pubblica, privata, privato accreditato, cooperative ecc.) in cui si esercita la professione impatta in termini di reddito, condizioni di lavoro e soddisfazione.

2. La governance dei servizi sociosanitari: gli effetti sui professionisti della riabilitazione

La conformazione dei sistemi di welfare è orientata in senso sempre più pluralista con una configurazione composita di attori molto diversi sia rispetto agli obiettivi e alla struttura organizzativa sia rispetto ai saperi e alle competenze impiegate. Soprattutto nel comparto sociosanitario i

meccanismi di riduzione della spesa e la spinta verso la sussidiarietà hanno imposto dapprima l'esternalizzazione dei servizi non clinici o di supporto per poi estendersi anche ai servizi clinici, soprattutto rispetto a quelle attività in cui erano fondamentali la riduzione dei costi e la necessità di acquisire conoscenze specializzate (Spagnuolo e Stasi, 2016).

L'attuale gestione dei servizi vede dunque la partecipazione di diversi soggetti, pubblici e privati, sia for profit che non profit, che insieme coesistono nella fornitura ed erogazione dei diversi servizi (Borzaga e Fazzi, 2005; Fazzi e Borzaga, 2006).

Due sembrano essere i principi di efficienza che guidano le scelte delle amministrazioni pubbliche. Il primo riguarda l'efficienza allocativa che, in ragione della diversificazione crescente dei bisogni, consente alle amministrazioni pubbliche di affidare servizi specializzati a fornitori maggiormente in grado di soddisfare richieste eterogenee. Il secondo riguarda invece l'efficienza produttiva, in base alla quale è economicamente più conveniente affidare all'esterno un servizio piuttosto che produrlo internamente sopportando costi maggiori (Cerulli, 2006). Il risultato è la creazione di un modello di partenariato esteso in cui l'offerta privata non si configura come competitiva, ma è piuttosto addizionale rispetto a quella pubblica e in cui soggetti esterni attraverso la logica del *contracting-out* sono sostenuti dagli attori pubblici nell'acquisizione e poi nella fornitura dei servizi. Si tratta quindi di un modello di *network governance* (Rhodes, 2000), in cui diversi tipi di attori – autorità locali, aziende, cooperative sociali e associazioni di volontariato – cooperano all'interno di reti e di accordi istituzionali per l'erogazione delle diverse attività (Maturo, 2004, p. 123).

Questa governance, che si configura con livelli di azione e delega diversi a seconda del contesto regionale, ha senza dubbio portato come effetto più immediato ad un progressivo deterioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti.

Questi processi di esternalizzazione sono stati particolarmente pronunciati per le professioni della riabilitazione che, considerate professioni tecniche ad alta intensità di lavoro, rientrano in quei servizi dove il costo della manodopera è la voce di spesa più elevata.

Per razionalizzare la spesa, da un lato si è diffuso moltissimo il ricorso al lavoro autonomo, con una leggera correzione operata solo grazie all'intervento Fornero sulle false partite Iva. Dall'altro sul fronte del lavoro dipendente le condizioni contrattuali promosse fuori dal settore pubblico sono spesso associate a salari, tutele e condizioni di lavoro decisamente peggiori.

RPS

Luisa De Vita e Orazio Giancola

Per quel che riguarda il lavoro autonomo esiste oramai una ricca letteratura che evidenzia come, al netto di chi riesce a ritagliarsi una condizione di vera autonomia come, nel caso delle professioni sanitarie, con uno studio professionale di proprietà, nella maggior parte dei casi si tratta di un lavoro autonomo imposto, dettato dalla necessità di lavorare e dall'assenza di domanda di lavoro dipendente. La ricerca in questi anni ha mostrato come il confine tra lavoro dipendente e autonomo sia molto sfumato. Molti hanno sottolineato come il lavoro autonomo presenti caratteristiche parzialmente – o del tutto – simili a quelle dei lavoratori dipendenti in cui si lavora per un solo cliente, non si ha nessuna libertà di assumere personale e/o di prendere decisioni strategiche su come gestire il proprio lavoro (Williams e Horodnic, 2018). Per queste ragioni molte analisi hanno definito questo lavoro autonomo come «bogus» or «false» self-employment (Bögenhold e Staber, 1991; Buschoff e Schmidt, 2009), per sottolineare come si tratti di meccanismi usati dai datori di lavoro per abbassare il costo del lavoro e ridurre le tutele sociali legate a sussidi, indennità, previdenza ecc. (Kalleberg, 2000; Romàn e al., 2011).

Rispetto invece al lavoro dipendente il meccanismo delle esternalizzazioni si è spesso tradotto in una crescente flessibilità nell'organizzazione del lavoro e soprattutto in una forte frammentazione contrattuale che ha enormemente aumentato le disparità di trattamento (Flecker, 2009).

Sia nel comparto sanitario che in quello assistenziale lavorare nel pubblico o nel privato (for profit o non profit) non è indifferente. Se infatti le aziende pubbliche applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) del Servizio sanitario nazionale (Ssn), le strutture private possono applicare contratti differenti che cambiano in funzione dell'associazione datoriale a cui aderiscono. Le ricerche stimano che nel comparto sanitario ci siano almeno dieci contratti diversi rispetto al Ccnl e tutti in qualche modo comportano un indebolimento delle condizioni lavorative con una diminuzione delle tutele, del salario o un aumento dell'orario lavorativo. Solo a titolo esemplificativo, se a livello retributivo, almeno per quanto riguarda il salario-base, il contratto del Ssn e gli altri si equivalgono, tutti gli altri istituti sono meno generosi. Nel contratto del Ssn le condizioni economiche sono più favorevoli al lavoratore, e più costose per il datore di lavoro, per esempio rispetto al computo degli straordinari, della copertura assicurativa in caso di maternità e del conteggio delle assenze per malattia.

Inevitabilmente la proliferazione dei contratti ha comportato un inde-

bolimento del ruolo di rappresentanza dei sindacati e delle istituzioni delle relazioni industriali (Doellgast e Greer, 2007). Allo stesso modo sembra essere limitata anche la possibilità di sopperire nel comparto privato con la contrattazione di secondo livello (territoriale o aziendale). Questa è infatti assente nella maggior parte delle strutture private (Neri, 2008), e solo occasionalmente viene bilanciata individualmente con assegni *ad personam* che determinano però ulteriori asimmetrie.

In questo scenario è inoltre essenziale evidenziare le diverse posizioni di forza presenti nel settore. Le componenti più importanti sono rappresentate da medici e infermieri, mentre le professioni sanitarie sono sicuramente collocate in una condizione di minore forza e centralità. La differenza nella posizione occupata sul mercato del lavoro e nella capacità di azione collettiva tra le categorie più rilevanti in ciascun settore contribuisce a spiegare i diversi esiti riscontrati nei processi di trasformazione dei rapporti di lavoro e ovviamente tende a garantire condizioni più protette ai gruppi più forti.

Le professioni sanitarie, pur avendo guadagnato un riconoscimento formale con l'istituzione nel 2018 di un albo comprensivo per le professioni sanitarie¹, sono ancora lontane dall'ottenere pieno riconoscimento e legittimità. Dal punto di vista formale, il cammino verso l'acquisizione dello status di professioni formalmente riconosciute inizia con la legge n. 42 del 1999 che prevedeva, da un lato, l'abolizione della vecchia nomenclatura di «professioni ausiliarie», accorpando queste ultime e quelle definite «principali» sotto l'unica dizione di «professioni sanitarie», dall'altro individuava specifici profili professionali, superando e abolendo i mansionari. Si trattava della prima possibilità per questi professionisti di uscire dal perimetro di mansioni prettamente esecutive e di accedere a ruoli dotati di maggiore autonomia e responsabilità. Successivamente, la legge n. 251 del 2000 ha introdotto sia la divisione delle professioni sanitarie in quattro macroaree di specializzazione, sia la definizione di specifici corsi universitari, per poi arrivare nel 2018 all'istituzione dell'albo professionale che racchiude 17 professioni sanitarie.

La creazione di queste nuove figure professionali, tra cui rientrano le otto professioni della riabilitazione che sono oggetto di indagine, ha rappresentato fin da subito una opportunità per le aziende sanitarie, ma

¹ L'albo della Federazione nazionale ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno, Tsrn e Pstrp) comprende tutte le 17 professioni sanitarie.

anche per il privato convenzionato, di abbassare il costo del lavoro ricorrendo a professionisti indipendenti. La già citata riforma Fornero (2012) sulle false partite Iva ha in parte limitato queste derive vietando l'utilizzo di professionisti indipendenti in presenza di un solo committente o in modalità di prestazioni e regimi orari del tutto assimilabili al lavoro subordinato. Di fatto però questa riforma ha in molti casi favorito il ritorno al lavoro dipendente a bassa tutela, soprattutto per i professionisti non impiegati nel comparto pubblico.

Alla posizione di debolezza contrattuale va aggiunto anche un minor riconoscimento sociale di questi professionisti, nonostante il ruolo di primaria importanza all'interno dei sistemi sanitari. Se infatti le professioni della riabilitazione sono state centrali per lo sviluppo di pratiche riabilitative ad esempio a seguito di epidemie come la poliomielite oppure a supporto di diverse specializzazioni mediche (neurologia, reumatologia, ortopedia, radiologia, cardiologia, pneumologia e pediatria), ad oggi la centralità di queste professioni è ancora più evidente soprattutto alla luce dei drammatici cambiamenti nella composizione demografica, nell'aspettativa di vita, nel supporto alle diverse disabilità e nella crescente presenza di comorbidità nei soggetti più anziani.

La strategicità di questi professionisti non sembra trovare conferme nel mercato del lavoro; anche se si tratta di professioni «forti» che riescono a trovare subito una occupazione, la qualità della domanda di lavoro, soprattutto rispetto al reddito, si mantiene molto bassa. Non è un caso, infatti, che dopo anni di costante crescita degli immatricolati nei corsi di laurea per le professioni sanitarie si inizi invece a registrare un netto declino nelle iscrizioni, con la sola eccezione dei corsi di laurea in fisioterapia.

A fronte di queste considerazioni lo studio presentato intende fornire maggiori evidenze sulle condizioni di esercizio della professione e sugli effetti in termini di soddisfazione proprio a partire dalla frammentazione delle condizioni occupazionali e delle organizzazioni per cui si lavora.

3. *Dati e metodi*

I dati utilizzati provengono da una rilevazione condotta sui professionisti della riabilitazione che operano in Italia. La web survey, costruita in collaborazione con la Federazione nazionale ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabi-

litazione e della prevenzione (Fno, Tsmr e Pstrp)², è stata lanciata a maggio 2022 attraverso i canali della federazione ed è rimasta attiva sino a settembre 2022. La survey ha riguardato solo le otto professioni sanitarie della riabilitazione: è stato raccolto un totale di 14.213 risposte a livello nazionale, i rispondenti corrispondono all'11,63% del totale dei lavoratori (dati Fno, Tsmr e Pstrp, 2021) e rappresentano quindi un campione statisticamente rappresentativo, a livello nazionale, dell'universo dei lavoratori del settore in Italia (n. 118.299). Il campione è inoltre stato stratificato sia per regione sia rispetto alle otto professioni della riabilitazione. La survey è stata costruita per intercettare la pluralità delle diverse condizioni lavorative proprio perché il luogo e il tipo di organizzazione in cui si esercita la professione incidono fortemente sulla qualità del lavoro. Nel questionario sono state indagate sia le dimensioni relative alle condizioni strutturali in cui si esercita il lavoro (tipologia organizzativa, orari, turni, tipologia di rapporto di lavoro, retribuzione) sia gli aspetti legati alla motivazione, alla soddisfazione, ai rapporti con i colleghi ecc.

L'analisi è stata condotta in quattro passaggi fondamentali. Il primo è consistito in una descrizione e sintesi delle caratteristiche occupazionali degli intervistati, tramite analisi mono e bi-variate per giungere poi a una sintesi tramite tecniche multivariate (par. 4.1). Successivamente, in un secondo passaggio, partendo dalle variabili sintetizzate e da un set di variabili assunte come indipendenti si è proceduto alla stima dei fattori che incidono sul livello retributivo della popolazione dei professionisti sanitari della riabilitazione coinvolti nell'indagine (par. 4.2). Un terzo passaggio è consistito nella trasformazione di una scala Likert impiegata per rilevare la soddisfazione rispetto al lavoro in una misura metrica da usare, come variabile dipendente, nel quarto e ultimo passaggio di analisi finalizzato a stimare le determinanti della soddisfazione (par. 4.3). Le analisi, poste in una logica sequenziale, producono una descrizione chiara delle condizioni lavorative nel settore oggetto di studio e delle dinamiche e processi interni in termini di differenziazione in base ai sotto ambiti professionali e alle variabili individuali. Nel passaggio dalla descrizione e sintesi, si cerca quindi di rispondere all'ipotesi che il tipo e numero di datori di lavoro e l'albo professionale di appar-

² Alla fine del 2022 i fisioterapisti sono fuoriusciti dalla Federazione nazionale delle professioni sanitarie per costituire un albo separato; al momento dell'indagine però i fisioterapisti erano ancora parte della Federazione e sono dunque inclusi tra le otto professioni della riabilitazione indagate.

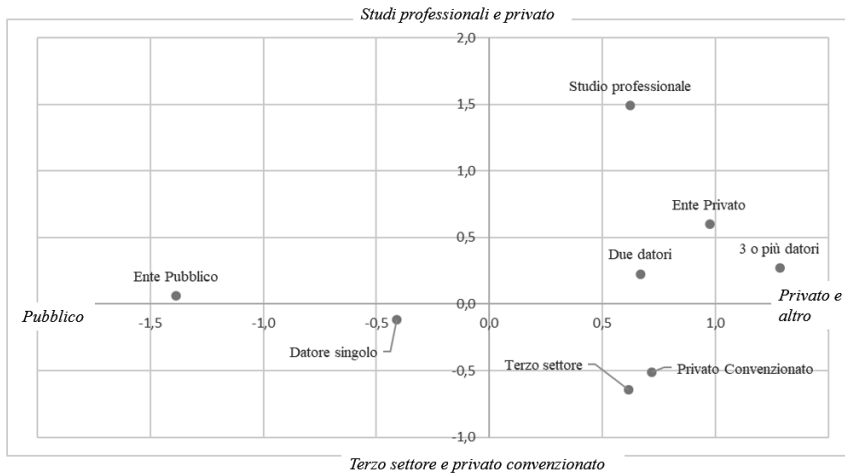
tenenza abbiano (entrambe queste variabili rimandano alle caratteristiche di regolazione della professione) un effetto diretto tanto sul reddito quanto sulla soddisfazione lavorativa. Si ipotizza inoltre che variabili quali il genere, l'età nonché l'area geografica entro cui si lavora abbiano un ulteriore impatto sulle variabili dipendenti prima richiamate.

4. I principali risultati

4.1. La complessa combinazione tra ambiti e datori di lavoro: una riduzione tipologica

Un aspetto caratterizzante il settore di lavoro dei professionisti della riabilitazione è che in misura consistente i professionisti lavorano in più ambiti contemporaneamente e quindi con datori di lavoro differenti. Sul piano descrittivo, infatti, possiamo dire che il 65,4% del campione si autodefinisce come lavoratore dipendente, il 27% come lavoratore autonomo e il restante 7,6% come lavoratore «ibrido». Al contempo i professionisti hanno nel 66,8% dei casi un solo datore di lavoro, nel 23,4% due datori e nel 9,2% tre o più datori di lavoro. Se nel caso dei dipendenti pubblici la larghissima maggioranza (pari all'84,8%) dichiara di avere un datore di lavoro unico, per gli altri ambiti la situazione è ben più articolata. Al fine di ridurre la complessità di tutte le combinazioni possibili, abbiamo optato per una sintesi tipologica delle informazioni in due passaggi, cioè prima facendo un'Analisi delle corrispondenze multiple e realizzando, successivamente, una *cluster analysis* atta a creare dei profili sintetici a partire dai fattori estratti. Dall'elaborazione emerge un primo fattore (sull'asse orizzontale) che contrappone la dimensione *pubblico* vs *privato* e *altro*; c'è poi un secondo fattore (sull'asse verticale) che vede l'area occupazionale degli *Studi professionali* e *privato* contrapposta a quella del *Terzo settore* e *privato convenzionato*. Poiché la vicinanza nel piano fattoriale tra due «punti modalità» segnala la loro associazione, è evidente che gli ambiti con differenti datori di lavoro siano proprio quelli del privato puro e degli studi professionali, del privato convenzionato e del terzo settore. Emerge una differenziazione però importante, cioè da un lato si registra l'associazione tra gli ambiti degli studi professionali e del privato puro, dall'altro è notevole l'associazione tra terzo settore e privato sociale.

Grafico 1 - Proiezione della variabili-modalità sul piano fattoriale



RPS

Luisa De Vita e Orazio Giancola

A partire da questa configurazione, applicando una cluster analysis con metodo della «k-medie» (Di Franco, 2017), sono stati identificati tre gruppi definiti come «Privato e Studio professionale» (26,7% del totale), «Cooperative e Privato convenzionato» (46,0%) e «Pubblico» (27,3%). Incrociando questi gruppi con alcune variabili a nostro parere rilevanti emergono numerosi elementi di interesse. Il «Pubblico» appare sovra-rappresentato nell'area geografica del Nord-Est, mentre il gruppo «Cooperative e Privato convenzionato» appare molto consistente nel Sud (56,8%) e in misura vicina al 50% dei casi nel Centro e nel Nord-Ovest. Questa differenziazione geografica risponde ad una marcata differenziazione dei sistemi di governance locale e delle modalità entro cui si articola la spesa sanitaria nel settore (come evidenziato nei paragrafi precedenti). Ulteriore elemento di rilievo è la differenziazione di genere nei tre cluster: le donne appaiono prevalenti rispetto agli uomini nel «Pubblico», presenti in maniera simile nel gruppo «Cooperative e Privato convenzionato», mentre gli uomini sono prevalenti nel gruppo dei lavoratori inquadrati dal cluster relativo al settore privato e degli studi professionali (differenziazione che, come vedremo, ha un impatto sul reddito). È poi da sottolineare come nel pubblico sia più forte la presenza di professionisti inclusi nelle fasce d'età 45-54 anni e 55 e oltre entro cui è stratificata la popolazione. Anche questo dato rimanda ad una crescente trasformazione del settore delle professioni sanitarie della riabilitazione in termini di sbocchi occupazionali. Ulteriore dato utile a cogliere la configurazione nel settore è quello relativo alle ramificazioni

della professione: buona parte degli educatori professionali ricade nel cluster «Cooperative e Privato convenzionato» (ben il 66%), mentre questa polarizzazione è meno evidente per gli altri gruppi professionali considerati (cioè fisioterapisti, logopedisti e altre professioni). Al fine di cogliere la suddetta complessa combinazione tra ambiti e datori di lavoro, emerge che ad avere due o più datori di lavoro sono prevalentemente i professionisti che ricadono nei cluster relativi al privato e alle cooperative. Questi settori si caratterizzano quindi per la numerosità di datori di lavoro con esiti differenti in termini di soddisfazione e remunerazione, con un maggiore premio salariale per i Professionisti privati e degli Studi professionali (che per molti versi possono fissare o scegliere il numero di datori di lavoro) e uno svantaggio relativo dei lavoratori che rientrano nel gruppo di professionisti delle Cooperative del Privato convenzionato (gruppo caratterizzato da professionisti con numerosi datori di lavoro ma anche da maggiore precarietà).

4.2. *Le determinanti del reddito*

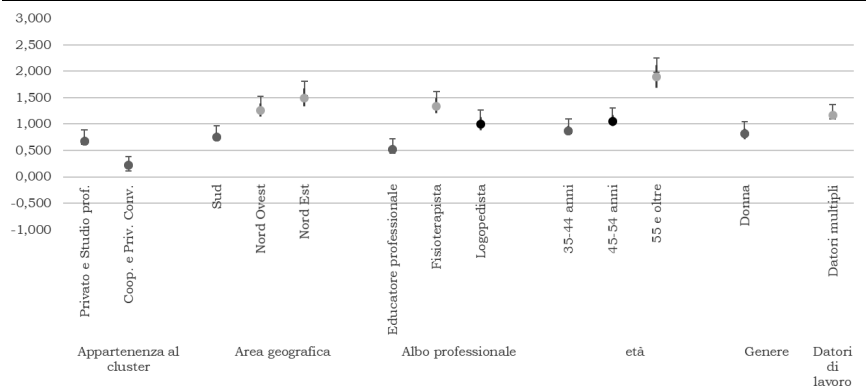
A partire dalle considerazioni precedenti, si è optato per approfondire due dimensioni rilevanti (e vari aspetti correlati quali il ritorno reddituale del lavoro e le determinanti dei livelli di soddisfazione. Nell'ipotesi che la soddisfazione possa essere, tra le altre cose, in funzione del reddito si è proceduto quindi con la stima delle determinanti dei livelli di reddito in base ad un set di variabili assunte come indipendenti. Parliamo di livelli di reddito poiché nell'indagine campionaria non è stato possibile rilevare il reddito puntuale e quindi è stato chiesto ai partecipanti di collocarsi in una tra le tre categorie proposte («Meno di 1.500 euro», «Tra 1.501 e 2.000 euro» e «Da 2.001 e 2.500 euro e oltre»). Osservata la distribuzione della variabile relativa al reddito, si è optato per una sua dicotomizzazione (fino a 1.500 euro *vs* da 1.500 euro in su) da usare in un modello logistico binomiale, formulato nella seguente forma:

$$\ln(\pi/(1-\pi)) = \text{Beta}_{\text{const}} + \text{Beta}_{\text{dummy_cluster}} + \text{Beta}_{\text{dummy_area_geo}} + \text{Beta}_{\text{dummy_albo}} + \text{Beta}_{\text{dummy_età}} + \text{Beta}_{\text{dummy_genere}} + \text{Beta}_{\text{datori}}$$

Il ricorso ad un modello di questo tipo da un lato offre la possibilità di evitare problemi legati allo squilibrio nella distribuzione della variabile dipendente, dall'altro permette di leggere i risultati in termini di vantaggio o svantaggio relativo legato all'appartenenza alle varie categorie

entro cui si articolano le variabili assunte come indipendenti (Martire, 2013) cioè l'appartenenza ad uno dei cluster presentati nel paragrafo precedente: l'area geografica di residenza, l'albo professionale di appartenenza, il genere e, infine, il numero di datori di lavoro. Presentiamo quindi gli esiti del modello in forma grafica, commentandone i risultati e premettendo che i casi collocati correttamente ammontano al 62,6% di quelli con una misura R-quadrato di Cox e Snell pari al 16,7% dell'inerzia della variabile dipendente riprodotta dalle variabili indipendenti selezionate. Venendo quindi ai risultati, la prima variabile presa in considerazione è stata l'appartenenza al cluster (usando come categoria di riferimento il cluster «Pubblico»). In questo caso l'appartenenza ai cluster «Privato e Studio professionale» e «Cooperative e Privato convenzionato» mostra uno svantaggio rispetto al pubblico (sottolineando però che tale svantaggio è molto più marcato per gli appartenenti al cluster delle Cooperative e del Privato in convenzione). Usando poi il «Centro» come categoria di riferimento per la variabile relativa all'area geografica, emerge in modo chiaro quanto i lavoratori residenti nelle regioni del Mezzogiorno siano in svantaggio mentre quelle delle aree del Nord in una situazione di vantaggio relativo (con uno più spiccato vantaggio per i lavoratori dell'area Nord-Est, quella che – coerentemente con il regressore precedente – come abbiamo visto risulta avere la maggior parte dei professionisti collocati nella categoria del pubblico). Passando poi ai risultati relativi all'Albo professionale di riferimento (e utilizzando come categoria di riferimento le professioni non collocate nei tre albi più popolosi), emerge come i fisioterapisti siano in una situazione di vantaggio relativo, mentre gli educatori professionali ricadano in una situazione di sensibile svantaggio relativo.

Grafico 2 - Le determinanti del reddito (modello logistico binomiale)



Sul piano anagrafico, emerge che rispetto ai lavoratori di 35 anni o meno (la nostra categoria di riferimento) i lavoratori più «maturi» (dai 55 anni in su) sono in una situazione di vantaggio relativo, anche se l'andamento per le fasce d'età centrali (35-44 e 45-54 anni) non appare avere un andamento lineare e quindi chiaramente interpretabile. Dal punto di vista della variabile di genere, emerge un visibile svantaggio femminile, come in numerosi altri settori tanto affini quanto distanti da quello oggetto del presente lavoro. Infine, considerando il numero di datori di lavoro emerge che gli intervistati con datori multipli hanno un vantaggio relativo rispetto agli altri. Tale dato, in apparente contraddizione con le analisi descrittive, si spiega invece con l'evidenza che i professionisti impiegati nel privato e negli studi professionali, a differenza di quelli impiegati nel gruppo dei dipendenti di cooperative, a parità di datori di lavoro godono di un reddito migliore. Evidentemente questo regressore assorbe il primo tra quelli considerati (l'appartenenza ad uno dei tre cluster) svelando questa dinamica di differenziazione tanto rispetto al pubblico quanto tra i due gruppi di lavoratori autonomi e/o dipendenti privati e di cooperative (che sono svantaggiati tanto comparativamente rispetto agli occupati nel pubblico quanto ai lavoratori autonomi o impiegati in studi professionali).

4.3. *Le determinanti della soddisfazione*

Esplorati i fattori che determinano il reddito, seguendo la strategia di analisi precedentemente illustrata, si è passati all'analisi della variabile relativa alla soddisfazione. È importante in questo caso evidenziare che per rilevare la soddisfazione rispetto al lavoro si è usata una scala Likert a 5 posizioni graduate e composta di 11 items. Al fine di produrre una misura di sintesi, per ciascun item sono stati scorporati i livelli 4 e 5 della scala, cioè quelli più elevati in termini di accordo ai singoli items, attribuendo valore 1, mentre ai livelli inferiori (valori da 1 a 3) è stato attribuito valore 0. In tal modo la sintesi ha operato solo sui livelli di soddisfazione più elevati di ciascun item, secondo un approccio *high stake* (come proposto in Joshi e al., 2015), producendo una misura derivata caratterizzata da alta coerenza interna (infatti l'indice *alpha* di Cronbach, avente un campo di variazione compreso tra 0 ed 1, assume il valore di 0,818). Svolta questa operazione, avendo un set di variabili dicotomiche, tramite Analisi delle corrispondenze multiple si è prodotta una misura di sintesi con le caratteristiche di una variabile continua, adatta ad essere trattata come «quasi cardinale»

(Di Franco, 2006)³. Data la natura metrica del fattore sintetizzato, si è proceduto con un modello regressione Ols (Ordinary least squares, ovvero il metodo dei minimi quadrati standardizzati) formalizzato come segue:

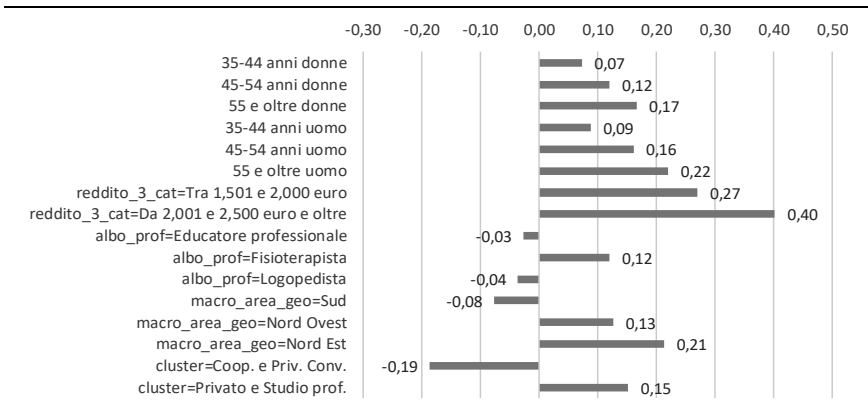
$$Y = \text{Beta}_{\text{const}} + \text{Beta}_{\text{dummy_età/Genere}} + \text{Beta}_{\text{dummy_reddito}} + \text{Beta}_{\text{dummy_albo}} + \text{Beta}_{\text{dummy_area_geo}} + \text{Beta}_{\text{dummy_cluster}}$$

Nel modello, quindi, si sono utilizzate le stesse variabili indipendenti usate nel modello sul reddito, che a sua volta è stato usato come predittore della soddisfazione. Inoltre, si è optato per una doppia categorizzazione delle variabili di genere ed età al fine di osservare non solo la differenza tra uomini e donne, ma anche tra donne di età differenti e uomini di età differenti creando un effetto di interazione tra queste due variabili, considerando le differenze intra ed inter gruppo (Sloane e Morgan, 1996). Anche in questo caso i risultati sono presentati in forma grafica e commentati analiticamente. Seguendo questo principio di illustrazione, la prima delle variabili incluse nel modello è proprio l'interazione tipologica tra genere ed età.

Coerentemente con quanto già visto, l'età ha un potere predittivo che cresce nelle varie fasce considerate. Il trend di crescita all'aumentare dell'età è lo stesso per uomini e donne ma, a parità di fascia d'età, le donne appaiono meno soddisfatte degli uomini. Possiamo qui ipotizzare che vi sia una relazione con le condizioni lavorative e di remunerazione, anche se questa dinamica resta oggetto di approfondimento futuro. Un forte effetto esplicativo è prodotto dalla classe di reddito di appartenenza: al crescere del reddito cresce quindi la soddisfazione. Ma in questo caso, sapendo dai passaggi di analisi precedenti che il reddito dipende a sua volta da altre variabili, si rende manifesta una sorta di effetto a catena (che per esempio vede la doppia penalizzazione delle donne, in prima battuta in merito al reddito e poi in relazione alla dimensione di soddisfazione analizzata).

³ Di fatto l'analisi ha prodotto due fattori, di cui il primo (cioè quello con più potere di sintesi) rappresenta la soddisfazione complessiva (sintetizzando gli items relativi al reddito, al riconoscimento sociale della professione, la crescita professionale ecc.) Il secondo fattore (tralasciato in questa analisi) rappresenta per un versante gli elementi economici e strutturali del lavoro e per l'altro versante elementi di ordine relazione/individuale (quali il rapporto con gli assistiti, raggiungimento degli obiettivi ecc.).

Grafico 3 - Le determinanti della soddisfazione lavorativa (regressione Ols)



L'appartenenza agli albi professionali influisce in modo variabile sulla soddisfazione. Rispetto alla categoria «altro» (composta dai professionisti afferenti agli albi meno numerosi) si osserva una maggiore soddisfazione dei fisioterapisti, mentre gli educatori professionali e i logopedisti mostrano una minore soddisfazione (a parità di altre condizioni e in forte continuità con il modello presentato in merito al reddito). Nuovamente emerge un consistente divario territoriale con uno svantaggio dell'area del Mezzogiorno d'Italia e un vantaggio del Nord rispetto alla categoria di riferimento (cioè l'area del Centro Italia). Infine, prendendo come riferimento l'appartenenza al cluster Pubblico, il cluster Settore privato mostra un effetto positivo in termini di soddisfazione raggiunta, mentre il cluster definito come «Cooperative e Privato convenzionato» si caratterizza per un effetto opposto. Il quadro che emerge è quindi chiaro rispetto alle determinanti della soddisfazione. Un'unica variabile non inclusa nel modello ora presentato è costituita dal numero di ore lavorate. Il motivo dell'esclusione è riconducibile ad un problema di multicollinearità, cioè una relazione di associazione tra questa variabile e variabili usate come esplicative del nostro modello di regressione. Vale però la pena di chiudere questa analisi prendendo in considerazione il differenziale in termini di ore lavorate tra uomini e donne. Alla domanda «Quante ore lavori in media a settimana?» il 24,9% degli uomini rispondeva «40 e oltre» contro il solo 10% delle donne. Al contrario le donne rispondevano in misura maggiore (il 27,5% contro il 15,7% degli uomini) alla modalità relativa alla fascia di ore lavorate «30 ore o meno». Si è quindi analizzata la relazione tra le ore lavorate e l'indice di soddisfazione che ha evidenziato una consistente relazione positiva.

Poiché il guadagno e, presumibilmente, la crescita professionale si legano al carico lavorativo, è possibile sostenere, anche in considerazione del fatto che spesso le donne sono costrette a regimi di part-time involontario con una frequenza piuttosto elevata, che il differenziale di genere nella soddisfazione professionale possa dipendere anche da questa forma di segregazione lavorativa.

5. Discussioni e conclusioni

I dati presentati confermano la crescente complessità delle condizioni di lavoro dei professionisti della riabilitazione all'interno dei mutati assetti socioeconomici che caratterizzano il comparto sanitario. Come evidenziato all'inizio, il caso delle professioni sanitarie della riabilitazione è particolarmente interessante, in primo luogo, perché si tratta di un'area professionale dove sono fortissimi i processi di *marketization* e le condizioni di lavoro sono molto diversificate in ragione della tipologia di organizzazione (pubblico, privato, terzo settore) che eroga i servizi. In secondo luogo, perché sembra essere un comparto in cui a fronte dei tentativi di riconoscimento e valorizzazione dei profili professionali, anche a partire dall'istituzione dell'ordine, le disuguaglianze, soprattutto di genere e generazionali, sembrano essere molto marcate. Come dimostrano i dati, da un lato esiste una forte associazione (e polarizzazione) tra appartenenza ad una data professione e tipologia di datore di lavoro. Gli educatori professionali, infatti, rappresentano in assoluto il gruppo più svantaggiato proprio per la loro prevalente collocazione all'interno delle cooperative sociali. Dall'altro il datore di lavoro è fondamentale per determinare le condizioni di lavoro. Le cooperative e il privato convenzionato offrono sicuramente le peggiori condizioni specie in termini di reddito, mentre è soprattutto il comparto privato ad assicurare i redditi più alti. Le analisi evidenziano come il reddito rappresenti uno degli elementi di maggiore criticità per questo comparto con importanti differenze tra i diversi datori di lavoro e forti ripercussioni soprattutto in termini di genere. Le posizioni a più alto reddito del settore privato sono infatti prevalentemente maschili, mentre il settore pubblico appare decisamente più femminilizzato con un deciso abbassamento sia dei redditi che della soddisfazione. Pur mantenendosi su redditi non particolarmente elevati, va comunque notato come il comparto pubblico riesca in ogni caso a garantire condizioni percepite come accettabili e da questo punto di vista è particolarmente

RPS

Luigia De Vita e Orazio Giancola

preoccupante il dato sulle regioni del Sud. Il comparto della riabilitazione al Sud appare decisamente residuale nel sistema sanitario pubblico con una schiacciante prevalenza delle Cooperative e del Privato convenzionato. Le ripercussioni in questo senso sono importanti non solo perché più ci sia allontana dal pubblico più diminuiscono le tutele e le protezioni sociali, ma anche perché si acuiscono le disuguaglianze. Se la progressiva privatizzazione del mercato rende strategica l'*agency* individuale, cioè la capacità di muoversi e collocarsi strategicamente sul mercato, inevitabilmente sono soprattutto le donne e i giovani a più basso capitale sociale ad occupare le posizioni più fragili. Inoltre, proprio il fatto che si tratta di un settore altamente femminilizzato contribuisce con buona probabilità a mantenere basse le condizioni di lavoro. Se però molte ricerche sottolineano come le donne siano più sensibili alle «remunerazioni intrinseche» legate all'utilità sociale del proprio lavoro (Atkinson e Lucas, 2013) oppure meno propense, per una serie di vincoli, a chiedere e ricercare situazioni in grado di garantire salari adeguati alla professionalità (Corby e Stanworth, 2009; Walters, 2005), i dati della nostra ricerca evidenziano un'inversione di tendenza con livelli di soddisfazione femminile comparativamente più bassi. I dati presentati, similmente ad altre analisi (Hebson e al., 2015), sembrano infatti suggerire che la soddisfazione legata ai soli contenuti del lavoro senza un opportuno riconoscimento anche in termini salariali determina situazioni di forte insoddisfazione anche per le donne, con importanti conseguenze in termini di attrattività stessa della professione. La ricerca nelle sue linee generali fornisce quindi una serie di dati per riflettere e discutere, soprattutto a livello di policy e di governance dei sistemi sanitari, su come rilanciare l'attrattività di queste professioni, come definire i percorsi di carriera e i meccanismi di legittimazione professionale ma anche e soprattutto quante e quali risorse assegnare a queste professioni nel Ssn e quali i soggetti a cui in futuro si intende affidare l'erogazione dei servizi.

Allo stato attuale, come emerge dai dati, si tratta di un sistema sotto tensione in cui ad essere problematici sono non solo in maniera eclatante i livelli di reddito, decisamente molto bassi a fronte del carico di lavoro e della professionalità messa in campo, ma anche altri elementi connessi alla soddisfazione e legati al riconoscimento del proprio lavoro e alla crescita professionale.

In linea generale la ricerca evidenzia una serie di segmentazioni che diversificano moltissimo le condizioni di lavoro e i livelli di soddisfazione e che scaricano i maggiori svantaggi sui soggetti più deboli. Se da una

parte le variabili soggettive, legate all'età o al genere, sembrano avere un peso rilevante, forti divaricazioni sono evidenti anche a livello territoriale. La bassissima diffusione di lavoro dipendente pubblico nelle regioni del Sud segnala da una parte un'incapacità dell'attore pubblico di rispondere ad una serie di bisogni della popolazione, ma sottolinea anche la scarsità di risorse destinate alla promozione di queste professioni che quindi faticano, in alcuni contesti più di altri, a trovare legittimità e riconoscimento sociale.

In questo senso seguire più da vicino il ruolo della Federazione nazionale degli ordini Tsmr e Pstrp appare strategico soprattutto in considerazione dei diversi elementi di problematicità legati alla effettiva possibilità di incidere sui meccanismi di regolazione del lavoro (Neri, 2018). In primo luogo, si tratta di un ordine «multiprofessionale», che ha quindi possibilità limitate di incidere sulle specifiche aree professionali, come pure di comprendere pienamente le esigenze diversificate dei diversi professionisti. In secondo luogo, la legittimazione stessa di quest'attore appare ancora in via di definizione come testimoniato dalla recentissima (2022) costituzione di un ordine autonomo per i soli fisioterapisti. Sicuramente in un settore dove cresce sia la domanda di cura sia il peso degli attori privati sarà interessante interrogarsi sulla capacità dei diversi ordini di agire in difesa e a tutela dei loro iscritti considerando la pluralità delle condizioni professionali coinvolte, ma anche i diversi luoghi di esercizio della professione.

Riferimenti bibliografici

- Atkinson C. e Lucas R., 2013, *Worker responses to HR practice in adult social care in England*, «Human Resource Management Journal», vol. 23, n. 3, pp. 296-312.
- Bögenhold D. e Staber U., 1991, *The decline and rise of self-employment*, «Work, Employment and Society», vol. 5, n. 2, pp. 223-239.
- Borzaga C. e Fazzi L., 2005, *Manuale di politica sociale*, vol. 202, FrancoAngeli, Milano.
- Buschoff K.S. e Schmidt C., 2009, *Adapting labour law and social security to the needs of the 'new self-employed' - Comparing the UK, Germany and the Netherlands*, «Journal of European Social Policy», vol. 19, n. 2, pp. 147-159.
- Cerulli G., 2006, *The redistributive role of non-profit organizations*, Mpra Paper, n. 28.
- Corby S. e Stanworth C., 2009, *A price worth paying? Women and work-choice, constraint or satisficing*, «Equal Opportunities International», vol. 28, n. 2, pp. 162-178.

- Di Franco G., 2006, *Corrispondenze multiple e altre tecniche multivariate per variabili categoriali*, vol. 15, FrancoAngeli, Milano.
- Di Franco G., 2017, *Tecniche e modelli di analisi multivariata*, FrancoAngeli, Milano.
- Doellgast V. e Greer I., 2007, *Vertical disintegration and the disorganization of German Industrial Relations 1*, «British Journal of industrial relations», vol. 45, n. 1, pp. 55-76.
- Fazzi L. e Borzaga C., 2006, *Il settore non profit e le politiche per la salute*, «Salute e società», n. 1, pp. 25-48.
- Flecker J., 2009, *Outsourcing, spatial relocation and the fragmentation of employment*, «Competition & Change», vol. 13, n. 3, pp. 251-266.
- Galetto M., Marginson P. e Spieser C., 2014, *Collective bargaining and reforms to hospital healthcare provision: A comparison of the UK, Italy and France*, «European Journal of Industrial Relations», vol. 20, n. 2, pp. 131-147.
- Hebson G., Rubery J. e Grimshaw D., 2015, *Rethinking job satisfaction in care work: looking beyond the care debates*, «Work, employment and society», vol. 29, n. 2, pp. 314-330.
- Hood C., 1995, *The «new public management» in the 1980s: Variations on a theme*, «Accounting, organizations and society», vol. 20, n. 2-3, pp. 93-109.
- Joshi A., Kale S., Chandel S. e Pal D.K., 2015, *Likert scale: Explored and explained*, «British journal of applied science & technology», vol. 7, n. 4, pp. 396-403.
- Kalleberg A.L., 2000, *Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work*, «Annual review of sociology», vol. 26, n. 1, pp. 341-365.
- Lynn L.E., 2007, *Public management: A concise history of the field*, in Ferlie E., Lynn L. e Pollitt C. (a cura di), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford, pp. 27-50.
- Martire F., 2013, *La regressione logistica e i modelli log-lineari nella ricerca sociale*, vol. 22, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A.F., 2004, *Governance ed opzioni deliberative*, in *Manuale di sociologia della salute*, vol. II. Ricerca, FrancoAngeli, Milano, pp. 121-150.
- Mosebach K., 2009, *Commercializing German hospital care? Effects of New Public Management and managed care under neoliberal conditions*, «German Policy Studies/Politikfeldanalyse», vol. 5, n. 1.
- Neri S., 2008, *Processi di privatizzazione dei servizi di cura e disuguaglianze nel lavoro: il caso delle collaborazioni pubblico-privato*, «Sociologia del lavoro», n. 110, p. 119.
- Neri S., 2018, *I professionisti della prevenzione nel lavoro che cambia. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*, «Sociologia del Lavoro», n. 150.
- Norman R. e Gregory R., 2003, *Paradoxes and Pendulum Swings: Performance Management in New Zealand's Public Sector*, «Australian Journal of Public Administration», vol. 62, n. 4, pp. 35-49.

- Rhodes R.A.W., 2000, *Governance and Public Administration*, in Pierre J. (a cura di), *Debating Governance, Authority, Steering and Democracy*, Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 54-90.
- Román C., Congregado E. e Millán J.M., 2011, *Dependent self-employment as a way to evade employment protection legislation*, «Small Business Economics», vol. 37, n. 3, pp. 363-392.
- Sloane D. e Morgan S.P., 1996, *An introduction to categorical data analysis*, «Annual review of sociology», vol. 22, n. 1, pp. 351-375.
- Spagnuolo S. e Stasi S., 2016, *La crisi del settore sanitario: la voce degli infermieri: come uscire da una situazione critica?*, «Sociologia del lavoro», n. 142, pp. 80-97.
- Walters S., 2005, *Making the best of a bad job? Female part-timers' orientations and attitudes to work*, «Gender, Work & Organization», vol. 12, n. 3, pp. 193-216.
- Williams C.C. e Horodnic I.A., 2018, *Evaluating the prevalence and distribution of dependent self-employment: Some lessons from the European working conditions survey*, «Industrial Relations Journal», vol. 49, n. 2, pp. 109-127.

RPS

Luisa De Vita e Orazio Giancola

L'ambiente di lavoro e la sua rilevanza nell'attività degli operatori sanitari

Francesca Dinelli e Marco Geddes da Filicaia

RPS

In molti paesi, ma in misura più accentuata in Italia, in particolare dopo il Covid-19, vi è un diffuso disagio fra il personale sanitario, con abbandoni del lavoro da parte di medici e infermieri, e una carenza di domande alle scuole infermieristiche e ai corsi di specializzazione in importanti settori: medicina d'urgenza, anestesia e terapia intensiva, chirurgia generale ecc. L'articolo esamina la rilevanza dell'ambiente di lavoro nel contribuire a rendere meno gravosa e più sicura l'attività degli operatori; a facilitare i rapporti personali all'interno dell'équipe e con i pazienti; a favorire l'empatia con colleghi e con gli utenti; a ridurre la fatica fisica e psicologica-emotiva.

Vengono presi in esame i layout dei percorsi, descritte le tecnologie esistenti a supporto degli operatori per ridurre gli sforzi fisici, l'importanza degli spazi verdi, le modalità di abbattimento del rumore e l'applicazione di tecnologie per rendere l'ospedale smart, valutando come quest'insieme di iniziative possa rendere più tutelato e meno faticoso lo svolgimento delle attività assistenziali.

1. Introduzione

La crisi della sanità è in primo luogo una crisi dell'elemento fondamentale che qualifica e caratterizza l'attività di «cura»: le risorse umane. Un disagio diffuso, un senso generalizzato di insicurezza e anche di pericolosità sul luogo di lavoro con abbandoni precoci per pensionamento ma anche per migrazione verso altri paesi o verso altri lavori; una riduzione di «vocazioni», come viene definita la diminuzione di domande di accesso alla formazione infermieristica o ai settori più impegnativi della professione medica. Si tratta di fenomeni che si sono accentuati a seguito della pandemia da Covid-19 e dell'impegno che ne è derivato per gli operatori sanitari, dove l'inadeguatezza degli «spazi ambientali», della presenza o meno di aree verdi, di luoghi in cui si potesse ritrovare in sicurezza una qualche convivialità fra colleghi ha «fatto la differenza», analogamente al ruolo avuto dalle caratteristiche dell'abitazione: annessi verdi, terrazza, luce naturale diffusa e affacci che permettessero una qualche relazione.

Il quesito, alla cui risposta intendiamo dare un qualche contributo, concerne la rilevanza dell'ambiente di lavoro, delle sue caratteristiche strutturali, nel senso più complessivo e raffinato del termine, nel contribuire:

a rendere meno gravosa e più sicura – sotto molteplici aspetti (infortuni, rischi di aggressione, rischi di errori) – l'attività degli operatori negli ambienti di lavoro; a facilitare i rapporti personali all'interno dell'équipe e con i pazienti; a favorire l'empatia con colleghi e con gli utenti; a ridurre la fatica non solo fisica, ma anche psicologica-emotiva. Il contributo mira anche ad evidenziare le tecnologie esistenti a supporto degli operatori, che rendono più tutelato e meno faticoso lo svolgimento delle funzioni assistenziali sia per il personale che per i pazienti. La loro diffusione, già in atto, e il loro corretto utilizzo nelle strutture di nuova realizzazione, ma anche in quelle esistenti, può contribuire in misura rilevante a un miglioramento delle condizioni lavorative nell'ambito sanitario.

L'importanza dell'effetto degli ambienti di cura sulla salute è stata autorevolmente evidenziata sin dalla fine del secolo scorso. In un articolo del «New England Journal of Medicine» si affermava che l'assistenza medica non può essere separata dagli edifici in cui viene erogata; conseguentemente la qualità dello spazio in tali edifici influisce sull'esito delle cure mediche e la progettazione architettonica viene ad essere un elemento rilevante nel processo di guarigione (Horsburgh, 1995).

Un'ampia revisione della letteratura ha evidenziato gli effetti delle diverse caratteristiche architettoniche degli ambienti di cura sui pazienti, sia in termini soggettivi che oggettivi, con una riduzione della durata di degenza, del dolore e conseguentemente del consumo di farmaci antidolorifici, delle complicanze, delle cadute, delle infezioni ospedaliere e della qualità percepita (Ulrich e al., 2008).

«Lo stato di benessere che si raggiunge all'interno di una struttura ospedaliera [...] è strettamente collegato alla qualità ambientale e strutturale dell'organismo edilizio sanitario che deve risultare sicuro, funzionale e accogliente» (Capolongo, 2002). Si tratta dell'insieme dei fattori microclimatici, dei colori, degli arredi, degli aspetti estetici, delle tecnologie e della loro collocazione ecc.

La rilevanza dell'ambiente di lavoro ha pertanto effetti sia sugli operatori che sui pazienti e caregiver. Per i pazienti direttamente, come hanno evidenziato gli studi di *evidence based architecture* sopra richiamati, ma indirettamente per il miglior rapporto con gli operatori e con una riduzione degli errori medici.

L'ambiente di lavoro riveste una importanza fondamentale per i sanitari, che *vivono* in ospedale, nel senso che vi trascorrono giorni, ma anche notti, festività, momenti rilevanti della propria esistenza. Vi è poi un effetto indiretto, sul personale, della qualità ambientale, attraverso

la sua azione sugli utenti: la possibilità di relazionarsi con pazienti più collaborativi, con caregiver disponibili a una maggiore presenza presso il paziente espletando una serie di funzioni, non sostitutive di quelle assistenziali, ma fondamentali per il percorso di cura, in particolare per neonati e pazienti fragili, per i quali la continuità di relazione è elemento imprescindibile di rilevanza terapeutica.

L'articolo prende pertanto in esame i principali fattori che influiscono, in termini fisici e psicologici, sugli operatori sanitari (e contestualmente anche sui pazienti) evidenziando gli interventi strutturali e tecnologici volti a ridurre la fatica, lo stress e conseguentemente a migliorare le condizioni di lavoro, con benefici sugli stessi processi assistenziali.

2. *La riduzione dei percorsi*

La riduzione dei percorsi incide sia sulla tempistica che sulla fatica del personale. Vi sono tre categorie di percorsi: accesso all'ospedale, accesso al reparto o servizio, percorsi che si espletano per l'assistenza ai pazienti.

Accesso all'ospedale. Si tratta in definitiva del percorso da casa al lavoro. Una problematica che, sul piano progettuale, deve essere affrontata con la municipalità, trattandosi di una questione che attiene ai piani urbanistici e della mobilità. È ovviamente un tema che viene posto da chi commissiona, realizza, riutilizza o progetta una struttura sanitaria, ma che interessa tutto il personale della struttura e che condiziona, talora, la scelta del luogo di lavoro o anche dell'attività professionale. Gli ospedali sono uno dei più rilevanti attrattori di pubblico e di traffico, talora secondi solo alla stazione. Inoltre il tema stesso della viabilità e dei parcheggi è elemento vincolante degli stessi percorsi sanitari, in primo luogo quello dedicato all'emergenza/urgenza e conseguentemente alla collocazione del pronto soccorso. La realizzazione di trasporti pubblici, quali il collegamento con tranvia da stazione a ospedale (ad esempio a Firenze con il collegamento con l'Ospedale universitario di Careggi), od opere più ad hoc, come il ponte pedonale e ciclabile sull'Arno, di connessione fra il quartiere di Rigione di Pisa e l'Ospedale di Pisa (Cisanello), esemplificano alcune risposte a tale problematica.

Accesso al reparto o servizio. Si tratta del percorso che dal parcheggio o dalla fermata del mezzo pubblico giunge alla specifica sede di lavoro.

RPS

Francesca Dinelli e Marco Geddes da Filicaia

Tale tragitto si compone di tappe intermedie: rilevazione accesso con badge, distribuzione camici e divise, spogliatoio con armadio individuale, percorso orizzontale o verticale (blocco ascensori) per raggiungere il reparto. Si tratta pertanto di un tragitto che deve essere progettato per renderlo il più breve e sicuro possibile (si tratta di personale che lavora anche di notte, con accessi anche singoli) con criteri di prosimità fra locali e attrezzature automatiche di rilevazione accesso e distributori camici e divise. Il reparto dovrà inoltre essere dotato di armadietti per effetti personali, analoghi a quelli che vi sono, ad esempio, nei musei, sia per dare sicurezza agli operatori rispetto ai propri beni (cellulare, borsa ecc.), sia per evitare che siano costretti a ripercorrere il tragitto verso lo spogliatoio durante il proprio turno di lavoro.

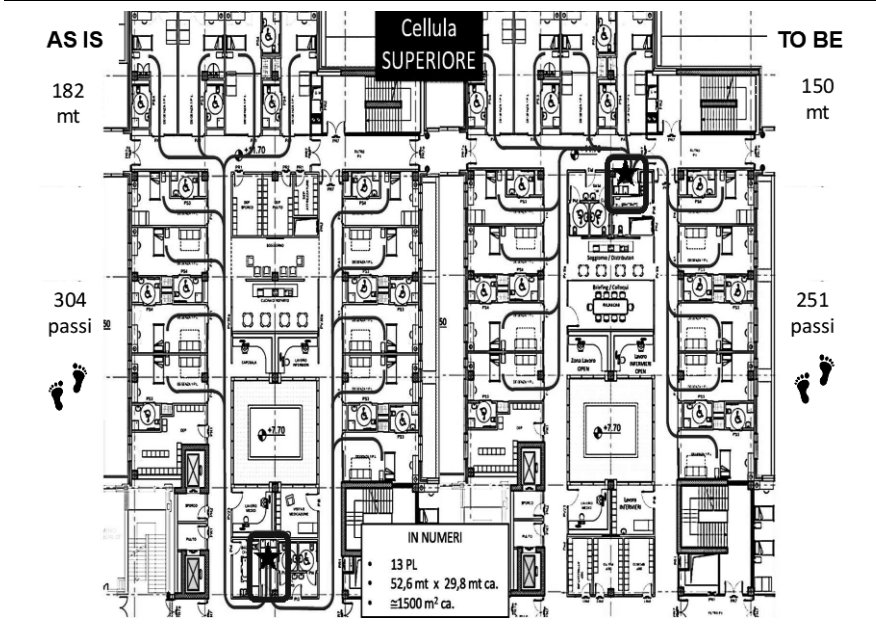
Percorsi interni al reparto. Il tema concerne in maniera più puntuale il layout e la conseguente organizzazione lavorativa e assistenziale e riveste una grande importanza in considerazione dei rilevanti spostamenti che il personale, in particolare quello infermieristico, effettua in un turno lavorativo. Si tratta di una media, in base ad alcuni studi, di 5.971 metri nel turno mattutino con punte di 8.294 e, in orario pomeridiano, di 6.065 metri, con punte di 8.791 (Chang e Cho, 2022); risultati analoghi si riscontrano rispetto ad altri paesi e altri contesti lavorativi (Welton e al., 2006; Fija e al., 2024). Le distanze sono determinate dal turno di lavoro, dal reparto o servizio, dagli orari di lavoro e dalla tipologia di ospedale; alle distanze rilevate si aggiungono ovviamente quelle per raggiungere l'ospedale e il reparto di lavoro. Si tenga inoltre presente che si tratta di tragitti di una certa complessità poiché possono comportare l'accompagnamento di un paziente, il trasferimento di dispositivi e di materiale biologico; sono spesso effettuati da personale che indossa dispositivi di protezione individuale, in particolare se prestano la propria opera su pazienti potenzialmente infetti, o in sala operatoria, in terapia intensiva, in aree esposte a raggi X.

Una parte di tali percorsi sono uno spreco (*waste*) di tempo e di fatica, dovuto alla inadeguatezza del layout dei locali, alla inappropriata disposizione di arredi e presidi nonché alla organizzazione delle attività e del conseguente flusso lavorativo; a tali problematiche i sistemi di organizzazione *Lean* (Arcidiacono e al., 2012) tentano di far fronte, monitorando i percorsi effettuati al fine di delineare un più adeguato layout, identificando una idonea progettazione o modificando l'esistente distribuzione delle diverse funzioni attribuite ai locali.

La figura 1 mette a confronto, per uno stesso reparto di degenza, due

diverse collocazioni della vuota padelle (individuata dal rettangolo) e i diversi percorsi (linee sottili) che il personale deve fare rispetto alle stanze di degenza che afferiscono a tale servizio. Nella soluzione «To Be», sulla parte destra, si può evidenziare come la diversa proposta di collocazione del locale «Vuota/Deposito Sporco» permetta di ridurre il percorso a 150 m. di percorrenza e 251 passi, rispetto ai 182 m. e 304 passi previsti nell'ipotesi di sinistra (soluzione «As Is»).

Figura 1 - I percorsi infermieristici (linee fini) da stanza di degenza alla vuota (rettangolo con stella), in base a due diversi layout nella stessa degenza. La distanza percorsa passa da 304 a 251 passi

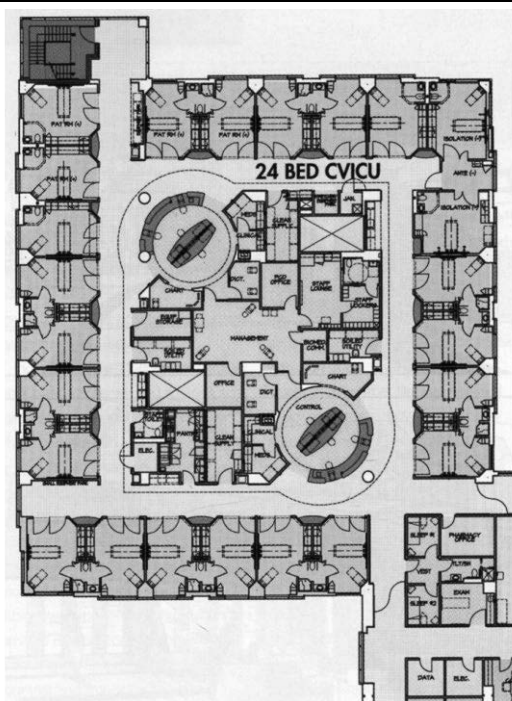


Al fine di ottenere una riduzione dei percorsi, da stanza di degenza ai depositi o locale infermieri si può inoltre intervenire collocando in ciascuna camera di degenza un set adeguato di presidi di uso quotidiano e il lavandino per il personale, incentivando il lavaggio delle mani, elemento fondamentale per il controllo delle infezioni ospedaliere. La Staff-zone all'interno della camera di degenza, che prevede la definizione e messa a disposizione degli operatori del materiale ritenuto minimo per l'assistenza al paziente, è spesso adottata in relazione all'implementazione di modelli assistenziali quali l'assistenza modulare o per cellule, o il team nursing.

3. Il controllo visivo e il percorso postazione infermieristica-stanza di degenza

La localizzazione della postazione infermieristica, e la sua configurazione, nei reparti di degenza, in relazione ovviamente al complessivo layout del reparto, risulta nodale per un adeguato svolgimento delle attività. Fondamentale una collocazione baricentrica rispetto alle stanze di degenza di riferimento, al locale di lavoro infermieristico e ai depositi, in una posizione adeguata anche per il controllo dei percorsi, come si evidenzia nella figura 2. Si tratta di un non facile equilibrio fra diverse esigenze, che viene agevolato attualmente dai sistemi di controllo visivo. Tuttavia la «relazione», rispetto alle stanze di degenza, della postazione infermieristica con i suoi supporti informatici, dove sono collocati anche alcuni presidi, documentazione, cartelle cliniche ecc., risulta imprescindibile; utile la visione diretta della stanza dal corridoio, dotando il reparto di porte con visive.

Figura 2 - Un esempio di adeguata collocazione della postazione infermieristica agli angoli di accesso al reparto, con stanze lavoro e depositi collocati dietro la postazione. Clinical Research Center - Bethesda, Stati Uniti



4. Gli sforzi fisici

L'attività professionale e la lombalgia negli operatori sanitari, in particolare di infermieri e Oss, sono correlate principalmente alle attività di movimentazione del paziente. L'incidenza annuale di Lbp (*Low back pain*) tra gli operatori sanitari si è mantenuta elevata, malgrado iniziative di prevenzione e formazione, con una incidenza del 26% (Burdorf e al., 2006) e con una prevalenza annuale più alta rispetto ad altri professionisti, stimata fra il 45% e il 77% (Smedley e al., 1998; Karahan e al., 2009) ed imputabile, in larga misura, alla movimentazione dei pazienti. Le cause dell'elevata prevalenza, incidenza e ricorrenza sono multi-fattoriali e, nell'ambito sanitario in relazione all'entità di disabilità dei pazienti, alla tipologia di trasferimenti effettuati, alla lunghezza dei percorsi, alla frequenza delle attività di sollevamento, alla inadeguatezza dei letti e assenza di attrezzature in grado di ausiliare la movimentazione dei pazienti, nonché alla formazione del personale su tale problematica (Ricci e al., 2002). Numerose indagini hanno infatti correlato la insorgenza di Lbp con il carico di lavoro fisico e le attività di movimentazione (Hoogendoorn e al., 2000; Holtermann e al., 2013; Hignett, 2003). Assai più rare e datate le indagini italiane che rilevano una incidenza o prevalenza più bassa, ma in relazione al fatto che sono state condotte su infermieri in formazione (Baldasseroni e al., 1998) o nell'ambito di residenze sanitarie assistite (Beruffi e al., 1999).

La problematica, nella nostra realtà, è invece senza dubbio rilevante, tenendo conto di alcuni fattori: 1. le molte strutture sanitarie sono state realizzate prima del 2000 (89,5%) e in parte prima del 1945 (26,4%) con percorsi non sempre adeguati; 2. l'età media del personale infermieristico che lavora nel Ssn (56,49 anni), assai superiore di quello degli altri paesi europei.

Risulta pertanto fondamentale, oltre a un'adeguata formazione del personale al fine di mettere in atto movimenti e posture appropriate, la predisposizione e messa a disposizione di tecnologie e strumenti a supporto, inseriti nel quotidiano flusso di lavoro, per limitare lo sforzo fisico. Si tratta di attrezzature che necessitano di interventi strutturali, oppure di strumentazione mobile, che tuttavia comporta layout adeguati per essere movimentate al letto del paziente.

Tra le principali si porta l'esempio di:

- solleva pazienti, a soffitto o portatile, in uso in particolare negli ambienti critici, quali le terapie intensive dove il paziente ha mobilità ridotta o per i pazienti obesi. La figura 3 evidenzia un sollevapazienti

fisso e la trave predisposta a soffitto; trave che in una terapia intensiva open space è realizzata a servizio di più postazioni;

- elettrificazione letti per il posizionamento dei pazienti e per il trasporto all'interno delle strutture ospedaliere tra i servizi di cui necessitano;
- trasporto padelle: esistono arredi sanitari (wc) con vuotapadella e lavapadella integrato che evitano all'operatore di trasportare la padella in altra zona del setting assistenziale. Tale soluzione è particolarmente adatta alle camere isolate per pazienti infetti, ma è stata realizzata in alcuni ospedali (Ospedale San Giuseppe, Empoli) in tutti i servizi igienici delle stanze di degenza;
- altezza banchi di lavoro: esistono arredi il cui piano di lavoro può essere alzato o abbassato al fine di rendere la postazione di lavoro adattabile all'operatore; ad esempio nel Servizio di sterilizzazione della Endoscopia digestiva dell'Ospedale Core di Reggio Emilia l'altezza del piano di lavaggio strumenti è regolabile;
- sanificazione letti: esistono tunnel di lavaggio letto e materasso che permettono di evitare il lavaggio manuale e la sanificazione da parte degli operatori, da collocare negli ospedali con un servizio centralizzato. Tunnel ridotti possono essere collocati nei blocchi operatori per il lavaggio del tavolo operatorio.

Figura 3 - Esempio di sollevamalai a soffitto. Le due frecce indicano gli elementi strutturali: trave e sollevatore mobile



5. *Gli spazi verdi*

Gli spazi verdi hanno un ruolo fondamentale, noto da tempo, sulla salute attraverso il loro effetto sulla riduzione del rumore, dell'inquinamento, delle temperature e favorendo l'attività fisica; anche la stessa immagine arborea, i cambiamenti stagionali osservabili, gli effetti mutevoli luce-ombra ha influenza sul benessere psichico. Il rapporto aree verdi-luoghi di cura è un topos che risale all'età classica, ma che viene rielaborato nel Rinascimento (il Filarete e la Ca' Granda di Milano con i suoi cortili) per poi formalizzarsi nella trattatistica a partire dalla seconda metà del Settecento e concretizzarsi nella realizzazione degli ospedali a padiglioni, in cui le superfici arboree sono parte integrata nella progettazione.

La positiva indiretta ricaduta di questo «elemento terapeutico» sul lavoro del personale risulta ovvio; tuttavia una riflessione più specifica rispetto agli operatori sanitari emerge solo negli ultimi decenni.

Numerosi ambiti e strutture sanitarie sono dedicate a pazienti che non sono sottoposti a cure intensive e neanche a degenza: riabilitazione, pazienti in lungodegenza, strutture per malati di Alzheimer, reparti psichiatrici, non autosufficienti in strutture residenziali e pertanto i sanitari possono svolgere una serie di attività all'aria aperta. In numerosi ospedali, in Scozia, le corti-giardino dell'ospedale sono dotate di gas medicali per pazienti non continuamente allettati.

Inoltre la visibilità e l'accessibilità delle aree verdi risulta estremamente benefica per il personale (Kalender-Smajlović e Dovjak, 2023), come si è evidenziato in particolare durante il Covid-19, con una riduzione dello stress, possibilità di effettuare attività fisica, di relazionarsi con i colleghi in ambienti piacevoli e in cui i rischi infettivi erano ridotti, effettuando in tale ambito anche momenti di formazione.

6. *Microclima, luce e colorazione dei locali*

Un adeguato microclima (temperatura, umidità, ventilazione, ricambi d'aria) risulta fondamentale in ambienti di lavoro complessi, in cui gli operatori hanno mansioni differenziate, che possono comportare un'attività sedentaria o una movimentazione frequente con sforzi fisici; in locali dedicati solo al personale (postazioni, studi, sale riunioni, stanze di lavoro) o in spazi in cui il personale interagisce con il paziente e nei quali il microclima deve tenere prioritariamente conto del benes-

sere della persona assistita. Tale problematica comporta non solo impianti adeguati, ma anche una flessibilità di regolamentazione nei vari locali, infissi adatti e loro controllo, in termini ad esempio di oscuramento, e un'appropriata collocazione degli arredi e postazioni di lavoro¹. Inoltre è necessario tenere conto di un altro elemento fondamentale, che interagisce con la luce: il colore delle pareti e pavimenti, il cui indice di resa è relativo alle tonalità provocate dall'illuminazione (come appare evidente in ogni mostra di pittura) e che ha una rilevanza sugli stati emotivi delle persone.

I livelli minimi di illuminazione sono indicati da specifiche normative²; inoltre il Testo unico sulla Salute e sicurezza sul lavoro specifica che: «A meno che non sia richiesto diversamente dalle necessità delle lavorazioni e salvo che non si tratti di locali sotterranei, i luoghi di lavoro devono disporre di sufficiente luce naturale. In ogni caso, tutti i predetti locali e luoghi di lavoro devono essere dotati di dispositivi che consentano un'illuminazione artificiale adeguata per salvaguardare la sicurezza, la salute e il benessere di lavoratori»³.

Alla illuminazione naturale si connette anche la tipologia di visione che la finestra offre e la possibilità di renderla più gradevole (fondamentale – ovviamente – nelle stanze di degenza) schermando edifici tecnici, muri, impianti con alberi o rampicanti o mimetizzandoli con murales. Pertanto la luce naturale è elemento da affrontare in tre principali ambiti in ospedale:

1. negli ambienti di lavoro, armonizzandola con le postazioni e i percorsi degli operatori;
2. in sala operatoria. La sala operatoria in Italia è tipicamente un locale privo di luce naturale, mentre in ospedali di altri paesi, in particolare centro e nord Europa, l'illuminazione naturale è una soluzione maggiormente diffusa (figura 4). Tali realizzazioni sono a beneficio dei pazienti (in fase pre anestesia, o in anestesia spinale ovvero per interventi di chirurgia ambulatoriale), ma in particolare per gli operatori, quando non necessitano di una oscurazione, che può sempre essere attuata parzialmente o totalmente. Recentemente l'uso di

¹ Non sono qui prese in considerazione le problematiche specifiche di locali complessi, quali laboratori, sale operatorie ecc., che comporterebbero una trattazione ad hoc.

² Norma Uni Ie Illuminazione ambienti ospedalieri – ottobre 2016; Norma En 12464-1.

³ D.l. 81/2008) all'Allegato IV «Requisiti dei luoghi di lavoro», paragrafo 1.10.1.

- pannelli luminosi che riproducono paesaggi esterni o decorativi è frequente nelle nuove realizzazioni di sale operatorie;
3. in specifici ambienti diagnostici o terapeutici, dedicati alle risonanze magnetiche o nei bunker di radioterapia nei quali non è possibile – in termini assoluti – realizzare finestrate. In tali locali sono state sperimentate sorgenti luminose che simulano la luce naturale o realizzate immagini finalizzate ad attrarre l'attenzione del paziente, tenendo conto della posizione che deve assumere. Ovviamente questi accorgimenti non sono finalizzati direttamente agli operatori; tuttavia un paziente più collaborativo riduce i tempi di esecuzione complessiva della prestazione, la necessità di sedazioni e conseguentemente l'impegno, anche emotivo, del personale.

RPS

Francesca Dinelli e Marco Geddes da Filicaia

Figura 4 - Sala operatoria di un ospedale (Germania) dotata di luce naturale



7. Il rumore in ospedale e la fatigue de allarme

Il rumore all'interno degli ospedali e lo stress ad esso correlato, per operatori (cosiddetta *fatigue de allarme*) e pazienti, sono un tema emergente, ancora poco studiato, motivo di frequenti segnalazioni da parte dei pazienti e dei familiari; interventi efficaci sono raramente attuati. La

rumorosità, anche quella di sottofondo che viene percepita in modo inconscio, contribuisce all'affaticamento, riduce l'efficacia e il rendimento del lavoro ed è elemento che favorisce la microconflittualità. Inoltre interferisce nelle comunicazioni con i pazienti e fra gli operatori, venendo ad incrementare significativamente la frequenza di errori medici. Il rumore in ospedale proviene da fonti diverse, dai sistemi di monitoraggio, dai dispositivi medici finalizzati al controllo del paziente, ma anche da fonti ambientali per la mancata insonorizzazione di soffitti e pareti, per la inadeguatezza degli infissi e dei comportamenti che favoriscono la diffusione del rumore (porte aperte).

In particolare il fenomeno affligge i settori dove gli allarmi suonano frequentemente, con ricadute negative sul lavoro e sul confort dei pazienti, come hanno rilevato alcune revisioni sistematiche (Shooriden e al., 2015; Lewandowska, 2022) relativamente agli ambienti intensivi, anche neonatali, ma anche in locali di lavoro di ampie dimensioni od *open space*, quali i laboratori di analisi dove l'attività automatizzata, i sistemi frigo, le centrifughe sono sorgenti di rumorosità continua.

Gli interventi si orientano fondamentalmente in tre ambiti:

- insonorizzazione pareti e soffitti nelle nuove realizzazioni per mezzo di pannelli fonoassorbenti ampiamente presenti sul mercato; analoghi interventi possono essere applicati, seppure con modalità diverse e risultati non totalmente sovrapponibili, a strutture esistenti;
- utilizzo di allarmi silenziosi al letto del paziente che vengono inviati ad un monitor centrale in medicheria e al desk infermieri o a dispositivi portatili degli operatori, per identificare immediatamente il bisogno assistenziale;
- cambiamento dei comportamenti quali tono basso della voce e porte chiuse.

8. Le aggressioni agli operatori, un problema emergente, tecnologia a supporto della sicurezza

Il tema delle aggressioni agli operatori è critico ed ingravescente; ogni giorno la stampa riporta eventi, anche molto gravi, che riguardano l'incolumità, aggressioni fisiche, fino all'omicidio.

Le aggressioni spaziano da quella verbale a situazioni estreme che negli ultimi anni sono state oggetto di richiesta di presenza di presidi di forze dell'ordine e di interventi (controllo porte, videosorveglianza) negli ospedali che ogni giorno subiscono danni a operatori e beni patrimo-

niali con esiti negativi sul personale e costi aggiuntivi. L'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti delle professioni sanitarie ha registrato, nel 2023, 16 mila casi di violenza (68% di tipo verbale, il 26% di tipo fisico, 6% contro la proprietà) ai danni degli operatori sanitari. Il 69% causato da utenti/pazienti, il 28% da parenti o conoscenti e il 3% da estranei. Le aree maggiormente interessate dal fenomeno sono i Servizi psichiatrici, i Dipartimenti di emergenza-urgenza, i servizi di continuità assistenziale (guardia medica) ma anche i servizi di prenotazione delle prestazioni del Centro unico di prenotazione (Cup) sono ampiamente interessati dal fenomeno in tutta Italia.

Alcuni dati recenti dell'Osservatorio della Regione Toscana, che monitora il fenomeno dal 2019, riportano che nel primo semestre del 2024 sono stati 1.136 i casi registrati: 903 aggressioni verbali, 207 fisiche e 26 contro la proprietà. Oltre la metà delle violenze (il 53%) hanno visto gli infermieri come vittime, nel 17% degli episodi gli operatori socio-sanitari e per il 13% i medici. La maggiore incidenza, quasi il 45%, riguarda i servizi psichiatrici territoriali. All'interno degli ospedali il settore più esposto è il pronto soccorso. Nel 2023 i casi complessivamente segnalati di aggressione erano stati 2.356: 1.769 verbali, 478 fisici e 109 contro la proprietà. Un trend in crescita, 752 nel 2020, 817 nel 2021 e 1.258 episodi nel 2022.

Oltre alle campagne di formazione e comunicazione, al controllo delle porte di accesso, a un'adeguata illuminazione dei percorsi, sono disponibili alcuni strumenti a supporto della incolumità degli operatori, che sono sempre più in utilizzo negli ospedali per la crescente attenzione e iniziative finalizzate alla protezione degli operatori:

- pulsanti richiesta intervento direttamente collegati con i servizi di vigilanza o Centrali operative;
- dispositivi portatili per richiesta intervento e segnale «uomo a terra» per lavoratori isolati, utili non solo per le aggressioni;
- monitor in sala di attesa dei servizi emergenza-urgenza al fine di informare in modo tempestivo, senza dover avere un contatto diretto, i familiari/caregiver che così possono monitorare lo stato di presa in carico del paziente all'interno del pronto soccorso.

9. *Smart hospital e IA (Intelligenza artificiale)*

Si tratta di due tematiche diverse, che hanno punti in comune e correlati, anche allo sviluppo dei sistemi informatici.

Con la locuzione *smart hospital* si intende la digitalizzazione della struttura ospedaliera, sia in termini di edificio che di tecnologie, finalizzata a un monitoraggio e conseguente adeguamento dei parametri ambientali, al controllo differenziato degli accessi, degli impianti e delle tecnologie nonché la registrazione, valutazione (con conseguenti allarmi o messaggi), trasmissione e registrazione dei parametri biomedici dei pazienti. Il controllo e adeguamento di alcuni parametri ambientali possono essere assegnati al paziente, quali ad esempio la regolamentazione dell'illuminazione, l'oscuramento delle finestre, la modifica dei ricambi d'aria e della temperatura della stanza di degenza nell'ambito di parametri predefiniti.

In questo contesto ci interessa la ricaduta di uno *smart hospital* sull'attività del personale.

La figura 5 schematizza le molteplici realizzazioni possibili per rendere una stanza di degenza *smart*. Il locale sarà dotato di una telecamera ambientale (già in uso in vari ospedali) che serve per visualizzare da remoto il paziente, anche zoomando, al fine di verificare lo stato di veglia, la posizione del paziente, l'eventuale abbandono del letto di degenza e quindi i movimenti nella stanza.

Una Tv interattiva permette al paziente di utilizzarla adeguatamente, ma anche di offrirgli informazioni, ad esempio sul menu, sull'orario di visita ecc.

Il letto interconnesso consente di valutare movimenti e posture inadeguate per il paziente, in particolare per quelli con stati confusionali, capacità intellettive ridotte ecc. per i quali si sono collocate le spalliere ai lati del letto, così da prevenire le cadute; la chiamata infermieri viene a sostituire il tradizionale campanello e, oltre a consentire un contatto vocale, è predisposta con alcuni pulsanti differenziati che segnalano le più abituali necessità.

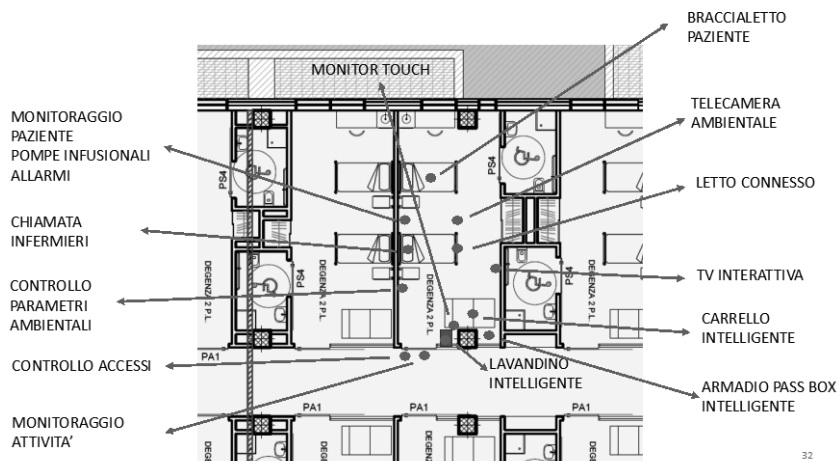
Il braccialetto serve a individuare dov'è il paziente in occasione di spostamenti all'interno dell'ospedale (in particolare l'accesso in sala operatoria, sale diagnostiche, ambulatori ecc.); altri devices indossabili consentono di monitorare una serie di parametri per valutare gli *score* che individuano precocemente il deterioramento.

In condizioni di maggiore intensità assistenziale il monitoraggio del paziente è attuato con specifiche attrezzature connesse al desk infermieristico e, se vi sono pompe infusionali, anche queste sono monitorate con sistemi di allarme (del cui abbattimento della rumorosità abbiamo già trattato nel precedente paragrafo). Anche i parametri ambientali posso essere adeguati dal desk infermieristico.

Appare evidente come tali predisposizioni interagiscano in misura rilevante con l'attività lavorativa rendendola meno onerosa, riducendo i percorsi non necessari e nel contempo migliorando la sicurezza dei pazienti e offrendo una più sollecita risposta alle loro necessità.

Ulteriori elementi sono finalizzati più direttamente al percorso del personale: il controllo accessi e monitoraggio attività serve a individuare il personale che entra nella stanza e, in particolare, il passaggio di attrezzature mobili, anche al fine di identificare dove reperirle (considerando che è stato valutato che il personale sanitario spende mediamente 72 minuti per turno per reperire attrezzatura e strumentazione); l'armadio pass box viene rifornito senza dover entrare nella stanza e può «leggere» le scorte presenti segnalando la necessità di ripristino e caratteristiche analoghe sono proprie del carrello; il lavandino intelligente memorizza tempi e orari di utilizzo (incentivandone l'uso) e può emettere un avvertimento in caso di non utilizzo in relazione all'accesso del personale nella stanza. Infine il monitor touch serve al personale per controllo stanza, allarmi e registrare informazioni.

Figura 5 - Rappresentazione di una ipotetica smart room



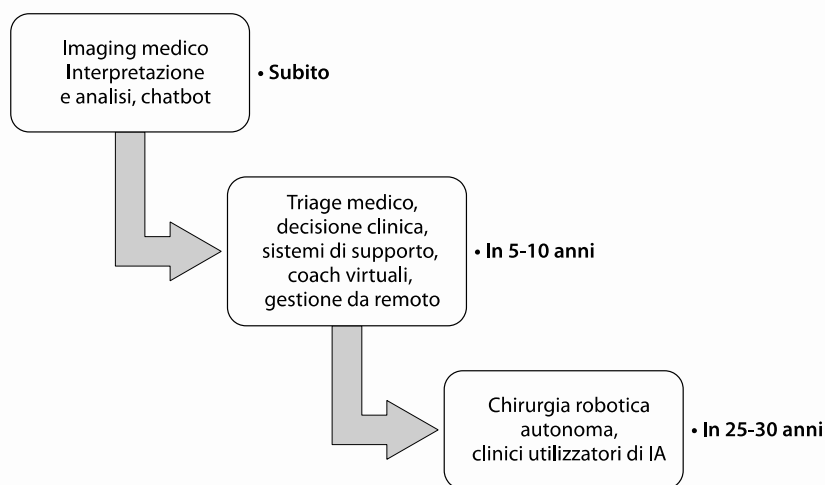
10. Intelligenza artificiale (IA)

Concludiamo questa rassegna, dopo aver richiamato l'attenzione dei lettori sull'utilizzo della IA (Intelligenza artificiale) nell'ambito della sanità (Collecchia e De Gobbi, 2020), ponendoci un quesito: l'utilizzo

della Ia nel sistema salute, già presente, specie in ambito di interpretazione delle immagini e che si diffonderà nei prossimi anni, come evidenzia la figura 6 (Maddox e al., 2019), contribuirà a migliorare i risultati diagnostici e terapeutici e quindi la salute delle persone e contestualmente a ridurre la fatica, lo stress degli operatori?

La risposta potrebbe essere ovviamente positiva, ma i processi innovativi, all'interno del mondo del lavoro, quali l'automatizzazione, a partire dalle fabbriche tessili fin dal Settecento, la diffusione dell'informatica nel secolo scorso, accanto a indubbi vantaggi, hanno portato anche a un incremento dei ritmi lavorativi, alla frammentazione delle mansioni, allo stress, all'isolamento del lavoratore rispetto ai colleghi nonché a una contrazione dell'occupazione in particolari settori.

Figura 6 - Livelli di maturità dell'applicazione della IA nei servizi sanitari (Lin, 2019)



Si tratta pertanto di osservare e orientare il corretto utilizzo dell'IA a vantaggio dell'assistito, del personale sanitario e non del profitto, che sta invece diventando uno dei principali determinanti – e talvolta il fine prevalente – delle attività sanitarie.

Nella progettazione di edifici destinati alla cura e assistenza sanitaria, e in particolare di ospedali, che rappresentano una struttura di altissima complessità dove gli operatori trascorrono uno spazio importante della propria esistenza in orario diurno, notturno, feriale o festivo, è indi-

spensabile tenere presente la rilevanza dell'ambiente di lavoro nell'attività degli operatori sanitari. È pertanto necessario valutare, in modo integrato, tutti gli aspetti che influiscono sul benessere degli operatori, quali il layout, gli arredi, le tecnologie, le connessioni informatiche e la loro coerenza con i processi assistenziali e con i conseguenti percorsi organizzativi, nella consapevolezza che la «centralità del paziente» si concretizza solo favorendo un'adeguata relazione operatore-paziente.

RPS

Francesca Dinelli e Marco Geddes da Filicaia

Riferimenti bibliografici

- Arcidiacono G., Catalano I., Geddes da Filicaia M. e al., 2012, *Lean Six Sigma in Sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Baldasseroni A., Tartaglia E., Sgarella C. e Carnevale F., 1998, *Frequenza della lombalgia in una coorte di allievi infermieri*, «Medicina del Lavoro», vol. 89, n. 3, pp. 242-253.
- Beruffi M., Mossini M. e Zamboni R., 1999, *Valutazione dell'esposizione al rischio da movimentazione manuale ospiti e risultati dell'indagine clinica nelle case di riposo della zona di Mantova*, «Medicina del Lavoro», vol. 90, n. 2, pp. 291-307.
- Burdorf A. e Jansen J.P., 2006, *Predicting the long term course of low back pain and its consequences for sickness absence and associated work disability*, «Occupational & Environmental Medicine», vol. 63, n. 8, pp. 522-529.
- Capolongo S., 2002, *Ergonomia e ambiente fisico sanitario*, in Baglioni A., Tartaglia R. (a cura di), *Ergonomia e ospedale. Valutazione, progettazione e gestione di ambienti, organizzazione, strumenti e servizi*, Il Sole 24 Ore Editore, Milano, p. 30.
- Chang H.E. e Cho S-H., 2022, *Nurses' steps, distance traveled and perceived physical demands in a three-shift schedule*, «Human Resources for Health», vol. 8, pp. 72-83.
- Collecchia G. e De Gobbi R., 2020, *Intelligenza artificiale e medicina digitale. Una guida critica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Fija N., Creber R.M., Metli S. e al., 2024, *Nurses' occupational physical activity and workload in a perioperative intensive care unit in Slovenia*, «Preventive medicine Reports», 37, pp. 1025-43.
- Hignett S., 2003, *Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review*, «Occupational & Environmental Medicine», vol. 60, n. 9, pp. 1-8.
- Holtermann A. e al., 2013, *Does occupational lifting and carrying among female health care workers contribute to an escalation of pain-day frequency?*, «European Journal of Pain», vol. 17, n. 2, pp. 290-296.
- Hoogendoorn W.E. e al., 2000, *Flexion and rotation of the trunk and lifting at work*

- are risk factors for low back pain: results of a prospective cohort study*, «Spine», vol. 25, n. 23, pp. 3087-3092.
- Horsburgh C.R., 1995, *Healing by design*, «The New England Journal of Medicine», vol. 333, n. 11, pp. 735-40.
- Kalender-Smajlović S. e Dovjak M., 2023, *Advantages of greenery in hospital environment - a literature review*, «International Journal of sanitary Engineering Research», vol. 16, n. 1, pp. 4-13.
- Karahan A. e al., 2009, *Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff*, «Journal of Advanced Nursing», vol. 65, n. 3, pp. 516-524.
- Lewandowska K., Weisbrot M., Cieloszyk A. e al., 2022, *Impact of Alarm Fatigue on the Work of Nurses in an Intensive Care Environment - A Systematic Review*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», vol. 17, n. 22, pp. 1-14.
- Liu Y. e al., 2019, *How to read articles that use machine learning: users' guides to the medical literature*, «Jama», vol. 322, pp. 1806-16.
- Maddox T.M., Rumsfeld J.S. e Payne P.R., 2019, *Questions for artificial intelligence in health care*, «Jama», vol. 321, n. 1, pp. 31-32.
- Ricci M.G., Cairoli S. e Occhipinti E., 2002, *Il rischio muscoloscheletrico negli operatori sanitari*, in Baglioni A. e Tartaglia R. (a cura di), *Ergonomia e ospedale. Valutazione, progettazione e gestione di ambienti, organizzazione, strumenti e servizi*, Il Sole 24 Ore Editore, Milano.
- Shooriden F.A., Ashktorab T., Yaghmaei F. e al., 2015, *Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover*, «Nursing Ethics», vol. 22, n. 1, pp. 64-76.
- Smedley J. e al., 1998, *Natural history of low back pain: a longitudinal study in nurses*, «Spine», vol. 23, n. 22, pp. 2422-2426.
- Ulrich R.S., Zimring C., Zhu X. e al., 2008, *A review of the research literature on evidence-based healthcare design*, «Health Environments Research & Design Journal», vol. 1, n. 3, pp. 101-166.
- Welton J.M., Decker M., Adam J. e Zone-Smith L., 2006, *How far do nurses walk?*, «Medsurg Nurs», vol. 15, pp. 213-216.

Lavorare per la salute. Sfida od opportunità?

Serena Sorrentino

RPS

Il settore della salute, già sotto pressione, ha visto amplificarsi le sue criticità con la pandemia. Sono emerse fragilità sistemiche come la carenza di personale, l'assenza di investimenti tecnologici e la desertificazione dei servizi territoriali. Tuttavia, è stato il lavoro degli operatori sanitari a garantire la tenuta del sistema. Oggi si evidenziano disuguaglianze di genere nei ruoli dirigenziali e retributivi, oltre a un'inadeguatezza del sistema contrattuale, che penalizza l'evoluzione professionale e la multidisciplinarietà. La frammentazione tra pubblico e privato, con salari e condizioni diseguali, amplifica il problema. È urgente ripensare il modello sanitario: non più basato sulla prestazione ma sugli esiti di salute, con un approccio integrato che valorizzi il lavoro come pilastro del sistema. Occorrono investimenti in formazione e aggiornamento, una contrattazione più equa e regole che pongano il lavoro al centro del progetto di salute per la comunità.

1. Premessa

Già prima della pandemia il lavoro nella filiera della salute era attraversato da necessità di evoluzione professionale organizzative e di competenze derivanti dalle grandi transizioni: demografica, ambientale, digitale. Persone, comunità e territorio sono soggetti che reagiscono ai cambiamenti strutturali modificando i propri bisogni, specie in termini di salute.

Occorreva e occorre un cambiamento di paradigma di ciò che rappresenta per il cittadino il servizio sanitario, dalla persona che all'insorgenza della malattia o dell'acuzie si reca nel presidio sanitario (una sanità attivata da domanda individuale) al progetto di salute che accompagna ciascuno nelle fasi della vita (la medicina di iniziativa che aiuta la programmazione e l'appropriatezza delle cure sanitarie).

Le tante fratture di un sistema, che si basava su modellistica che si è evoluta e modificata in ragione di leggi nazionali e regionali, alla prova dell'emergenza sanitaria hanno mostrato la profondità delle crepe, ma il sistema ha tenuto. Perché? Questa domanda ha più risposte, ma per il merito di questo contributo utilizzerò quella che ha sicuramente più rilevanza, quella che rappresenta l'essenza di un sistema che nella discontinuità amministrativa, nelle diverse forme di aggregazione azien-

dale, diversa ponderazione tra gestione pubblica e privato accreditato, sostanza la vera unità del sistema di cura: per la conoscenza clinico-gestionale che cammina sulle gambe di chi lavora per garantire il diritto alla salute. Il lavoro ci ha salvato nella pandemia, il lavoro ci garantisce la ripresa.

Abbiamo visto le crepe del sistema: desertificazione dei servizi territoriali, assenza di reti sociosanitarie sia domiciliari che semi-residenziali e residenziali, la ridotta copertura territoriale delle cure primarie, l'assenza di investimenti nelle tecnologie e nella ricerca in grado di dare risposte diffuse su diagnostica avanzata e cure innovative, soprattutto abbiamo visto la carenza di personale e le loro condizioni di lavoro.

2. *Chi siamo? Quanti siamo? Un salario più dignitoso*

Dagli ultimi dati disponibili del Conto annuale, i dipendenti del Ssn risultano essere 681.855, di cui 470.575 donne e 211.280 uomini. Di questi 127.663 sono dirigenti sanitari, di cui 69.998 donne e 57.665 uomini, 5.040 invece sono dirigenti professionali, tecnici ed amministrativi, di cui 2.422 donne e 2.618 uomini. Il personale non dirigente risulta essere di 548.283 unità, di cui 397.872 donne e 150.411 uomini. Di questi 283.939 fanno parte del personale infermieristico ripartito tra 220.412 donne e 63.527 uomini; 38.289 unità fanno parte del personale tecnico sanitario di cui 25.004 donne e 13.285 uomini; 10.809 sono i profili del ruolo sanitario del personale di vigilanza e ispezione di cui 5.189 donne e 5.620 uomini; 21.286 unità sono di personale delle funzioni riabilitative di cui 17.380 donne e 3.906 uomini; nei ruoli tecnici sono 126.695, di cui 80.996 donne e 45.699 uomini; 65.330 sono le unità nei ruoli amministrativi di cui 47.574 donne e 17.756 uomini; 1.649 sono profili del ruolo della ricerca sanitaria di cui 1.272 donne e 377 uomini; 788 i direttori generali, di cui 255 donne e 533 uomini.

Come si può vedere dai dati relativi ai divari di genere, la componente di occupati uomini prevale solo per i ruoli di dirigenti Pta (dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo), vigilanza e ispezione e direttori generali. In un rapporto percentuale del 69,01% di donne e 30,09% di uomini, le percentuali praticamente si invertono: difatti il 67,63% dei direttori generali sono uomini e il 32,36% donne.

La retribuzione media indica con evidenza un rapporto (sia per la retribuzione media del totale dei dipendenti del Ssn che del comparto) tra voce stipendiale e retribuzione complessiva di due terzi e un terzo,

mentre per l'area della dirigenza la retribuzione complessiva è pari al doppio delle voci stipendiali per effetto del peso sulla struttura della retribuzione delle indennità.

Questi dati esemplificano l'inadeguatezza dell'attuale meccanismo di rivalutazione delle retribuzioni, al di là degli andamenti dell'inflazione. Ma, per il modello di contrattazione previsto dal decreto legislativo 165/01, vi sono alcune evidenti distorsioni che mal si adattano all'evoluzione sia dell'organizzazione del lavoro nel ciclo della salute sia per l'impatto dell'evoluzione delle professioni sanitarie.

<i>Contratto</i>	<i>Categoria</i>	<i>Stip + I.Ls</i>	<i>Tredicesima</i>	<i>Totale voci stipendiali</i>	<i>Straordinario</i>	<i>Indennità fisse</i>	<i>Altre voci accessorie</i>	<i>Totale indennità</i>	<i>Retribuzione complessiva</i>
Ssn	Totale	26.458	2.871	31.305	638	7.119	4.018	11.775	43.081
Ssn	Dirigenti Pta	41.544	5.367	47.202	149	32.807	1.409	34.365	81.567
Ssn	Dirigenti sanitari	41.446	5.833	47.998	725	31.874	3.618	36.217	84.215
Ssn	Pers. non dirigente	22.735	2.140	27.167	622	963	4.136	5.721	32.888

Fonte: <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/>.

In generale è possibile rilevare come, guardando sia alla retribuzione tabellare che la proporzione tra trattamento fondamentale e voci accessorie, l'unicità del sistema di indicizzazione di tutte le retribuzioni del settore pubblico risulti inadeguata.

In aggiunta a questa considerazione di carattere generale, occorre osservare quanto i limiti via via stratificatisi hanno inciso negativamente sul sistema negoziale. A partire dagli effetti del decreto legislativo 75/17 all'art. 23, comma 2, che, prevedendo il blocco dei fondi per il salario accessorio al valore da essi registrati nel 2016, di fatto ha limitato l'espansione di tutta quella strumentazione contrattuale riconquistata dopo anni di blocco legislativo, che potenzialmente potrebbe essere in grado di valorizzare specificità, professionalità, competenze avanzate, complessità dell'attività svolta, a partire dal sistema degli incarichi.

L'atteggiamento del legislatore è stato, in questi anni, quello di intervenire su singole attività (come il lavoro nell'emergenza-urgenza) o sulle specificità per aree professionali (come l'indennità di esclusività per i medici, l'indennità di specificità infermieristica, quella di tutela del malato e promozione della salute).

Questi interventi hanno aumentato il venir meno di una strumentazione a disposizione della contrattazione collettiva di premialità del

lavoro di equipe, multidisciplinare, per obiettivi di salute, decidendo ex ante che le uniche risorse aggiuntive, in deroga ai limiti imposti dalle norme vigenti, alimentassero la separazione professionale, impedendo, in questo modo, la piena valorizzazione del nuovo ordinamento professionale, in particolare il nuovo sistema degli incarichi di funzione, per riconoscere ruoli, incarichi, specificità professionali tra ospedale e territorio. Questa scelta non tiene in debita considerazione che le professioni sanitarie, in generale il lavoro in sanità, non possono essere più concepite con modelli di separatezza delle responsabilità e competenze professionali.

3. Evoluzione professionale tra neocorporativismo e post-professionalismo

Dopo la riforma delle professioni sanitarie, la pandemia e gli effetti di dumping contrattuale e professionale del nuovo mercato del lavoro in ambito sanitario, maturati nella moltiplicazione dei Ccnl nei settori privati che afferiscono all'ambito sanitario e sociosanitario dagli anni 2000, hanno prodotto effetti distorsivi il cui epilogo è il cosiddetto fenomeno dei «gettonisti». Non c'è solo una sperequazione del riconoscimento del lavoro tra soggetti pubblici e privati, ma assistiamo ad una tendenza accentuata anche da alcuni interventi legislativi sui regimi fiscali differenziati tra professionisti che esercitano l'attività con un rapporto di dipendenza e chi invece sceglie di farlo in regime autonomo, tentando in questo modo piuttosto esplicito di orientare le scelte dei professionisti.

La tensione regolativa sui rapporti di lavoro in sanità riguarda sia aspetti economici che professionali ed è strettamente correlata al modello di produzione del ciclo di salute a cui si conformano. L'era del post-professionalismo, accelerata da tre fattori (carenza di personale, impatto dei cambiamenti demografici, incremento della sanità digitale), dovrebbe essere affrontata con la definizione di modelli di organizzazione sanitaria e di sviluppo professionale basati sulla sinergia interdisciplinare e non sulla rigida separazione delle competenze individuali. Una dimensione olistica non solo della salute dei pazienti ma dell'intero ciclo di produzione della salute che si integra con il territorio ed il sociale. Tale visione dovrebbe valere per tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie ma anche per tutti gli altri ruoli che operano in quella complessa macchina che è il Servizio sanitario nazionale (amministrativi, tecnici e professionali nonché tutta la dirigenza di queste aree), lavora-

trici e lavoratori la cui valorizzazione è strettamente connessa all'innovazione organizzativa e digitale di tutto il sistema.

Traspare, invece, dai recenti interventi su alcune professioni sanitarie, che l'indirizzo prevalente scelga la via della separazione e della distintività professionale, con rischi di neocorporativismo che rischiano di cambiare il paradigma del progetto di salute come bene universale, incrementando, anche attraverso la corporativizzazione professionale, un modello di erogazione di salute che si basa su parametri econometrici relativi alla performance basata sulle prestazioni e non sugli esiti di salute. In breve, sulla qualità dei servizi.

È il caso della scelta di rimodulazione dei percorsi formativi delle professioni infermieristiche orientate alla iper-selettività e alla riduzione del numero di infermieri su cui basare il modello di salute e gli standard di personale. Si individua la compensazione per garantire adeguati standard assistenziali attraverso l'introduzione di figure intermedie, come l'assistente infermiere, che non rispondono alla necessità di evoluzione professionale della figura dell'operatore socio sanitario, che aprono interrogativi significativi sulla sostanza regolamentare di tale figura fin qui prodotta dal Ministero della Salute e dalle Regioni, sia sui requisiti formativi e di competenze, sia sulla natura giuridica, che dal punto di vista ordinamentale dell'indefinitezza del profilo. È sicuramente un'opportunità per gli erogatori privati di prestazioni sanitarie per diminuire il costo del lavoro e rispondere alla strutturale carenza di personale.

4. Pubblico, privato: non è solo questione di natura giuridica

Nel settore privato, prendendo a riferimento la figura dell'infermiere, c'è un solo Ccnl che parifica il tabellare con quello del settore pubblico e un solo Ccnl che colloca il trattamento fondamentale di pochi euro sopra il contratto della sanità pubblica. Tutti gli altri contratti del settore sanitario e sociosanitario hanno differenziali stipendiali che arrivano a cubare fino a 5.000 mila euro annui. Ma non c'è solo il trattamento tabellare, il problema della sottovalutazione e della svalutazione del lavoro in sanità riguarda la strumentazione di riconoscimento professionale, l'investimento nella valorizzazione delle competenze avanzate e del loro aggiornamento, i modelli clinico-assistenziali orientati alla massimizzazione del contributo del fattore umano che utilizzino flessibilità oraria e innovazione tecnologica per garantire condizioni di lavoro sicure e sostenibili. Se nel settore pubblico i Ccnl hanno introdotto,

RPS

LAVORARE PER LA SALUTE. SFIDA OD OPPORTUNITÀ?

attraverso la riforma del sistema di classificazione e dell'ordinamento professionale, la valorizzazione dei profili e degli incarichi, nel settore privato il margine di discrezionalità dei datori di lavoro predomina rispetto alle clausole negoziali collettive. Se alla base della riflessione sul rilancio del Ssn c'è il progetto di salute di comunità e se il ciclo della salute vede la catena del valore ruotare attorno al fattore umano, di conoscenze e di organizzazione, occorre porsi l'obiettivo di arrivare ad un modello di valorizzazione (e quindi di contrattazione) pubblico e privato che parifichi non solo e non già il trattamento economico, ma tutti quegli aspetti regolativi della prestazione professionale, dagli orari agli incarichi, che collochino la componente lavoro come un asset strategico del progetto salute di comunità e non come un fattore della produzione, intervenendo sulle regole di accreditamento, sulla riforma dei Drg (Raggruppamento omogeneo di diagnosi), liberando la contrattazione collettiva dai vincoli legislativi nel settore pubblico.

CHIAVE DI LETTURA

La forza del modello sociale europeo

Manos Matsaganis

RPS

L'articolo riassume la tesi principale del libro Who's afraid of the welfare state now? (Hemerijck e Matsaganis, 2024), ovvero «Chi ha paura dello stato sociale ora?», secondo la quale siamo entrati in una nuova epoca di ampio consenso politico, fondato sull'accettazione dell'idea che robusti sistemi di protezione sociale, se ben disegnati, rendono le nostre economie più dinamiche, le nostre società più serene e le nostre democrazie più forti. Il welfare europeo ha dato un contributo importante alla gestione delle ricadute sociali della crisi finanziaria globale dei primi anni dieci e al superamento della crisi pandemica dei primi anni venti. Questo contributo ha ormai reso in larga misura obsolete le vecchie polemiche contro il welfare che imperversarono per molto tempo dopo la fine del trentennio glorioso. Oggi non stiamo più vivendo sotto il segno dell'austerità, né sotto quello della sfiducia nello Stato sociale. Nonostante ciò, le idee superate connesse alla fase dell'ascesa ultraliberista resistono per inerzia nell'immaginario collettivo. Su questo punto il nostro libro suona una nota di dissenso: con una piccola dose di iperbole, si potrebbe concludere che il welfare europeo gode di ottima salute.

1. Le origini

Forse serve ricordare brevemente che quello che noi chiamiamo *stato sociale* una volta non esisteva affatto, e di conseguenza la vita per molti cittadini era brutta e breve. Poi, gradualmente, e più sistematicamente dopo la Seconda guerra mondiale, le cose cambiarono, e fu in quegli anni che si è consolidata l'idea di un modello sociale europeo. Infatti, nel trentennio glorioso (1945-1975) lo stato sociale godeva di un vasto consenso politico: pure i conservatori, una volta vinte le elezioni, stavano attenti a non allontanarsi troppo dal paradigma keynesiano di gestione dell'economia tramite l'intervento pubblico, né da quello Beveridge di prestazioni sociali spesso modeste ma accessibili da tutti, ricchi o poveri.

I padri del modello sociale europeo non furono tutti di sinistra. Anzi, una certa sinistra ha guardato a lungo il welfare con sospetto, come l'ennesimo trucco degli sfruttatori per dissimulare lo sfruttamento e per distrarre l'attenzione dall'obiettivo imprescindibile di superare il capitalismo (Petersen e al., 2022; Andry, 2022). Certo, molti socialdemocratici,

socialisti e alcuni comunisti (tra cui molti italiani) hanno sostenuto con entusiasmo la costruzione di robusti sistemi di protezione sociale nel loro paese e in Europa. Ma giocarono un ruolo decisivo anche molti liberali, per esempio in Inghilterra: lo stesso Beveridge fu liberale, come peraltro lo fu Keynes; democristiani; perfino conservatori come Bismarck, il cancelliere di ferro che già negli anni ottanta dell'Ottocento creò in Germania i primi sistemi di assicurazione sociale sperando di arginare in questo modo l'ascesa dei sindacati e dei socialdemocratici, che aveva appena messo fuori legge (Garland, 2016). Ogni forza politica lasciò il proprio segno nell'evoluzione del modello sociale europeo, rendendolo mutevole nello spazio e nel tempo e ampliandone il consenso.

2. *La fine dell'inizio*

Le due crisi petrolifere degli anni settanta del Novecento frantumarono questo consenso e misero fine al *trentennio glorioso* di crescita robusta, sostenuta e inclusiva. Tutto all'improvviso, le ricette keynesiane, che avevano funzionato pressoché perfettamente fin dai tempi del *New Deal* rooseveltiano, smisero di funzionare: quasi tutti i paesi occidentali entrarono nel vortice di stagnazione e inflazione (la famosa stagflazione). Nuove idee (diciamo liberiste, termine spesso abusato) apparvero convincenti e divennero dominanti.

È a questo punto che lo stato sociale, con i suoi eccessi, veri o presunti, iniziò ad essere dipinto come fonte di ogni male: debito pubblico fuori controllo, tasse troppo alte, disincentivi al lavoro ecc. Nella vita reale, la retorica liberista raramente portò ad un vero smantellamento anche solo parziale dello stato sociale, e ciò perfino nell'Inghilterra della Thatcher. Ma spesso la retorica ha effetti lenti, erode il consenso politico, toglie risorse, fa venir meno la fiducia dei cittadini nelle strutture pubbliche, innescando un circolo vizioso con effetti deleteri di lungo termine. Basta guardare a come è ridotto il Nhs, il sistema sanitario britannico (una volta davvero glorioso), nonostante la professionalità e l'umanità di medici e infermieri. Oppure quello italiano.

3. *L'austerità*

La lunga ombra di questa sfiducia allo stato sociale si percepì in pieno nella gestione della crisi chiamata *del debito sovrano*, anche se l'indebita-

mento pubblico era eccessivo solo nella Grecia e nell'Italia. Infatti, il racconto della crisi come risultato dell'incontinenza fiscale dei governi faceva acqua da tutte le parti. Alla vigilia della crisi, nell'Irlanda e nella Spagna, paesi pure entrati nel mirino dei mercati, il debito pubblico era bassissimo, mentre quello privato era incredibilmente alto, come tra l'altro lo era in paesi non particolarmente colpiti dalla crisi come l'Olanda e la Danimarca. Pure in Italia, il debito pubblico mastodontico era stato accumulato negli anni settanta e ottanta. Al contrario, i governi recenti avevano gestito i conti pubblici con ammirevole sobrietà: dai tempi di Maastricht (inizio anni novanta) fino al Covid-19 e al Superbonus, il saldo primario (cioè, al netto degli interessi sul debito) del bilancio pubblico italiano era positivo tutti gli anni tranne il 2009, mentre quello tedesco andò in deficit ben sei volte.

Ciò nonostante, la crisi dell'euro è stata raccontata come colpa esclusivamente dei governi e dei loro sistemi di protezione sociale troppo generosi. L'austerità, che come insegnava Keynes (1937) può essere giustificata solo quando è in corso un *boom* economico che rischia di surriscaldare l'economia, è stata applicata quando l'economia era in ginocchio, con effetti piuttosto prevedibili: l'Europa nel suo insieme è inutilmente rimasta in recessione più a lungo rispetto agli Stati Uniti (dove invece la presidenza Obama ha puntato sullo stimolo fiscale). Nei paesi più colpiti dalla crisi, quando la disoccupazione saliva a livelli spaventosi (con un picco del 29% in Grecia nel novembre 2013), i sistemi di sostegno al reddito ai disoccupati in Grecia, Irlanda, Spagna e Portogallo venivano depotenziati. Al posto del doveroso riequilibrio dei sistemi del welfare a favore di cui hanno lottato tanti riformisti (per capirci: meno pensioni baby/più asili nido), i programmi di austerità imposero tagli spesso indiscriminati.

Tutto ciò è piuttosto noto. Quello che è forse meno noto è che quella fase è ormai conclusa. Infatti, il welfare europeo (e non solo) ha dato un contributo importante alla gestione delle ricadute sociali della crisi finanziaria globale dei primi anni dieci (e al superamento della crisi pandemica dei primi anni venti). Questo contributo ha ormai reso in larga misura obsolete le vecchie polemiche contro il welfare che hanno imperversato dopo la fine del trentennio glorioso. Oggi non stiamo più vivendo sotto il segno dell'austerità, né sotto quello della sfiducia allo stato sociale. Nonostante ciò, le idee superate connesse alla fase dell'ascesa al potere di Reagan e della Thatcher resistono per inerzia nell'immaginario collettivo, e questa è un'altra lunga ombra della retorica ultraliberista.

4. Un declino annunciato (ma mai avverato)

Paradossalmente, la narrazione del declino pressoché inevitabile dello stato sociale è tacitamente condivisa da molti economisti, politologi e sociologi di diverse (spesso opposte) fedi politiche, che però sembrano concordare su un punto, con esultanza o con afflizione, a seconda delle preferenze: che le tensioni fra Stato e mercato non possono che prima o poi esplodere e risolversi a favore del mercato.

Vale la pena di ricordare che fin dagli anni settanta numerosi esperti hanno dedicato migliaia di pagine alle crisi del welfare, a volte in termini piuttosto apocalittici. Come l'*Agit-prop* dell'Internazionale comunista, che negli anni venti del Novecento predicava la fine imminente del capitalismo (ancora vivo e vegeto un secolo dopo), la profezia della fine dello stato sociale, ripetuta a destra e a manca, non si è ancora avverata. All'origine del dibattito sulla crisi del welfare degli anni settanta era l'ipotesi della presunta incompatibilità fra economia di mercato e stato sociale. Questa ipotesi, proposta prima da studiosi e intellettuali di sinistra (O'Connor, 1973; Habermas, 1976; Gough, 1979; Offe, 1984), è stata in seguito entusiasticamente sposata da quelli di destra (Friedman e Friedman, 1980).

Quasi mezzo secolo dopo, si può dire con certezza che questa ipotesi (che si può avere o lo stato sociale o l'economia di mercato, ma non entrambe le cose) si è rivelata errata. Oggi sappiamo che non è affatto vero che più spesa sociale significa meno profittabilità e quindi meno dinamismo economico. La correlazione fra robustezza del welfare e tenore di vita (prosperità economica, serenità sociale, felicità individuale) è spesso positiva.

Infatti, i paesi che dispongono di uno stato sociale forte (e inevitabilmente costoso) finiscono al vertice della classifica delle economie più competitive stilata dal Forum economico mondiale, che ogni anno organizza la celebre riunione a Davos – per citare un'istituzione non certo sospetta di simpatie anticapitaliste. Nell'ultima edizione dell'Indice globale della competitività (Schwab, 2019), l'Olanda occupava il quarto posto, la Svizzera il quinto, la Germania il settimo, la Svezia l'ottavo, il Regno Unito il nono, la Danimarca il decimo, la Finlandia l'undicesimo, la Francia il quindicesimo posto. Il Canada, l'Australia e la Nuova Zelanda, paesi con sistemi maturi di protezione sociale, erano collocati al 14°, 16°, e 19° posto rispettivamente. La Norvegia era al 17° posto, il Lussemburgo al 18°. Altri quattro paesi membri dell'Ue (l'Austria, il Belgio, la Spagna e l'Irlanda) occupavano i posti dal 21° al 24°. L'Italia era al 30° posto.

Quindi, il gioco a somma zero (o stato sociale forte, o economia di mercato competitiva) non è destino. Uno stato sociale intelligente non solo non ostacola per forza la crescita dell'economia capitalista, ma la può rendere più dinamica. La resilienza politica del *welfare state* sta proprio in questo punto: uno stato sociale che accelera anziché rallentare la crescita economica non può avere molti nemici.

RPS

Manos Matsaganis

5. Investimento sociale

Se è vero che alcuni sistemi di protezione sociale (almeno in alcuni paesi, almeno in alcuni momenti storici) sono riusciti o riescono tuttora a *quadrare il cerchio*, come scriveva Dahrendorf (1995), cioè di coniugare benessere economico, coesione sociale e libertà politica, vuol dire che anche altri paesi possono fare altrettanto. Certo, trapiantare programmi sociali da un contesto all'altro è spesso futile, ma individuare i meccanismi che portano al successo può invece rivelarsi molto fertile.

Qual è il segreto dei più riusciti fra i sistemi di *welfare* europei? La nostra ricerca mostra che gli ingredienti chiave sono tre: una rete di protezione dei poveri e dei disoccupati forte e inclusiva; politiche che conciliano lavoro e apprendimento, lavoro e maternità, lavoro e pensionamento; investimenti sul *capitale umano*, cioè sulla salute e sulle competenze delle persone. Come è noto, Anton Hemerijck, il coautore del nostro libro, ha teorizzato a più riprese (2014, 2017) che questi tre ingredienti costituiscono un insieme di *investimento sociale*, con effetti positivi sia sull'efficienza economica che sulla giustizia sociale.

Certo, si può obiettare che sono sempre i più benestanti e/o più istruiti a sfruttare le nuove occasioni offerte dagli investimenti sociali su servizi d'infanzia e altro. Senza dubbio, il cosiddetto *effetto Matteo*¹ esiste davvero, almeno nella prima parte («a chiunque ha sarà dato»), almeno all'inizio. Tra l'altro, è sempre esistito (Giraud, 2022): tutte le innovazioni, dal cioccolato all'automobile, dal caffè al telefono, e dal tabacco al computer portatile, sono state adottate prima dalle classi abbienti (e, in alcuni casi, sono state abbandonate prima dalle classi abbienti). Quindi, francamente questa critica sembra poco convincente. Quello che invece resta sempre importante è l'analisi delle caratteristiche che rendono questo o quell'intervento di politica pubblica, che sia investimento sociale oppure no, meno accessibile dalle classi meno abbienti.

¹ «Perché a chiunque ha sarà dato e sarà nell'abbondanza; ma a chi non ha sarà tolto anche quello che ha» (Vangelo di Matteo, versetto 25, 29).

Ostacoli di natura culturale ci devono preoccupare molto meno. Come hanno dimostrato Pavolini e Van Lancker (1998) tra molti altri, la disponibilità e la diffusione di servizi d'infanzia di buona qualità e a basso costo per l'utente hanno la capacità di far cambiare idea alla gente circa la saggezza oppure la moralità di «far crescere i bimbi da estranei», come si diceva una volta.

6. La svolta «sociale»

Intanto, tra molti studiosi di politica sociale sembra serpeggiare una implicita (a volte anche esplicita) nostalgia per la presunta età d'oro dello stato sociale – il secondo dopoguerra, quando gli uomini studiavano poco e lavoravano molto (quasi sempre nello stesso mestiere), mentre le donne stavano a casa a curare i figli. E per quanto riguarda il futuro, nella nostra professione regge un cupo pessimismo².

Su questo punto il nostro libro suona una nota di dissenso. È vero che una discussione sui vari stati d'animo non porterebbe molto lontano. Ottimismo e pessimismo sono categorie non falsificabili e perciò poco «scientifiche». Si può facilmente elencare splendori e miserie di questo o quel sistema di protezione sociale in questo o quel paese. Il nostro libro, come sottolineato in precedenza, non risparmia certo critiche all'austerità della prima metà degli anni dieci, né ai danni che ha fatto non solo al welfare ma anche all'economia europea.

Ma non possiamo non notare la svolta «sociale» che ne è seguita, a partire dalle tre celebri parole (*Whatever it takes*) pronunciate da Mario Draghi al culmine della crisi dell'euro, che calmarono i mercati e segnarono il giro di boa. In ordine cronologico, il *Pacchetto di investimenti sociali per la crescita e la coesione* del 2012, la *Garanzia giovani* del 2013, il *Pilastro europeo dei diritti sociali* del 2017, lo *Strumento europeo di sostegno temporaneo per attenuare i rischi di disoccupazione – Sure* del 2020 (Corti e Huguenot-Noël, 2024) e la *Direttiva sul salario minimo* del 2022 (Schreurs e Huguenot-Noël, 2024) furono alcuni dei momenti chiave di questa svolta, arrivata al culmine con la decisione del luglio 2020 di istituire un Fondo europeo per la ripresa e la resilienza, di cui – come è noto – l'Italia è il maggior beneficiario in termini assoluti (e la Grecia in termini relativi).

² Per un recentissimo esempio, si veda l'articolo di Farnsworth e Irving (2024), il cui spirito è riassunto dagli stessi autori in questi termini (gramsciani): «Noi sosteniamo la necessità di un maggior pessimismo dell'intelligenza, contro la tendenza di molti studiosi a favore dell'ottimismo della volontà».

Certo, i politici (come molti altri umani) raramente ammettono di aver sbagliato: semplicemente cambiano atteggiamento la volta successiva che si presenta l'occasione. Forse è quello che è successo in Europa nella seconda metà degli anni dieci di questo secolo. L'arrivo del Covid-19 ha poi ricordato a tutti (cittadini, governi e organizzazioni internazionali, compreso il Fondo monetario internazionale) l'importanza di sistemi sanitari e di sostegno al reddito inclusivi (Imf, 2021).

7. *L'età d'oro è adesso?*

Con una piccola dose di iperbole, si potrebbe concludere che il welfare europeo gode di ottima salute. È quello che raccontano i dati. La spesa sociale nell'Ue non è mai stata così alta. La quota dei cittadini europei che non possono permettersi le cure mediche di cui hanno bisogno non è mai stata così bassa (anche tra i più poveri). L'occupazione femminile non è mai stata così alta. Il numero di bambini in asili nido non è mai stato così grande. La durata media della vita (spesso in buona salute) non è mai stata così lunga – e così via.

Ma anche andando oltre i numeri, guardando alle politiche sociali in atto, l'immagine che emerge è molto più variegata di come viene spesso dipinta. Certo, fallimenti e lacune esistono ancora, e vanno combattute. Il *bias* a sfavore dei giovani è ancora presente. Troppi ospedali pubblici, in questo paese ma non solo, sono stati abbandonati in uno stato di sottofinanziamento cronico, archiviando in fretta le promesse solenni e gli applausi durante il Covid-19. Ma perfino nella Grecia sottoposta ad una dose da cavallo di austerità, la rete di sostegni pubblici ai meno abbienti è venuta fuori più forte e più sana di prima. Anche in questo paese, dove il governo attuale ha deciso di abolire il *Reddito di cittadinanza* anziché migliorarlo, facendo dell'Italia ormai l'unico paese Ue privo di un programma di reddito minimo, sono stati compiuti decisivi passi avanti negli ultimi anni, dall'*Indennità di disoccupazione* (nata dal famigerato *Jobs Act*) all'*Assegno unico e universale per i figli a carico*.

Nel suo insieme, il modello sociale europeo è uscito rafforzato dalla crisi del decennio precedente. Anzi, in molti paesi il welfare ha offerto un contributo decisivo a rendere i suoi effetti meno dolorosi per le persone e per le famiglie. Rispetto alle devastazioni della Grande depressione degli anni trenta del secolo scorso il contrasto è marcato, e il credito va tutto sul conto dei nostri moderni sistemi di protezione sociale. È un caso che questa volta nessun Orwell ha scritto *La strada di Wigan*

RPS

Manos Matsaganis

Pier, né nessun Steinbeck *Furore*? L'opera forse più emblematica della crisi recente, *Io, Daniel Blake*, diretto dall'amabile Ken Loach, denuncia la burocratizzazione del welfare inglese, non la sua assenza.

Chiaramente, c'è ancora molto da fare. Nonostante i progressi recenti, molti sistemi di welfare europei sono ancora distanti dalla frontiera delle migliori pratiche. Nuove sfide (transizione digitale e verde) si aggiungono ad altre già presenti (invecchiamento demografico, gestione dei flussi migratori). Sono problemi difficili che non possono essere affrontati senza il contributo di robusti e ben disegnati sistemi di welfare, intenti a minimizzare i costi di questi fenomeni, massimizzarne i benefici e distribuirne costi e benefici nel modo più equo possibile, tramite la formazione professionale continua e il sostegno al reddito.

8. *Lo stato sociale e i suoi nemici*

Mentre molti nostri colleghi scrivono ancora diatribe contro il neoliberismo (vero o immaginario), come se fossimo ancora negli anni settanta del secolo scorso, il mondo si è spostato: la nuova destra xenofoba e populista è dichiaratamente illiberale (e questo non mi sembra un pregio), e non opposta allo stato sociale *per sé*. Basta escludere gli stranieri e spostare risorse dai nuovi rischi sociali a quelli tradizionali: meno asili nido e più assegni familiari, meno servizi di assistenza a lungo termine e più pensioni (nella versione della destra italiana, abbassando l'età pensionabile). In questo contesto politico, mi sembra ancora più chiaro di prima che la risposta progressista più promettente non è rincorrere la destra sul terreno scivoloso di chi è più contrario alla legge Fornero, ma puntare sul rinnovamento del sistema di protezione sociale all'insegna dell'investimento sociale.

9. *La difesa dei valori europei*

Un'ultima parola sulle tensioni geopolitiche e sul loro impatto sullo stato sociale. Ci sembra ovvio che l'Europa, pur impegnandosi per la pace, è costretta ad acquisire la capacità di difendersi anche da sola di fronte alle minacce e alle aggressioni di poteri espansionistici. Sarebbe inutile negare che l'inevitabile aumento delle spese militari restringe lo spazio fiscale per le politiche di investimento sociale che il nostro libro propone. Siamo però convinti che nel medio termine questo conflitto

fra difesa e protezione sociale non esiste. Il modello sociale europeo, con la sua capacità unica al mondo di coniugare coesione sociale, prosperità economica e libertà politica, fa parte della nostra identità. E per tutto ciò vale la pena battersi.

Riferimenti bibliografici

- Andry A.D., 2022, *Social Europe, the road not taken: The Left and European integration in the long 1970s*, Oxford University Press, Oxford.
- Corti F. e Huguenot-Noël R., 2024, *Towards a re-insurance union? SURE as an EU response to preserve jobs in the Covid-19 pandemic*, «Journal of European Social Policy», vol. 34, n. 2, pp. 237-252.
- Dahrendorf R., 1995, *Quadrare il cerchio: Benessere economico, coesione sociale e libertà politica*, Laterza, Bari.
- Farnsworth K. e Irving Z., 2024, *Crises of the welfare state, resilience, and pessimism of the intellect*, «Social Policy & Administration», vol. 58, n. 2, pp. 248-263.
- Friedman M. e Friedman R., 1980, *Free to choose: A personal statement*, Harcourt, San Diego, CA.
- Garland D., 2016, *The welfare state: A very short introduction*, Oxford University Press, Oxford.
- Giraud A., 2022, *Storie straordinarie delle materie prime*, add editore, Torino.
- Gough I., 1979, *The political economy of the welfare state*, Macmillan, New York.
- Habermas J., 1976, *Legitimation crisis*, Heinemann, Londra.
- Hemerijck A., 2014, *Social investment 'stocks', 'flows' and 'buffers'*, «Politiche Sociali», n. 1, pp. 9-26.
- Hemerijck A., 2017 (a cura di), *The uses of social investment*, Oxford University Press, Oxford.
- Hemerijck A. e Matsaganis M., 2024, *Who's afraid of the welfare state now?*, Oxford University Press, Oxford.
- Imf, 2021, *Fiscal monitor: A fair shot*, International Monetary Fund, Washington DC.
- Keynes J.M., 1937, *How to avoid a slump: II. "Dear" money. The right time for austerity*, «The Times», 13 gennaio.
- O'Connor J., 1973, *The fiscal crisis of the state*, St. Martin's Press, New York, NY.
- Offe C., 1984, *Contradictions of the welfare state*, Hutchinson, Londra.
- Pavolini E. e Van Lancker W., 2018, *The Matthew effect in childcare use: A matter of policies or preferences?*, «Journal of European Public Policy», vol. 25, n. 6, pp. 878-893.
- Petersen K., Mioni M. e Obinger H., 2022, *The Cold War and the welfare state in*

Western Europe, in Nullmeier F., González de Reufels D. e Obinger H. (a cura di), *International impacts on social policy: Global dynamics of social policy*, Palgrave Macmillan, New York.

Schreurs S. e Huguenot-Noël R., 2024, *Workers of all member states unite? Europeanising the power resources approach via the Minimum Wage Directive*, «Journal of European Public Policy», pp. 1-28.

Schwab K., 2019, *The Global Competitiveness Report*, World Economic Forum, Ginevra.

ATTUALITÀ
La legge delega
in materia di disabilità

Cosa ha partorito la montagna? Nota sull'attuazione della legge delega in materia di disabilità

Ciro Tarantino

RPS

Il saggio ricostruisce il processo storico nel quale si inserisce la recente riforma di una porzione significativa del sistema di welfare per le persone con disabilità, rintracciando le diverse logiche e forze sociali che si sono cristallizzate nella serie di provvedimenti normativi che la compongono. L'ipotesi è che, dietro divergenze all'apparenza minute, si celi un marcato disaccordo sullo statuto sociale delle soggettività disabili e sulle forme di convivenza.

1. Il Covid-19 come catalizzatore

«Cosa ha partorito la montagna» è un tema che attraversa tutta la tradizione favolistica di area greco-romana; lo si ritrova, nel VI secolo a.C., nel *corpus* di testi attribuiti a Esopo, come, nel I secolo d.C., nelle *Fabulae* di Fedro, ed è probabile che abbia ben più remote ascendenze. L'uso proverbiale, come nell'*Ars poetica* di Orazio, ne attesta la familiarità e la diffusione. Sostanzialmente intatto, è giunto fino a noi.

Fulcro dell'apologo della montagna è la dialettica negativa fra attese riposte nel portento della nascita – *eratque in terris maxima exspectatio* scrive Fedro – e natura e proporzioni del frutto del parto. Nel suo solco, anche queste pagine si interrogano su un grado di corrispondenza fra aspettative e realtà: quello relativo alla consonanza della diade costituita dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante «Delega al Governo in materia di disabilità», e dai suoi decreti legislativi di attuazione. Non si tratta, però, di una sorta di commentario breve alla normativa quanto piuttosto di un sintetico studio di dinamica dello stato sociale, che si sofferma sul movimento in atto in una sua frazione e sulle forze che lo determinano.

Prima di poter misurare la portata degli eventi, bisogna, però, chiedersi se la premessa analogica abbia una sua consistenza, ovvero se la legge di delega abbia o meno la statura di un *mons parturiens*.

Ora, per quanto non rappresenti un tentativo di riforma organica della materia, la legge-delega è comunque il primo tentativo di ricalibratura di componenti essenziali del welfare della disabilità che si registra nel trentennio che ci separa dall'approvazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104, «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti

delle persone handicappate». In questo senso, seppure di prominenza temperata, è certamente un intervento di altra levatura rispetto a quelli che ordinariamente contrassegnano il campo della disabilità.

La normazione sulla disabilità, infatti, per lo più si limita a interventi di manutenzione o di restauro conservativo; con una certa insistenza, rimodula soglie, ridetermina gradi, ridefinisce percentuali. Istiga modesti piaceri contabili dell'apparato previdenziale e assistenziale che si esauriscono in un fremito tutto interno al corpo burocratico, in ossequio a un antico retaggio. In effetti, da tempo, la regolazione della disabilità è ampiamente delegata alla ragione amministrativa e alla polizia tributaria delle anime e dei corpi.

Questo stratificarsi frammentario e per accumulo ha determinato uno stato della legislazione caotico e disarmonico, in cui, per esempio e per assurdo, la stessa definizione di «disabilità» convive indisturbata con una serie di altre designazioni risalenti a precedenti paradigmi culturali e giuridici. Ne è riprova il fatto che il primo ambito di intervento della delega è proprio quello relativo all'adozione di una definizione di «disabilità» coerente con l'articolo 1, secondo paragrafo, della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità (Crpd), ratificata e resa esecutiva dall'Italia ormai quindici anni fa¹.

Rispetto a questa inclinazione all'incrostazione normativa, la legge di delega segna quantomeno un'inversione di tendenza dato che propone un riassetto di porzioni significative del sistema di welfare per le persone con disabilità.

Ora, per comprendere in base a quali ragioni il legislatore abbia individuato i tasselli del mosaico del welfare della disabilità su cui concentrarsi bisogna risalire alla contingenza storica in cui la riforma è fermentata. Quindi, discostandosi un po' dal canone, è necessario interrogare preliminarmente il processo generativo della montagna stessa, in una sorta di orogenesi sociologica delle forze compressive e di sollevamento che hanno dato luogo alla formazione della legge di delegazione. Si tratta, in effetti, di assumere l'interrogativo «che cosa ha partorito la montagna?» nel suo duplice senso: anteporre, quindi, al consueto «che cosa è nato dalla montagna?» l'insolito «da che cosa è nata la montagna?».

La legge di delega germina, infatti, nella stagione più virulenta della pandemia da Covid-19, come tentativo di risposta alle criticità che emer-

¹ Fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva, col relativo Protocollo opzionale, ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18.

gono allora nel sistema di assistenza alle persone con disabilità. La pandemia è stata, in fondo, un moltiplicarsi di superfici di emergenza. Per ricostruire il quadro sinottico delle criticità, è necessario ritornare, per un momento, a quelle prime settimane di pandemia, quando, nei luoghi dove si sviluppano focolai dell'infezione, i morti si riproducono con tale frequenza che i cimiteri non riescono a inumarli o a cremarli; i corpi si accumulano e bisogna improvvisare camere mortuarie posticce in cui stoccarli nell'attesa. In quei giorni nella popolazione torna l'incubo antico di una morte contagiosa, di massa e indifferenziata, la paura insomma di una «grande livellatrice» cieca o bendata (Scheidel, 2017). Ma il timore si affievolisce presto: i primi dati che si rendono disponibili mostrano, infatti, che non si tratta affatto di una morte equiprobabile, bensì di una morte che si propaga prevalentemente in specifici gruppi di popolazione. Se si vuole, la si può connotare come una morte di classe, a patto però di assumere la nozione di «classe» in senso statistico e non economico-politico: è una morte che si concentra, infatti, su classi di età non su classi sociali².

Come è scritto nel sesto rapporto sull'*Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente* prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto superiore di sanità (Iss):

il contributo più rilevante all'eccesso dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto all'incremento delle morti della popolazione con 80 anni e più che spiega il 76,3% dell'eccesso di mortalità complessivo; in totale sono decedute 486.255 persone di 80 anni e oltre (76.708 in più rispetto al quinquennio precedente). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20% dell'eccesso di decessi; in termini assoluti l'incremento per questa classe di età, rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi (per un totale di 184.708 morti nel 2020) (Istat e Iss, 2021, pp. 11-12).

Soprattutto, molte di queste morti anagraficamente polarizzate si verificano nei luoghi in cui la società concentra la popolazione anziana e/o

² Per l'Italia, non sono al momento disponibili studi specifici di correlazione fra tassi di incidenza pandemica e condizione socioeconomica. Pone acutamente il tema Benedetto Saraceno (2021). Per i primi studi in campo internazionale, cfr. Marmot e Allen (2020); Goutte, Porcher e Péran (2020); Hawkins, Charles e Mehaffey (2020).

con disabilità con elevati bisogni assistenziali, quando la cura familiare – a cui di norma un welfare che si interpreta come sussidiario ed eventuale delega il carico assistenziale – manca o entra in crisi. È un video a divenire simbolo di questo aspetto della vicenda: domenica 12 aprile 2020, «Fanpage.it» divulga un filmato, girato al Pio Albergo Trivulzio di Milano – antica istituzione assistenziale –, in cui i necrofori vagano alla ricerca dei feretri di propria competenza fra le bare che riempiono le sale del piano terra³.

I primi dati sul fenomeno li fornisce l'aggiornamento conclusivo, datato 5 maggio 2020, dell'indagine che l'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (Gnpl)⁴, aveva avviato, a partire dal 24 marzo 2020, sul contagio da Covid-19 nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa), con l'obiettivo di monitorare l'evoluzione della situazione (Iss, 2020a). Pur con una serie di limiti dettati dall'urgenza e dalle condizioni straordinarie in cui si svolge l'inchiesta, i dati sono comunque indicativi di un andamento, di una linea di tendenza, in merito alla caratterizzazione dei decessi, ai quadri sintomatologici dei residenti, alla gestione delle infezioni e delle ospedalizzazioni, ai regimi di isolamento nonché alle pratiche di contenzione⁵; infatti, dal campione preso in esame, risulta che «nel 92,0% dei casi (1.221 su 1.327) le strutture sono dotate di un registro per la contenzione fisica e per il suo monitoraggio» (ivi, p. 22), il che attesta, in forma indiretta, che la pratica della contenzione è contemplata in modo generalizzato a prescindere dal contesto emergenziale.

Per inciso, nei mesi successivi, forme severe di restrizione della socialità si prolungheranno diffusamente oltre i limiti di quelle che interessano la popolazione generale. Ne è indicatore il fatto che, per la prima volta nel corso di una visita periodica in Italia, il Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene e trattamenti inumani o degradanti del Consiglio d'Europa (Cpt), durante la visita effettuata dal 28 marzo all'8 aprile 2022, si reca in due presidi assistenziali per monitorare, tra l'altro, la

³ Cfr. <https://milano.fanpage.it/al-pio-albergo-trivulzio-di-milano-bare-in-tutte-le-stanze-il-video-girato-nella-rsa/>.

⁴ Fino alla conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, l'organismo aveva la denominazione «Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale».

⁵ Per una prima ricognizione dell'impatto del Covid-19 sulla popolazione ricoverata in strutture residenziali, cfr. Tarantino e Bernardini (2022).

persistenza di restrizioni indotte da quello che qui si può definire una sorta di «Long Covid» amministrativo (Cpt, 2023).

I trend di cui sono indizio i primi dati che affluiscono dalla *survey* e dalle altre rilevazioni in atto vengono riconosciuti subito come significativi e concordanti, tanto che l'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute, ritiene necessario lo sviluppo di un sistema di sorveglianza specifico per monitorare la frequenza e l'impatto delle infezioni da Sars-CoV-2 nelle strutture residenziali⁶.

In modo eloquente il primo rapporto nazionale di questo sistema di sorveglianza – tuttora attivo – si apre con la premessa:

Le Residenze sanitarie sono state in tutto il mondo uno dei contesti maggiormente colpiti dall'epidemia di Covid-19, a causa della particolare fragilità dei loro residenti, della particolare organizzazione di queste strutture (in cui l'aspetto di socializzazione ha un ruolo importante nella vita dei residenti) e di alcune criticità legate all'assistenza (Iss, 2021, p. 2).

In questo scenario, nel giugno 2020, pochi mesi dopo lo scoppio della pandemia, il Comitato di esperti in materia economica e sociale – istituito in aprile per elaborare e proporre misure per fronteggiare l'emergenza epidemiologica, nonché per la ripresa graduale delle attività sociali, economiche e produttive⁷ – ritiene opportuno includere il tema fra quelli trattati nel Rapporto per il Presidente del Consiglio dei ministri, *Iniziativa per il rilancio «Italia 2020-2022»* (2020a, 2020b). Così, dato atto che «la concentrazione di persone in Strutture residenziali ha mostrato vulnerabilità al contagio da Covid-19», constatata la «scarsa qualità dei servizi» e rilevata la «richiesta diffusa di armonizzare esperienze di deistituzionalizzazione, domiciliarità e personalizzazione degli interventi» (2020b, p. 105)⁸, il rapporto raccomanda «la costruzione di un'alternativa al ricovero in Rsa e Rsd tramite progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati e di vita indipendente per persone con disabilità, minori, anziani, persone con disagio psichico [...]» (2020a, p. 40).

La proposta si trasfonde, pochi mesi dopo, nella componente C2 della

⁶ Cfr. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-strutture-socio-assistenziali-sanitarie>. Il 17 aprile l'Iss emanava delle *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da Sars-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie* (Iss, 2020b).

⁷ Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 aprile 2020.

⁸ Cfr. Raccomandazione n. 91. *Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati* (Comitato di esperti in materia economica e sociale, 2020a, p. 41).

missione 5 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), approvato con decisione di esecuzione del Consiglio Ecofin del 13 luglio 2021, che, oltre a misure volte alla «prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti» (Investimento 1.1), prevede l'Investimento 1.2: *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*, «con l'obiettivo di accelerare il processo di deistituzionalizzazione, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari al fine di migliorare l'autonomia delle persone con disabilità» (Pnrr, 2021, p. 214), e la Riforma 1.1: *Legge quadro per le disabilità*, «nell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità» (Pnrr, 2021, p. 215). Quest'ottica bipolare fa sì che l'obiettivo della legge quadro sia quello di «realizzare pienamente i principi della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2006» (*ibidem*), da perseguire prioritariamente attraverso il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta di servizi sociali; la semplificazione dell'accesso ai servizi socio-sanitari; la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità; la promozione dei progetti di vita indipendente; la promozione delle unità di valutazione multidimensionale sui territori in grado di definire progetti individuali e personalizzati.

Come si può notare, i due documenti (Rapporto e Pnrr) non introducono nulla di particolarmente innovativo relativamente alle singole misure – che riprendono largamente soluzioni in corso di sperimentazione ormai da oltre due decenni –, ma prospettano un nuovo assetto del sistema, in cui le pratiche finora marginali, volontaristiche e perpetuamente sperimentali divengano l'agire ordinario, il cardine di sistema, e quelle tradizionali diventino residuali, se non superabili e riconvertibili.

In sostanza, in questa vicenda, il Covid-19 ha svolto una duplice funzione. Da un lato, è stato una sorta di ingranditore ottico che ha reso evidente la centralità della risposta asilare nell'attuale assetto del sistema di welfare – la cui probabilità aumenta esponenzialmente in ragione soprattutto di tre determinanti sociali, variamente interrelati: l'assenza o l'insufficienza dell'assistenza familiare, le povertà e l'incedere dell'età (Tarantino, 2024, Parte prima) –, come pure la diffusa fragilità e inadeguatezza del sistema asilare nel garantire non solo il «diritto all'esserci» ma anche il più elementare «diritto all'essere» (Tarantino, 2021). Tutti fenomeni peraltro conosciuti da tempo eppure lasciati persistere nella routine del socioassistenziale.

Dall'altro lato, il Covid-19 è stato un catalizzatore di processi emancipativi in atto da tempo su scala nazionale e internazionale riassumibili

nella formula della transizione dalle istituzioni alla vita di comunità e nei suoi correlati quali il *favor* per la domiciliarità abituale o comunque per forme dell'abitare di libera scelta, la promozione della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi; l'implementazione, insomma, di quello che un coevo progetto della Federazione italiana per il superamento dell'handicap definiva «welfare comunitario d'inclusione» (Fish, 2023).

2. Anatomia minima della legge di delega

La legge di delegazione 22 dicembre 2021, n. 227 – approvata all'unanimità nei due rami del Parlamento –, «costituisce l'attuazione della citata riforma di cui alla missione 5, riforma 1.1, del Pnrr», come si legge nella relazione illustrativa al disegno di legge che ne è la base (XVIII Legislatura, A.C. 3347)¹⁰.

Non precisamente una legge-quadro – come indicava il Pnrr –, ma comunque una legge che, dopo lunghi anni di interventi di cabotaggio minore o sperimentali, conferisce ampi poteri di revisione e riordino delle disposizioni vigenti in attuazione della Costituzione e in conformità alle disposizioni della Crpd, alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 e alla risoluzione del Parlamento europeo del 7 ottobre 2021 sulla protezione delle persone con disabilità.

⁹ Per una sintesi internazionale, cfr. Fra (2013a, 2013b, 2017) e le *Linee guida sulla deistituzionalizzazione, anche in caso di emergenza* adottate dal Comitato delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità (Un-Crpd, 2022). Per l'Italia, si vedano gli obiettivi di accelerazione dei processi di deistituzionalizzazione e di contrasto alla segregazione previsti nel decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013 di *Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità* e nel decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 2017 di *Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*.

In tema di domiciliarità, imprescindibile il riferimento alla ricerca per Auser e Spi Cgil curata da Falasca (2018) e, in generale, all'attività dell'associazione «AeA - Abitare e Anziani» e della connessa rivista «Abitare e Anziani. Informa».

¹⁰ Al disegno di legge sono state abbinare le proposte di legge nn. 424, 1884, 3108 e 3361.

Principi e criteri direttivi in buona parte convergenti si ritroveranno successivamente nella legge 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane).

Incardinata nel Pnrr, la legge n. 227 ha il compito di promuovere le due dimensioni della libertà, strettamente interrelate, a fondamento della previsione di Riforma 1.1: quella della libertà personale e quella della libertà di scelta, che sono la radice profonda dell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità. I due concetti di libertà sono i perni della Crpd.

Ora, fra gli ambiti interconnessi in cui si dispiega la delega, il tema della libertà intride particolarmente quello relativo alla «realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato». I principali mezzi per assicurarne l'elaborazione e l'attuazione sono, poi, rintracciati nella valutazione multidimensionale, nel budget materiale e immateriale di progetto e nell'accomodamento ragionevole¹¹.

In effetti, la legge individua nel «progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato» lo strumento deputato a garantire «l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali», tra cui, in conformità all'art. 19 Crpd, «la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali» (art. 2, comma 2, n. 4). In questa chiave, uno specifico criterio direttivo, che contiene un esplicito richiamo alla questione della libertà personale, dispone che nell'ambito del progetto personalizzato e partecipato «possano essere individuati sostegni e servizi per l'abitare in autonomia e modelli di assistenza personale autogestita che supportino la vita indipendente delle persone con disabilità in età adulta, favorendone la deistituzionalizzazione e prevenendone l'istituzionalizzazione» (art. 2, comma 2, n. 12). Per il raggiungimento di queste finalità, un ulteriore criterio introduce la possibilità di «prevedere eventuali forme di finanziamento aggiuntivo» e «meccanismi di riconversione delle risorse attualmente destinate all'assistenza nell'ambito di istituti a favore dei servizi di supporto alla domiciliarità e alla vita indipendente» (art. 2, comma 2, n. 13).

Correlativamente riceve ampio riconoscimento il principio di autode-terminazione, come attestato dal fatto che il progetto personalizzato non solo deve essere «diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte [...]» (art. 2, comma 2, n. 5), ma deve anche essere elaborato «con la partecipazione della persona con disabilità e di chi la rappresenta» (art. 2, comma 2, n. 4). Significativamente la congiuntiva «e» soppianta la clas-

¹¹ Quale commentario alla legge di delegazione, cfr. Piccione (2023).

sica disgiuntiva «o». Inoltre, è necessario «assicurare l'adozione degli accomodamenti ragionevoli necessari a consentire l'effettiva individuazione ed espressione della volontà dell'interessato e la sua piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili, al fine di garantire alla persona con disabilità, anche quando sia soggetta a una misura di protezione giuridica o abbia necessità di sostegni ad altissima intensità, la piena partecipazione alla valutazione multidimensionale, all'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e all'attuazione dello stesso con modalità tali da garantire la soddisfazione della persona interessata» (art. 2, comma 2, n. 6).

Per garantire l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali si prevede anche – come accennato – di intervenire sulla definizione della condizione di disabilità, nonché sull'accertamento della disabilità e sulla revisione dei suoi processi valutativi di base per migliorare e semplificare l'accesso al welfare.

Completa il quadro l'istituzione di un Garante nazionale per i diritti delle persone con disabilità che ha tra le sue funzioni quella di «vigilare sul rispetto dei diritti e sulla conformità alle norme e ai principi stabiliti dalla Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità, dalla Costituzione, dalle leggi dello Stato e dai regolamenti» (articolo 2, comma 2, lettera f, alinea 2.2), configurandosi come uno di quei «meccanismi indipendenti» che, in un'ottica di pluralismo dei meccanismi di protezione, compongono il dispositivo nazionale di promozione, protezione e monitoraggio dell'attuazione della Convenzione previsti dall'articolo 33, comma 2, della Crpd.

3. *L'irrisolto*

La legge di delegazione è stata attuata tramite l'emanazione di tre decreti legislativi: il n. 222 del 13 dicembre 2023, recante «Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità [...]», il n. 20 del 5 febbraio 2024, di «Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità [...]», e il n. 62 del 3 maggio 2024, che accorpa la «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato»¹².

¹² Un decreto legislativo di istituzione di una Cabina di regia per la determinazione

Visto il processo di normogenesi e il mandato sociale che anima la legge di delega, quantomeno sul piano della logica giuridica il parto della montagna non può che essere analizzato, prioritariamente, in funzione degli effetti concreti che è in grado di dispiegare in termini di «favoreggiamento» della deistituzionalizzazione e promozione dell'autonomia.

Questo chiaramente non significa misconoscere la pluralità di ambiti su cui la riforma interviene e, ancor meno, gli spostamenti significativi che opera in molti punti come, per esempio, la dismissione del concetto di gravità, che era connesso alla condizione della persona, a favore di un regime graduato delle necessità di sostegno richieste dalla situazione. Ma qui, come anticipato, non si tratta di descrivere il diritto positivo in termini atemporal, quanto di tracciare un sismogramma storico dei movimenti costitutivi di una formazione giuridica e, contestualmente, di registrare il possibile che ogni norma necessariamente scarta e accantona, l'altrimenti ancora riattualizzabile.

In questa chiave interpretativa, mentre i primi due decreti attuativi non sono sostanzialmente problematici – col secondo si istituisce, anzi, un imponente organismo di garanzia delle libertà (che potrebbe essere depotenziato solo dalla eventuale nomina di un Collegio carente nei requisiti di notoria indipendenza e specifica e comprovata professionalità, competenza ed esperienza richiesti dal comma 3 dell'articolo 2) –, l'ultimo emana persistenti sentori di ambivalenza: il suo impianto sembra reggersi, infatti, sull'equilibrio incerto determinato da un gioco di tensioni e controtensioni fra la logica imposta e impressa dalla legge di delegazione e una logica divergente, per quanto interstiziale e surrettizia.

Questo, in parte, è un effetto dovuto al fatto che l'iter di decretazione si è compiuto sotto due diverse maggioranze parlamentari e di governo. Per spiegare il disallineamento, sono indicativi, più che i tempi di emanazione degli atti, quelli di stesura degli schemi di decretazione elaborati da un'apposita Commissione di studio redigente¹³: gli schemi dei primi due decreti risultavano predisposti prima dello scioglimento anticipato delle Camere del luglio 2022, mentre, al momento dell'insediamento del

dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità, approvato dal Consiglio dei ministri in esame preliminare il 3 novembre 2023, ha poi interrotto il suo iter.

¹³ Istituita presso l'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei ministri, con decreto del Ministro per le Disabilità del 9 febbraio 2022. A sovrintendere al processo di predisposizione dei decreti legislativi è stata una Commissione istituzionale di tipo consultivo istituita con decreto del 24 gennaio 2022 del Ministro per le Disabilità.

nuovo esecutivo, nell'ottobre 2022, l'impianto del terzo conservava ancora molte questioni irrisolte su cui è intervenuto il nuovo dicastero. Ma si tratta di qualcosa che va ben oltre la mera contingenza dei governi, peraltro sempre così volatili, che ne sono al più la forma di espressione. È, invece, un tratto che rispecchia una faglia profonda che attraversa tutto il mondo della disabilità e dell'associazionismo che la rappresenta, un'antinomia reale e di lunga data.

Nel testo del decreto n. 62/2024 sono molteplici i sintomi di questa ambivalenza. Le prime voci di un elenco sommario devono comprendere, in primo luogo, la rimozione delle espressioni riferibili al favore per la deistituzionalizzazione e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione che comparivano invece nella legge di delega. Assenza che, anche se fosse determinata da un mero pensopositivismo, manifesterebbe comunque un'insofferenza linguistica e, in ogni caso, sacrifica la portata propositiva delle cattive pratiche: perché le buone pratiche esistono solo per contrapposizione, non esistono senza un preventivo giudizio di disvalore su quelle da iscrivere all'albo delle cattive. Da tempo, invece, la bontà delle pratiche è posta su di un piano metafisico. In questa chiave, il progetto individuale personalizzato e partecipato è una buona pratica, tale da farne il fulcro del sistema, solo se conserva il senso storico di ciò che rifiuta e soppianta: *in primis*, la disponibilità della risposta asilare come standard tendenziale di sistema¹⁴.

In secondo luogo, una certa vaghezza rispetto a meccanismi operativi fondamentali. Per esempio, rimane indefinito se e come, nel budget di progetto, la quota sanitaria destinata alla residenzialità tradizionale possa essere riconvertita in servizi di supporto a forme dell'abitare alternative e di libera scelta; elemento dirimente perché nella pratica quotidiana il progetto personalizzato possa essere conforme ai principi e ai dettami della Crpd e non piegabile a usi distorti e solo formalmente emancipatori.

In terzo luogo, una certa ipertrofia di cui è affetto il sistema valutativo multidimensionale, che lo rende più un'indagine sulle caratteristiche personali di funzionamento che non un esame delle barriere di contesto. Rafforza questo tratto un'idea della progettazione personalizzata più contrattuale che processuale. Ma la capacità di aspirare – che ne è il fondamento – è un'acquisizione incrementale, che si espande con l'ampliarsi del proprio campo esperienziale, e non un dato statico da rilevare *ex ante*.

¹⁴ Sul tema, cfr. Merlo e Tarantino (2018) e Tarantino (2024).

In quarto luogo, una forma di dilazione. Non prevista dalla legge di delega, è stata infatti introdotta una fase di sperimentazione di dodici mesi – in ambiti territoriali a campione – e un rinvio dell'applicazione della riforma sull'intero territorio nazionale al 2026. Non si tratta di una questione semplicemente temporale – per quanto singolare, dato che le progettazioni personalizzate sono in corso di sperimentazione ormai da un quarto di secolo –, quanto dell'idea che per i cittadini non disabili le leggi si applicano, su quelli con disabilità si sperimentano. Originale partizione fra soggetti e oggetti di diritto.

Ma, probabilmente, per rendere percettibile lo stridere delle logiche sottese al decreto legislativo è sufficiente un mero indicatore lessicale: in base al primo comma dell'articolo 20, infatti, «il progetto di vita tende a favorire la libertà della persona con disabilità di scegliere dove vivere e con chi vivere [...]». Quel «tende» è una vera e propria figura rivelatrice, in primo luogo, della distanza rispetto all'assertività dell'art. 19 Crpd che riconosce il diritto di tutte le persone con disabilità a decidere dove, come e con chi vivere.

Questa formulazione normativa introduce nell'ordinamento la strana figura del «diritto tendenziale», per cui alcuni hanno diritti immediatamente esercitabili, altri diritti tendenziali; alcuni accedono a una cittadinanza piena, altri a una cittadinanza pragmatica e tendenziale.

Perciò, si sbaglierebbe a vedere in quel lemma solo un elemento minuto e marginale di distinzione fra due concezioni sostanzialmente simili della disabilità. In quel termine si annida un'antropologia della minorità, che instaura una corrispondenza diretta fra tassi di umanità e gradi di cittadinanza, assai distante dall'antropologia della diversità su cui si fonda la Crpd.

Comunque, per espressa previsione normativa, ciascuno dei decreti legislativi può essere integrato e corretto entro 24 mesi dalla data di entrata in vigore, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi previsti dalla legge di delega e delle relative procedure.

Ci sono due anni, allora, per decidere se dissolvere questa ambivalenza subdola e sfuggente o mantenersi in una morale dell'ambiguità.

Riferimenti bibliografici

Comitato di esperti in materia economica e sociale, 2020a, *Iniziative per il rilancio «Italia 2020-2022». Rapporto per il Presidente del Consiglio dei ministri*, https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/comitato_rapporto.pdf.

- Comitato di esperti in materia economica e sociale, 2020b, *Iniziative per il rilancio «Italia 2020-2022». Schede di Lavoro*, https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/comitato_schede.pdf.
- Cpt (European committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment), 2023, *Report to the Italian Government on the periodic visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, Strasburgo, 24 marzo [Cpt/Inf (2023) 5].
- Falasca C. (a cura di), 2018, *Il diritto di invecchiare a casa propria. Problemi e prospettive della domiciliarità*, «Liberetà», Roma.
- Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap), 2023, *Welfare 4.0. Definizione di un welfare comunitario di inclusione. Dossier*, Tarantino C. (a cura di), versione 2 agosto, Fish, Roma.
- Fra (European Union Agency for Fundamental Rights), 2013a, *Choice and control: the right to independent living. Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*, Publications office of the European Union, Lussemburgo.
- Fra (European union agency for fundamental rights), 2013b, *Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems*, Publications office of the European Union, Lussemburgo.
- Fra (European union agency for fundamental rights), 2017, *From institutions to community living*, Part I-II-III, Publications office of the European Union, Lussemburgo.
- Goutte S., Porcher T. e Péran T., 2020, *Social Inequalities and Vulnerability of Population Facing the Covid-19: The Case of Seine-Saint-Denis in Ile-De-France*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3605881>.
- Hawkins R.B., Charles E.J. e Mehaffey J.H., 2020, *Socio-economic status and Covid-19-related cases and fatalities*, «Public Health», n. 189, pp. 129-134.
- Iss (Istituto superiore di sanità), 2020a, *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Istituto superiore di sanità, Roma, aggiornamento 5 maggio, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.
- Iss (Istituto superiore di sanità)/Gruppo di lavoro prevenzione e controllo delle infezioni – Covid-19, 2020b, *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da Sars-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*, versione del 17 aprile 2020, Istituto superiore di sanità, Roma.
- Iss (Istituto superiore di sanità), 2021, *Sorveglianza strutture residenziali socio-sanitarie nell'emergenza Covid-19. Report nazionale. Andamento temporale dell'epidemia di Covid-19. 5 ottobre 2020 - 25 aprile 2021*, Istituto superiore di sanità, Roma, https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/REPORT_STRUTT_RESIDENZIALI_5OTT2020_25APRILE2021.pdf.

- Istat (Istituto nazionale di statistica) e Iss (Istituto superiore di sanità), 2021, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021*, 10 giugno, Istat/Iss, Roma, https://www.istat.it/it/files//2021/06/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno.pdf.
- Marmot M. e Allen J., 2020, *Covid-19: Exposing and amplifying inequalities*, «Journal of epidemiology and community health», n. 74, pp. 681-682, <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>.
- Merlo G. e Tarantino C. (a cura di), 2018, *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti in Italia*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Piccione D., 2023, *Costituzionalismo e disabilità. I diritti delle persone con disabilità tra Costituzione e Convenzione Onu*, Giappichelli, Torino.
- Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza), 2021, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea n. 10160 del 13 luglio.
- Saraceno B., 2021, *Un virus classista. Pandemia, disuguaglianze e istituzioni*, alpha-beta, Merano.
- Scheidel W., 2017, *The Great Leveler: Violence and the History of Inequality from the Stone Age to the Twenty-First Century*, Princeton University Press, Princeton-Oxford.
- Tarantino C., 2021, *La legittima stranezza. Studio preliminare su disabilità e diritto all'esservi*, «Materiali per una storia della cultura giuridica», n. 2, pp. 351-372.
- Tarantino C. (a cura di), 2024, *Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione*, il Mulino, Bologna.
- Tarantino C. e Bernardini M.G., 2022, *The unequal death: a study on the thanatopolitics of disability in Italy*, «Sociologia del diritto», n. 2, pp. 139-161.
- Un-Crpd (United nations committee on the rights of persons with disabilities), 2022, *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies* [Crpd/C/5].

La Riforma per le persone con disabilità: la valutazione di base, il progetto di vita e l'inclusione lavorativa

Valerio Serino

RPS

Negli ultimi anni, l'attenzione rivolta al mondo della disabilità sul versante internazionale, europeo e italiano ha incentivato l'adozione di politiche incentrate a favorire la piena partecipazione e inclusione delle persone con disabilità in ogni ambito della vita. In Italia oggi si parla molto delle politiche in favore delle persone con disabilità. È in atto una riforma sostanziale che è stata definita, in maniera semplicistica, come «Riforma della disabilità», partendo dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227 «Delega al Governo in materia di disabilità», e concludendosi per ora con il d.lgs. 3 maggio 2024 n. 62. Il titolo della nuova norma già delinea il perimetro degli interventi: «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato». Inoltre, è essenziale che nel progetto di vita individuale personalizzato e partecipato abbia una importanza significativa il ruolo del lavoro. La nuova riforma deve essere analizzata nella sua interezza, valutandone anche le implicazioni nel mondo del lavoro e gli sviluppi che avrà sulla vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

1. Le politiche di inclusione e la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità

Negli ultimi anni, l'attenzione rivolta al mondo della disabilità sul versante internazionale, europeo e italiano ha spinto verso l'adozione di politiche incentrate a favorire la piena partecipazione e inclusione delle persone con disabilità. Si sono adottate strategie trasversali, allo scopo di rafforzare il mainstreaming sulla disabilità. Le rispettive strategie sono accomunate dall'attenzione rivolta all'inclusione delle persone con disabilità in ogni ambito della vita.

Le Nazioni unite hanno adottato la strategia sull'inclusione della disabilità (United nations disability inclusion strategy¹), per rafforzare il principio del rispetto della dignità e dei diritti delle persone con disabilità, attraverso un approccio intersettoriale.

¹ La Strategia delle Nazioni unite per l'inclusione delle persone con disabilità fornisce le basi per un progresso sostenibile nell'inclusione della disabilità attraverso tutti i pilastri del lavoro delle Nazioni unite: pace e sicurezza, diritti umani e sviluppo.

Inoltre, la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, sottoscritta il 13 dicembre 2006, ha rappresentato un passo in avanti fondamentale, uno strumento condiviso dalla comunità internazionale che indica valori e obiettivi per ampliare il grado di inclusione sociale delle persone con disabilità, a tutti livelli.

Quest'ultima ha segnato un grosso cambiamento di rotta di carattere politico, giuridico, culturale, per quanto riguarda il tema della disabilità, ponendo sempre la persona al centro.

Scopo della Convenzione, che si compone di un preambolo e di 50 articoli, è quello di promuovere, proteggere e assicurare il pieno e uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. A tal fine la condizione di disabilità viene ricondotta all'esistenza di barriere di varia natura che possono essere di ostacolo a quanti hanno il diritto di partecipare in modo pieno ed effettivo alla società.

La Convenzione Onu ha segnato il passaggio decisivo dal mero approccio biomedico a quello multidimensionale del modello bio-psico-sociale. Questo cambiamento parte dalla moderna concezione di disabilità inscritta nella Convenzione stessa, definita come un «concetto in evoluzione» perché rappresenta «il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»².

Sul tema lavoro, la Convenzione Onu riconosce il diritto al lavoro delle persone con disabilità sulla base dell'uguaglianza, attraverso la libera partecipazione al mercato del lavoro e ad un ambiente di lavoro aperto e accessibile. Gli Stati, pertanto, devono garantire il rispetto del divieto di discriminazione in relazione a tutti gli aspetti occupazionali, quali: condizioni di reclutamento, assunzione e impiego, continuità dell'impiego, avanzamento di carriera, condizioni di sicurezza e di igiene sul lavoro e remunerazione; inoltre, devono assicurare servizi per l'orientamento, la formazione professionale, la riabilitazione e l'inserimento lavorativo³.

Con la legge 3 marzo 2009 n. 18⁴ il Parlamento italiano ha autorizzato

² Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità - Preambolo, lettera e.

³ Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità - Articolo 27.

⁴ Legge 3 marzo 2009, n. 18 - «Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità».

la ratifica della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007, che diventa legge dello Stato. Il 23 dicembre 2010 l'Unione europea ha ratificato la Convenzione.

In Italia oggi si parla molto delle politiche in favore delle persone con disabilità, è in atto una riforma sostanziale che parte dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227 «Delega al Governo in materia di disabilità». Ma prima è essenziale un appunto, non di poco conto: l'Italia è stata, ed è, a livello legislativo una delle nazioni più evolute in merito all'inclusione delle persone con disabilità, partendo dall'inclusione scolastica e dall'inserimento lavorativo, ma oggi alcuni interventi hanno minato queste certezze, depotenziando il collocamento mirato delle persone con disabilità e mettendo a rischio il sostegno stabile e professionalizzato nelle scuole.

2. La Riforma della disabilità: dalla definizione all'accertamento fino al progetto di vita personalizzato e partecipato

Con la pubblicazione in «Gazzetta Ufficiale» del d.lgs. 3 maggio 2024 n. 62 si conclude per ora il percorso normativo di quella che è stata definita, in maniera semplicistica, come «Riforma della disabilità».

Il d.lgs. n. 62/2024 deriva da uno specifico mandato definito dalla legge delega al governo in materia di disabilità (legge 227/2021), una riforma a sua volta prevista (assieme a quella sulla non autosufficienza, la legge n. 33/2023⁵) dal Pnrr, Piano nazionale di ripresa e resilienza⁶, concordato dall'Italia con gli organi Ue. Questa riforma deriva in particolare dalla Missione 5-C2 *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore*, che prevede ai punti 1.1 la legge quadro sulla disabilità.

Con le stesse leggi delega si dovrebbe dare attuazione alla «Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità», alla «Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea» e alla «Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030», anche attraverso l'utilizzo delle risorse definite nel Pnrr.

⁵ Legge 3 marzo 2023, n. 33 - «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane».

⁶ Il Pnrr dell'Italia (Recovery and resilience plan) è stato approvato il 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio Eu.

Il titolo della nuova norma già delinea il perimetro degli interventi: *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.*

2.1. La definizione di disabilità

Il d.lgs. n. 62/2024 compie due operazioni rilevanti: la prima è quella di definire la condizione di disabilità, la seconda è quella di una correzione terminologica.

La definizione della «condizione di disabilità». In particolare, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera a), questa deve ora intendersi come la «duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri».

Tale definizione ha lo scopo di valorizzare il carattere «relazionale» e «contestuale» della disabilità, esplicitato dal richiamo alla «interazione» con i fattori ambientali, culturali, sociali e comportamentali.

Da un modello strettamente «medico» della disabilità, come dettato dall'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), vista soprattutto come limitazione, si passa ad un modello completamente diverso, il modello bio-psico-sociale, dell'Icf (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute) che tiene conto di una complessa relazione tra la condizione di salute della persona e i fattori ambientali in cui questa vive.

La Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata il 13 dicembre 2006 ed entrata in vigore il 3 maggio 2008, ha accolto in pieno questo cambiamento di approccio.

Da qui una definizione di persona con disabilità⁷, che modifica l'articolo 3 della legge 104/1992: «è persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base».

Una seconda operazione è quella della revisione della terminologia che sostituisce, ovunque ricorrano, alcune parole.

⁷ Art. 1, comma 1b, d.lgs. n. 62/2024.

DEFINIZIONI	
<i>Vecchia</i>	<i>Nuova</i>
Handicap	<i>Condizione di disabilità</i>
Persona handicappata, portatore di handicap, persona affetta da disabilità, disabile e diversamente abile	<i>Persona con disabilità</i>
Con connotazione di gravità, in situazione di gravità	<i>Con necessità di sostegno elevato o molto elevato</i>
Disabile grave	<i>Persona con necessità di sostegno intensivo</i>

RPS

Valerio Serino

Coerentemente con tale impostazione, sono state introdotte ulteriori modifiche, revisionando le condizioni di accesso alle prestazioni assistenziali previste in precedenza. Si ammette il diritto a tali prestazioni in relazione al livello di necessità di sostegno. Viene delineata una graduazione della disabilità su quattro livelli:

- persona con disabilità con necessità di sostegno di livello lieve;
- persona con disabilità con necessità di sostegno di livello medio;
- persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo di livello elevato;
- persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo di livello molto elevato.

In coerenza con la nuova definizione adottata, la gradazione della tutela non è più basata sulla «gravità», ma sulla necessità di sostegno necessario al fine di assicurare l'inclusione e la partecipazione della persona all'interno della società.

Le nuove definizioni producono un impatto su tutte le disposizioni dell'ordinamento italiano.

La modifica dell'art. 3, legge n. 104/1992 ad opera dell'art. 3 del d.lgs. n. 62/2024, ha una rilevanza capillare sull'intero impianto normativo nei confronti delle persone con disabilità.

2.2. La valutazione di base

Il d.lgs. n. 62/2024 introduce una nuova «valutazione di base», il procedimento attraverso il quale vengono individuate le necessità di sostegno della persona con disabilità.

L'intenzione del legislatore è quella di concentrare tutte le valutazioni di base in un procedimento unitario. La procedura valutativa unica concentra in un solo procedimento tutte le valutazioni di base relative all'accertamento della disabilità.

Quindi, contemporaneamente dovrebbero essere definite le differenti condizioni:

- l'invalidità civile, la cecità, la sordità, la sordocecità;
- la condizione di disabilità e il relativo livello di sostegno;
- la disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica;
- i requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie, nonché tutte le altre prestazioni previste dalla legge;
- i presupposti per la concessione di assistenza prevista dai Lea;
- l'accertamento della disabilità ai fini della legge n. 68/1999, per l'iscrizione al collocamento mirato e per l'inclusione lavorativa;
- la definizione della condizione di non autosufficienza.

La valutazione di base si applica anche ai minori e alle persone anziane, fermo quanto previsto dall'articolo 27, comma 11, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 per le persone anziane non autosufficienti che abbiano superato il settantesimo anno d'età. Alle persone anziane non autosufficienti in età compresa tra i 65 e i 70 anni è garantito l'accesso al Progetto assistenziale integrato (Pai).

Le nuove disposizioni entreranno in vigore in via sperimentale in nove province a partire dal 2025, per poi essere operative nell'intero contesto nazionale dal 2026. Le province interessate saranno: Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste. I criteri adottati per l'individuazione delle province da sottoporre alla sperimentazione sono descritti nella Relazione tecnica al decreto legge 31 maggio 2024, n. 71. I criteri adottati si distanziano notevolmente da quelli inizialmente previsti, essendo al di sotto del 20% della popolazione residente, infatti sono poco sotto il 10%.

Inoltre, le disabilità interessate alla sperimentazione saranno soltanto tre: i disturbi dello spettro autistico, diabete di tipo 2 e sclerosi multipla.

2.3. Il procedimento e le commissioni

L'intera procedura verrà affidata all'Inps, diventando il «soggetto unico accertatore». Dal 2026, quindi, cesserà l'attuale doppia fase di accertamento, per passare a un unico accertamento dell'Inps. L'Istituto sarà responsabile dell'intera gestione del procedimento per la valutazione di base: dal sistema informatizzato per la presentazione e la gestione delle domande alla valutazione, all'erogazione di eventuali provvidenze economiche.

Le commissioni Inps, ora denominate «unità di valutazione di base»,

saranno composte da due medici nominati da Inps, e da una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali. Almeno uno dei componenti dovrà essere un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini. Saranno integrate da un medico in rappresentanza delle associazioni di categoria (Anffas, Ens, Uici, Anmic). Verrà ora a mancare lo specialista nel caso da esaminare. Ad oggi non sono più previste commissioni specifiche per la cecità o la sordità.

Nel caso le valutazioni riguardino i minori, per le commissioni è previsto lo stesso numero di componenti ma con differente specializzazione: almeno uno dei medici nominati da Inps deve essere in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini, o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona.

Queste nuove modalità rappresentano un lavoro aggiuntivo, e gravoso, per l'Inps. Il decreto autorizza l'istituto all'assunzione di 1.069 medici (oltre a 142 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei funzionari amministrativi e 920 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei funzionari sanitari del Comparto funzioni centrali), con una spesa a regime di 215.371.872 euro annui. A questi importi, per il 2025, vanno aggiunti 6,6 milioni di euro per la partecipazione alla valutazione di base del medico in rappresentanza delle associazioni di categoria, cifra che aumenta a 32,8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Da qui nascono le prime difficoltà dell'istituto. In questa prima fase di avvio della sperimentazione, segnaliamo una possibile criticità, vista la difformità dei modelli organizzativi delle sedi territoriali dell'istituto, anche in relazione al personale da assumere.

Inoltre, la Cgil, da subito, ha segnalato una possibile difficoltà nell'organizzazione dell'Inps in tempi stretti. Le assunzioni dei medici, soprattutto specializzati in medicina legale, e il loro reperimento, si è palesato immediatamente come un ostacolo concreto. A rafforzare la nostra tesi è stata l'ultima stesura bollinata della cosiddetta legge di bilancio. Nell'art. 38⁸ (Disposizioni in materia di sperimentazione della riforma sulla disabilità) viene autorizzato uno spostamento di 20 milioni dall'autorizzazione di spesa di 71.629.000 per il 2025, previsti dall'articolo 9, comma 7, del d.lgs. n. 62/2024, necessari all'incremento della dotazione dell'organico dell'Inps. Nel triennio 2024-2026, l'Inps, per la piena

⁸ Disegno di legge di bilancio 2025-2027.

attuazione della riforma sulla disabilità, introdotta dal d.lgs. n. 62/2024, dovrebbe assumere, come già specificato in precedenza, in conformità alle vigenti norme, 1.069 medici legali, 142 amministrativi e 920 sanitari. Il comma 1 autorizza l'Inps a conferire incarichi, anche su base convenzionale con altre pubbliche amministrazioni, per prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali e per il reperimento del personale amministrativo e sanitario nel limite di spesa di 16 milioni di euro per l'anno 2025.

La norma è stata resa necessaria viste le problematiche che la Cgil ha già espresso all'indomani dell'uscita del d.lgs. n. 62/2024. La necessità di trovare rapidamente, per l'inizio del 2025, il personale necessario è sorta sia da una lentezza e un ritardo delle procedure assunzionali, nonché dalla difficoltà riconosciuta di reperire le figure richieste, soprattutto medici e operatori sociali.

Oltretutto, è da evidenziare che le risorse destinate al comma 1 non saranno investimenti per un espletamento futuro di tutte le incombenze Inps, ma serviranno solamente a coprire un ritardo amministrativo. Viste le poche risorse destinate negli anni alle politiche in favore delle persone con disabilità, questi «sprechi» sono inaccettabili.

Inoltre, è importante che le eventuali convenzioni ed incarichi vadano stipulati esclusivamente col personale già presente nelle pubbliche amministrazioni.

Il comma 2 prevede la spesa di euro 4 milioni per le spese di funzionamento dell'Inps, necessarie per la riforma. L'Inps, sostituendo completamente le Aziende sanitarie locali per la valutazione di base, ha necessità di strutture adeguate. Visti i tempi stretti (ricordo che la riforma partirà in via sperimentale il 1° gennaio 2025 nelle nove province), viste le difficoltà di reperire strutture nei territori e visti i ritardi di una riforma forse poco concertata, l'Inps ha una necessità impellente di adeguare i propri locali.

2.4. I nuovi criteri

Di particolare rilievo sono le novità riguardanti i criteri di valutazione della condizione di disabilità. L'intero processo valutativo sarà orientato sulla base della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (International classification of functioning, disability and health o Icf), e della Classificazione internazionale delle malattie (Icd) adottate dall'Oms (modello bio-psico-sociale).

Nei procedimenti di valutazione verrà usato anche il Whodas (Who

disability assessment schedule), un questionario sviluppato dall'Oms. Si tratta, appunto, di un questionario di valutazione che misura la salute e la condizione di disabilità. Riguarda i diversi domini della vita quotidiana e delle relazioni.

Il Whodas rileva il livello di funzionamento in sei domini:

1. attività cognitive – comprendere e comunicare;
2. mobilità – muoversi e spostarsi;
3. cura di sé – provvedere all'igiene personale, vestirsi, mangiare e stare da soli;
4. relazioni interpersonali – interazione con altre persone;
5. attività della vita quotidiana – prendersi cura della casa e della famiglia, lavorare e andare a scuola/università;
6. partecipazione – prendere parte a iniziative della comunità, partecipare alla vita sociale.

Il Whodas si basa sull'impianto concettuale dell'Icf. Tutti i domini sono stati sviluppati a partire da un insieme di item dell'Icf, e si riferiscono alla componente «Attività e partecipazione».

2.5. La domanda e la visita

Il decreto legislativo. n. 62/2024 unifica il certificato introduttivo alla domanda. Il certificato introduttivo diventerà esso stesso domanda di accertamento.

Il procedimento per la valutazione di base si attiverà su richiesta dell'interessato, dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, del tutore o amministratore di sostegno se dotato di poteri, con la trasmissione telematica del Certificato medico introduttivo.

L'erogazione delle prestazioni avrà decorrenza dal mese successivo alla data di trasmissione del Certificato medico introduttivo; il certificato, quindi, avrà valore di domanda e non sarà più necessario inoltrare ulteriori richieste.

Il decreto individua in maniera puntuale i soggetti certificatori deputati alla trasmissione:

- medici in servizio presso determinate strutture (Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, centri di diagnosi e cura delle malattie rare);
- medici autorizzati dall'Inps (medici di medicina generale, pediatri, medici in quiescenza, liberi professionisti, medici in servizio presso strutture private accreditate); ai fini dell'autorizzazione, spetta all'Inps verificare la formazione specifica necessaria nei modi indicati dal Ministero della Salute.

La valutazione di norma avverrà sempre in presenza. Solo in casi eccezionali, che saranno definiti con uno specifico decreto, si potrà chiedere la valutazione sugli atti.

L'art. 6, comma 8, del decreto stabilisce che il procedimento di valutazione di base venga concluso entro 90 giorni, nei casi riguardanti soggetti con patologie oncologiche entro 15 giorni e, nei casi di soggetti minori, entro 30 giorni dalla ricezione del certificato medico.

Ma sarà veramente possibile rispettare queste tempistiche, visti gli evidenti ritardi segnalati, ad oggi, dai territori?

Come già illustrato, la valutazione non sarà più strettamente medica, visti gli strumenti internazionali soprarichiamati (Icf, Icd, Whodas), ma contestualizzata secondo il nuovo modello bio-psico-sociale, in cui verranno prese in considerazione anche le caratteristiche sociali ed i servizi erogati. Ne consegue una valutazione più completa, ma è necessario evidenziare il rischio che si acuiscano le discrezionalità della valutazione, con differenze nette e sostanziali tra i territori.

Da tale discrezionalità ne potrebbe derivare anche una maggior difficoltà di contestazione della valutazione, a discapito dei diritti stessi della persona con disabilità e delle loro famiglie.

2.6. La valutazione multidimensionale

Dopo la conclusione della valutazione di base, su richiesta del diretto interessato, o di chi lo rappresenta, si attiva la valutazione multidimensionale e il conseguente progetto di vita.

Il Capo III del d.lgs. n. 62/2024 definisce la valutazione multidimensionale e il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

La valutazione multidimensionale dovrebbe individuare gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni e i servizi volti a supportare la persona nei diversi ambiti di vita, anche eliminando eventuali ostacoli.

Multidimensionale significa, appunto, che riguarda i vari aspetti della vita quotidiana della persona, i vari «domini» per usare la terminologia propria dell'Icf. La valutazione si ispira per un approccio bio-psico-sociale, non solo sanitario.

La valutazione multidimensionale, a differenza della valutazione di base, è demandata agli ambiti territoriali.

L'unità di valutazione multidimensionale è sostanzialmente formata da due tipologie di componenti: i componenti necessari (art. 24, comma 2) e i componenti su richiesta della persona con disabilità o di chi la

rappresenta (art. 24, comma 3), anche in funzione dell'età della persona con disabilità.

Sono componenti necessari dell'unità di valutazione multidimensionale:

- la persona con disabilità e chi la rappresenta;
- la persona che supporta nel procedimento, se nominato dall'interessato;
- un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- uno o più professionisti sanitari designati dall'azienda sanitaria o dal distretto sanitario, col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, uno dei quali assume il compito di coordinatore dell'unità;
- un rappresentante dell'istituzione scolastica in caso di soggetti in età scolare;
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità, senza oneri a carico della finanza pubblica;
- un membro dei servizi per l'impiego nel caso in cui la valutazione di base abbia accertato la collocabilità lavorativa.

Gli altri componenti «a partecipazione» sono individuati su richiesta e indicazione della persona con disabilità.

Sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale viene predisposto il progetto di vita che individua i sostegni, il budget di progetto e gli eventuali accomodamenti ragionevoli.

2.7. Il progetto di vita

L'articolo 18 del d.lgs. n. 62/2024, ai commi 1 e 2, recita testualmente: «1. Il progetto di vita è diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri.

«2. Il progetto di vita individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita, compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali [...].».

Il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato è riconosciuto come diritto fondamentale delle persone con disabilità, e deve garantire la loro auto-determinazione.

Il Progetto rappresenterà il documento all'interno del quale saranno contenute tutte le informazioni relative alla persona con disabilità, con il quale dovranno relazionarsi i progetti educativi, i programmi riabilitativi, di inclusione scolastica, di inserimento sociale e lavorativo predisposti per garantire alla persona pari opportunità in ogni ambito della vita.

Come già accennato, la persona con disabilità, o chi ne fa le veci, può avanzare la richiesta del progetto di vita, al quale può rinunciare in ogni momento o del quale può chiedere modifiche durante l'arco della vita. L'istanza per l'avvio del procedimento è presentata all'ambito territoriale di residenza se dotato di personalità giuridica, o in mancanza al Comune di residenza o a uno dei Punti unici di accesso (Pua) stabiliti dalla Regione.

Nel progetto di vita sono definite le sfere di competenza e le attribuzioni di ciascun soggetto coinvolto nella sua attuazione.

Nel caso la persona con disabilità si trasferisca in un'altra regione, il progetto va riformulato dopo una nuova valutazione multidimensionale.

Lo stesso progetto viene rimodulato nel caso si modifichino i contesti di vita o di residenza. Comunque, deve essere garantita la continuità dei sostegni.

Questo sicuramente è un punto di forte criticità, visti i divari territoriali che sussistono ancora oggi, e vista la legge 26 giugno 2024, n. 86, recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni. Come già da tempo sostenuto dalla Cgil, questa riforma non potrà che aumentare il divario territoriale, a scapito di tutte e tutti i cittadini, soprattutto nei confronti di chi vive già in situazioni di grande difficoltà.

All'interno del progetto di vita sono comprese anche le misure previste per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale, nonché gli eventuali sostegni erogabili in favore del nucleo familiare e di chi presta cura ed assistenza.

La persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l'attivazione, partecipa a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte.

Il progetto di vita deve essere sostenibile nel tempo ovvero garantire continuità di: strumenti, risorse, interventi, benefici, prestazioni, servizi e accomodamenti ragionevoli.

La titolarità del progetto di vita, la sua attivazione, redazione e monito-

raggio spettano alla persona con disabilità, attore attivo e partecipe alla costituzione e implementazione del progetto.

Tra i soggetti che hanno una qualche titolarità nella composizione del progetto di vita, oltre agli enti territoriali, vi sono infatti i componenti della Unità di valutazione multidimensionale: l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, la persona di supporto, se nominata dall'interessato, un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali, uno o più professionisti sanitari designati dall'azienda sanitaria, un rappresentante dell'istituzione scolastica e, ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e il medico di medicina generale o il pediatra.

Un ulteriore elemento di novità è rappresentato dall'introduzione di una inedita figura professionale: «il referente per l'attuazione del progetto di vita». Quest'ultimo avrà compiti di monitoraggio e attivazione del progetto ma anche di coordinamento delle altre figure professionali coinvolte; inoltre dovrà essere il garante della partecipazione attiva della persona con disabilità, del caregiver o di altri familiari nelle fasi di monitoraggio, verifica e rimodulazione del progetto.

Il progetto di vita è accompagnato dal budget di progetto: «costituito, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali». Il budget viene predisposto secondo i principi della co-programmazione, della co-progettazione con gli enti del terzo settore, dell'integrazione e dell'interoperabilità nell'impiego delle risorse e degli interventi pubblici e, se disponibili, degli interventi privati.

Il decreto legislativo istituisce, ad integrazione degli altri fondi già esistenti, un Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, dotandolo di 25 milioni di euro annui, dal 2025, con lo scopo di incentivare l'attivazione di interventi, prestazioni e sostegni ulteriori che attualmente non sono contemplati negli ordinari schemi di offerta del territorio di riferimento, con conseguente incremento degli oneri a carico dei soggetti attuatori.

Ma siamo veramente sicuri che un fondo di 25 milioni sia una risorsa congrua per realizzare le finalità sul progetto di vita previste dalla riforma?

Inoltre, le Regioni, sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali, dovranno co-programmare annualmente con gli enti del terzo settore gli strumenti correttivi di integrazione dei propri interventi sociali e sanitari.

Anche questo potrà portare non poche differenze territoriali e disparità nelle condizioni di vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Il progetto di vita pone molta attenzione al contesto di riferimento, ponendo al centro la persona con disabilità, i suoi bisogni, le sue necessità, i suoi desideri, al fine della piena inclusione. Troppo spesso le intenzioni sono rimaste buoni propositi, frequentemente le fasce più vulnerabili della popolazione sono rimaste con un contenitore vuoto in mano. Questa riforma, il progetto di vita, e tutto quello che ne consegue non potranno mai funzionare senza alcuni punti cardine, quali:

- la condivisione delle politiche, con le parti sociali, con tutte le associazioni di categoria, con le persone con disabilità e le loro famiglie;
- la condivisione con gli altri ministeri, con le Regioni, con gli istituti coinvolti e con tutte le forze politiche;
- lo stanziamento di congrue risorse, che possano veramente supportare le politiche di inclusione a 360 gradi, non lasciando indietro nessuno;
- il superamento delle differenze regionali, soprattutto in ambito sanitario e sociosanitario, sulle spese per il sociale dei Comuni.

Il 2025 sarà l'anno della sperimentazione: da una parte quella riguardante la valutazione di base, dall'altra la valutazione multidimensionale e i progetti di vita. La sperimentazione, come già detto, riguarderà alcuni ambiti territoriali individuati secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e Centro Italia e di differenziazione di dimensioni territoriali: Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste. Alla fine del prossimo anno ci sarà una valutazione degli esiti della sperimentazione.

La valutazione lascerà spazio a modifiche del d.lgs. n. 62/2024? Ci sarà un momento di discussione condiviso? Potremmo veramente valutare come siano andate entrambe le sperimentazioni? La riforma partirà davvero a pieno regime dal 1° gennaio 2026 su tutto il territorio nazionale?

Sono domande che ad oggi non trovano risposta nelle carte.

Infine, non è condivisibile e preoccupa una riforma annunciata come epocale, ma che trascurava di affrontare e definire risposte ai problemi reali come il lavoro, la scuola, il diritto alla salute e il diritto alla mobilità. Se davvero si vuole salvaguardare il benessere delle persone con disabilità, è indispensabile garantire tutti questi diritti.

3. *Gli accomodamenti ragionevoli*

Tra gli interventi del d.lgs. n. 62/2024 che maggiormente possono interessare le organizzazioni sindacali, con riferimento alle implicazioni sul diritto del lavoro, troviamo l'introduzione di una nuova nozione di «accomodamento ragionevole».

La definizione di questo istituto è contenuta nella direttiva Ce 2000/78, art. 5: «Per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste soluzioni ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili».

Questa definizione è stata ripresa da quella introdotta dalla Convenzione Onu⁹.

Nel nostro ordinamento ha fatto il suo ingresso solo a seguito della condanna dell'Italia da parte della Corte di giustizia dell'Unione europea¹⁰ per il mancato recepimento della direttiva 2000/78/Ce.

Di conseguenza il d.lgs. n. 216/2003 ha prescritto il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, imponendo ai datori di lavoro privati e pubblici di adottare «accomodamenti ragionevoli» nei luoghi di lavoro per garantire ai disabili la piena uguaglianza. Il datore di lavoro che ometta di adottare queste soluzioni commette discriminazione. Inoltre, le modifiche alla legge n. 68/99, tramite il d.lgs. n. 151/2015, hanno introdotto l'accomodamento ragionevole come una delle misure a cui destinare gli interventi del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili¹¹.

L'accomodamento ragionevole diventa, quindi, uno strumento prezioso per favorire l'inclusione sociale, rendendo possibile a una lavoratrice o a un lavoratore con disabilità di superare lo svantaggio derivante

⁹ Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità, art. 2, comma 4.

¹⁰ Cgue, 4 luglio 2013, C-312/11, Commissione europea contro Repubblica italiana.

¹¹ Legge 12 marzo 1999, n. 68 - «Norme per il diritto al lavoro dei disabili», art. 14 (Fondo regionale per l'occupazione dei disabili).

dal suo stato di salute e avere l'opportunità di svolgere l'attività lavorativa in condizioni di uguaglianza con gli altri lavoratori.

Tuttavia, la disciplina degli accomodamenti ragionevoli ha evidenziato alcuni limiti significativi, sia una definizione poco concreta, sia l'assenza di procedure chiare per la richiesta e l'implementazione di tali misure. La giurisprudenza italiana ed europea sono venute in aiuto a questo istituto, con diverse sentenze che analizzeremo più avanti.

In questo quadro, l'art. 17 del d.lgs. n. 62/2024 ha introdotto il concetto di «accomodamento ragionevole», aggiungendo l'articolo 5 bis alla legge 104/1992: «Nei casi in cui l'applicazione delle disposizioni di legge non garantisce alle persone con disabilità il godimento e l'effettivo e tempestivo esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali, l'accomodamento ragionevole, ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, individua le misure e gli adattamenti necessari, pertinenti, appropriati e adeguati, che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato».

In sintesi, l'accomodamento ragionevole consiste nelle modifiche e negli adattamenti necessari, ove necessario, che non impongano alla pubblica amministrazione, al concessionario di pubblici servizi, al soggetto privato un onere sproporzionato o eccessivo, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio dei diritti civili e sociali, nonché delle libertà fondamentali.

Il decreto n. 62/2024 riconosce l'accomodamento ragionevole in ogni ambito della vita della persona con disabilità. L'accomodamento ragionevole è riconosciuto come «sussidiario» della legislazione vigente. Le persone con disabilità possono richiederne l'adozione alla pubblica amministrazione o ai privati, partecipando anche all'individuazione dell'accomodamento stesso. Nel caso di rifiuto, il richiedente, oltre alla facoltà di agire in giudizio, potrà interpellare l'Autorità garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità¹². Ricordiamo che il 5 marzo scorso nella «Gazzetta Ufficiale» è stato pubblicato il decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, che istituisce il Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, come organo collegiale composto dal presidente e da due componenti, operativo a decorrere dal 1° gennaio 2025.

¹² D.lgs. 5 febbraio 2024, n. 20 - «Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione della delega conferita al Governo».

Tutto questo ci impone un nuovo slancio per «sfruttare» l'istituto degli accomodamenti ragionevoli in maniera adeguata nel mondo del lavoro. Come già accennato in precedenza, la giurisprudenza negli ultimi anni è stata di grande aiuto. In primis, quella europea ha chiarito che il concetto di accomodamento ragionevole «si riferisce all'eliminazione delle barriere di diversa natura che ostacolano la piena ed effettiva partecipazione delle persone con disabilità alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori»¹³. La giurisprudenza italiana, ultimamente, ha allargato il concetto degli accomodamenti ragionevoli, non individuandoli, come era consuetudine, al solo abbattimento di barriere architettoniche, ma anche ad agevolazioni concrete che influiscono sui contratti di lavoro, come l'organizzazione e i tempi di lavoro. Ad esempio, la sentenza n. 14316 del 22 maggio 2024 della Cassazione, come molte altre, assume una grande importanza, in quanto avvicina l'accomodamento ragionevole al prolungamento del periodo di comports che, per alcune persone con disabilità e con determinate patologie, può essere di ostacolo al mantenimento del posto di lavoro stesso.

4. La riforma della disabilità e l'inclusione lavorativa

Nel progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, il ruolo del lavoro non può che avere un'importanza significativa. Nelle aree di intervento del progetto di vita c'è, appunto, la formazione e il lavoro, nonché troviamo un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità¹⁴ come componenti dell'unità di valutazione dimensionale incaricata ad elaborare il progetto di vita. Il lavoro diventa un punto centrale anche ai fini dell'inclusione e partecipazione.

Il lavoro è un diritto sancito dalla nostra Costituzione. L'articolo 4 cita testualmente: «La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società».

Da un lato il lavoro come un diritto che la Repubblica riconosce a tutti i cittadini, promuovendo le condizioni che lo rendono effettivo, dall'altro

¹³ Cgue, 11 aprile 2013, C-335/11, Hk Danmark, punto 54.

¹⁴ Art. 6, legge n. 68/1999.

un dovere che ogni cittadino è chiamato ad adempiere, svolgendo un'attività o una funzione che contribuisca al progresso materiale o spirituale della società, secondo le proprie possibilità e inclinazioni.

Il lavoro viene inteso anche come un mezzo di partecipazione attiva alla realizzazione della collettività, assicurando anche dignità alla persona. Quindi compito dello Stato è impegnarsi per rendere reale la piena inclusione sociale e lavorativa.

Necessario è sottolineare che le norme internazionali indirizzino gli Stati verso l'adozione di misure finalizzate alla partecipazione delle persone con disabilità al mercato del lavoro «aperto», in quanto si ritiene che le forme di lavoro, protetto o assistito, potrebbero rappresentare una forma di segregazione lavorativa. Questo soprattutto in Europa, dove le misure delle politiche attive, incentrate soprattutto sulla formazione e sulla qualificazione, sono integrate da incentivi e di sussidi.

La legge n. 68/1999¹⁵ è la normativa di riferimento sul tema del lavoro, che ha come finalità la promozione dell'inserimento e dell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità.

Nello specifico, introduce il concetto di Collocamento mirato, ovvero «quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone in base alle loro capacità lavorative, così da inserirle nel posto adatto, attraverso forme di sostegno, analisi del lavoro, soluzione dei problemi connessi agli ambienti lavorativi¹⁶».

La persona giusta al posto giusto è, in estrema sintesi, la ratio della normativa che ha introdotto il collocamento mirato delle persone con disabilità.

La legge n. 68/1999 promuove l'inclusione sul lavoro delle persone con disabilità, attraverso servizi di sostegno e collocamento mirato. La legge 68 obbliga i datori di lavoro pubblici e privati ad assumere persone con disabilità, in relazione a determinate quote¹⁷, proporzionalmente al numero di dipendenti, attraverso servizi di supporto, incentivi all'assunzione e fondi.

Un ruolo cardine in questo percorso dovrebbero averlo i centri per l'impiego, per favorire l'inserimento e l'avviamento lavorativo, la compilazione delle liste del collocamento, il rilascio delle autorizzazioni,

¹⁵ Legge 12 marzo 1999, n. 68 «Norme per il diritto al lavoro dei disabili».

¹⁶ Art. 2, legge n. 68/1999.

¹⁷ La legge n. 68/1999 impone a tutti i datori di lavoro, pubblici e privati, con più di 15 dipendenti, di riservare una quota delle proprie assunzioni ai soggetti disabili, con percentuale di invalidità uguale o superiore al 46%.

degli esoneri e delle compensazioni territoriali, la stipula delle convenzioni e l'attuazione del collocamento mirato stesso.

Ma questo ruolo negli anni si è progressivamente indebolito, a causa di interventi normativi sulla legge n. 68/1999 (vedi Jobs Act – d.lgs. n. 151/2015), della scarsità delle risorse messe a disposizione per il funzionamento della legge e di tutte le politiche attive per il lavoro, indebolendo i centri per l'impiego, che ad oggi avrebbero bisogno di un nuovo slancio, attraverso congrue risorse umane ed economiche. Bisogna sempre tenere a mente che l'assunzione di lavoratrici e lavoratori con disabilità non deve essere per l'impresa solamente un obbligo di legge da ottemperare, ma un percorso da costruire con accuratezza e precisione, insieme a tutti gli attori sociali.

Un altro punto critico da segnalare è quello introdotto dal d.lgs. n. 151/2015. Dalla disciplina sul collocamento mirato, infatti, è stato eliminato qualsiasi riferimento all'avviamento numerico delle persone con disabilità, se non in casi sporadici, qualora il datore di lavoro non rispetti i termini indicati¹⁸. Pertanto, le persone con disabilità possono attualmente essere assunte mediante richiesta nominativa di avviamento agli uffici competenti o mediante la stipula di convenzioni. È stata generalizzata la richiesta nominativa rispetto alla norma precedente, modifica che la Cgil ha criticato sin da subito, e che ha suscitato perplessità anche da una parte della dottrina che ne ha ravvisato possibili rischi di discriminazione, soprattutto per quelle persone con disabilità più gravi e complesse che necessitano di maggior attenzione per una corretta inclusione lavorativa.

I dati presentanti in questi anni in merito all'occupazione delle persone con disabilità non sono incoraggianti. Come riferimento abbiamo i dati delle Relazioni al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 68/1999, previste ogni due anni dalla legge stessa¹⁹. La Relazione, redatta ora dall'Inapp, si basa sui dati trasmessi dalle Regioni e dalle Province autonome al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. L'ultima Relazione²⁰, l'undicesima, è stata presentata pubblicamente nella primavera scorsa e illustra i dati del 2020 e 2021.

¹⁸ Art. 6, d.lgs. 4 settembre 2015, n. 151 «Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183».

¹⁹ Art. 21, legge n. 68/1999.

²⁰ XI Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 - «Norme per il diritto al lavoro dei disabili».

Da evidenziare che la rilevazione dei dati è avvenuta nei due anni di pandemia da Covid-19, quindi sono influenzati dagli avvenimenti del biennio, ma comunque rimangono significativi, in quanto rispecchiano una tendenza costante negli anni.

Le persone con disabilità in cerca di una occupazione e, a tal fine, iscritte agli elenchi competenti per il collocamento mirato risultavano 794.937 nel 2020, diminuite a 774.507 nel 2021. La presenza di donne iscritte agli elenchi è inferiore agli uomini in entrambe le annualità, 331.238 nel 2020 e 323.350 nel 2021. Le iscrizioni nelle regioni del Sud e delle Isole del nostro paese rappresentano una percentuale tra il 54% e il 56% del totale nazionale, con il Centro Italia che raccoglie stabilmente circa il 18%, seguito poi dal Nord-Ovest e infine dal Nord-Est. Le nuove iscrizioni nel 2020 superano le 53 mila registrazioni (oltre il 40% inferiori all'annualità precedente, a causa della pandemia) per poi crescere nuovamente nel 2021 a 85 mila.

Risultano occupati solo il 12% di coloro che hanno una limitazione grave e il 28,9% di coloro che hanno una limitazione non grave, il tasso di «ritiro dal lavoro» è molto elevato, 48,4% tra le persone con gravi limitazioni e al 38,9% tra quelle con limitazioni non gravi.

Le assunzioni nel 2020, per i datori pubblici e privati, sono state 32.778 di cui 13.695 donne, e nel 2021 41.323 di cui donne solamente 17.777. La tipologia di contratto prevalente è quella a tempo determinato, con il 59% delle registrazioni in entrambe le annualità. Il ricorso al tempo indeterminato resta appannaggio del 25-26% delle assunzioni, con una quota femminile che non raggiunge il 40% dei casi dichiarati.

A livello territoriale, le regioni con il maggior numero di assunzioni segnalate sono in entrambe le annualità il Veneto, la Lombardia e la Toscana. Rilevanti incrementi nel corso del biennio si segnalano per la Calabria, la Sardegna e la Valle d'Aosta.

Ulteriore informazione utile è costituita dal numero di risoluzioni dei rapporti di lavoro tra datore di lavoro e dipendente. Nel settore privato, si sono registrati 23.473 casi nel 2020 e 26.439 nell'anno successivo, con la causa prevalente nella cessazione del termine nei contratti a tempo determinato, circa un terzo. Questa tipologia di risoluzioni non coinvolge soltanto il settore privato, ma anche la pubblica amministrazione, che sempre più frequentemente, con una inversione di tendenza, utilizza contratti a tempo determinato.

Inoltre, l'istituto del tirocinio potrebbe rappresentare uno strumento efficace nella progettazione del percorso di autonomia e indipendenza delle persone con disabilità. Sono meno di 10 mila i tirocini attivati presso i

datori di lavoro privati nel 2020, cresciuti a oltre 11 mila nel 2021, con il ricorso prevalente ai tirocini extracurricolari e a quelli finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione.

Si evidenzia che la quota di riserva²¹ nel 2020 si attesta su 524.400 posizioni, di cui ne sono rimaste scoperte 154.649, mentre nel 2021 la quota di riserva è pari a 540.527 con una scopertura di 162.454. Le posizioni scoperte si attestano dunque al 29,5% nel 2020 ed al 30% nel 2021, di queste percentuali circa il 40% riguarda le piccole imprese ed il 28% quelle di maggiori dimensioni.

È chiaro che permangono le difficoltà cronicizzate storicamente nell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità e che riguardano un mercato del lavoro con forti carenze: la mancanza di collegamento tra scuola e lavoro, le disparità sociali e territoriali esistenti nel nostro Paese, le scarse risorse per le politiche attive del lavoro, alcune riforme che negli anni hanno messo in crisi il sistema del collocamento mirato, e, non ultima, la mancanza di confronto tra le istituzioni e le parti sociali. Il lavoro di riforma a compartimenti stagni degli ultimi anni non può creare i presupposti per migliorare i dati sul lavoro. Oltretutto, le differenze territoriali, per quanto riguarda anche questa materia, sono evidenti. Le Regioni, a cui è affidata la delega sui temi del lavoro, si muovono in maniera completamente differente tra loro. Il Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità²² è uno strumento non sempre ben usato, anzi. Al di là di alcune Regioni virtuose, troviamo spesso un uso non adeguato e poco efficace. Manca un monitoraggio serio e costante su questo, c'è bisogno di maggior concertazione e di un coinvolgimento dei sindacati sulle possibili azioni da intraprendere attraverso l'uso del fondo.

Infine, è necessario ribadire che il sindacato, la Cgil, continuerà ad impegnarsi per sostenere e proporre soluzioni concrete per abbattere le troppe barriere ancora presenti, per produrre quel cambio culturale necessario a realizzare una piena inclusione, ad ogni livello, per tutte le lavoratrici e lavoratori, le cittadine e i cittadini con disabilità.

²¹ Quota variabile di posti di lavoro che i datori devono riservare in favore delle persone con disabilità – articolo 4, legge n. 68/1999.

²² Art. 14, legge n. 68/1999.

Riferimenti bibliografici

Oil, 2015, *Decent work for persons with disabilities: promoting rights in the global development agenda*.

Oecd, 2023, *Disabilità, lavoro e inclusione in Italia: Una migliore valutazione per una migliore assistenza*, Oecd Publishing, Parigi.

RPS

DIBATTITO

Le donne tra cura e lavoro

(Save the Children, 2024,
Le equilibriste. La maternità in Italia 2024,
Save the Children Italia, Roma)

La maternità in Italia: un ostacolo per il lavoro femminile

Azzurra Rinaldi

RPS

La maternità rappresenta un ostacolo significativo alla partecipazione femminile nel mercato del lavoro in Italia, dove il tasso di occupazione delle donne (63,8%) è tra i più bassi in Europa. Il calo delle nascite, scese sotto le 400.000 unità nel 2023, riflette la difficoltà di conciliare lavoro e famiglia, acuita da una carenza strutturale di servizi e politiche di sostegno. Le disuguaglianze emergono anche nell'occupazione: il 69% delle donne senza figli è attivo, contro il 58% delle madri, spesso relegate a part-time involontario (31,3%) o costrette a dimissioni per l'assenza di supporti adeguati. Il lavoro di cura non retribuito, pilastro trascurato delle società moderne, impegna le donne il doppio rispetto agli uomini e rappresenta un valore economico rilevante (12% del Pil in Italia). Questo scenario è alimentato da un sistema patriarcale e capitalista che perpetua disparità di genere, relegando le donne al ruolo di caregiver. Interventi strutturali, come il potenziamento dei servizi per l'infanzia e una riforma del congedo di paternità, uniti a un cambiamento culturale, sono cruciali per promuovere un sistema più equo e un mercato del lavoro che valorizzi pienamente le competenze acquisite dalle donne italiane e non solo.

1. Premessa

Il rapporto «Le Equilibriste» di Save the Children offre un quadro completo e allarmante delle difficoltà affrontate dalle donne italiane nel conciliare la maternità con il lavoro retribuito. Lo studio mette in evidenza un sistema socio-economico che spesso penalizza le madri, con conseguenze significative non solo per loro, ma anche per l'intera società.

Il Report esamina le politiche familiari in Italia, confrontandole con quelle di altri paesi europei che (a differenza del nostro) hanno investito negli anni, per supportare il lavoro delle donne e in questo modo invertire il trend demografico. In Italia, le politiche di sostegno alla maternità sono insufficienti, con un sistema di congedo parentale che non garantisce una protezione adeguata per le madri lavoratrici. Inoltre, la disponibilità di servizi per l'infanzia è limitata, a causa di una strutturale carenza di asili nido e di servizi educativi per i bambini e le bambine sotto i tre anni.

Nel dettaglio, il Report sottolinea la necessità di puntare su politiche familiari efficaci per sostenere le madri lavoratrici e promuovere la

natalità, mettendo in risalto l'urgenza che dalle istituzioni parta un impegno maggiore per garantire un equilibrio tra lavoro e famiglia, offrendo supporto alle madri e ai padri nella cura dei figli e nella gestione delle responsabilità lavorative.

Il Report, denso di dati, può rappresentare un utile spunto di partenza per una riflessione più complessa sul tema della maternità in Italia: è grazie ad un uso accorto dei dati che è possibile mostrare come la maternità, in Italia, rappresenti un vero e proprio ostacolo per la piena partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

2. Il declino della natalità e la maternità posticipata

Com'è noto, negli ultimi decenni, l'Italia ha affrontato un crescente declino demografico, segnato da una bassa natalità e da un concomitante invecchiamento della popolazione. Questi fenomeni sono strettamente legati a fattori economici, sociali e culturali, che stanno influenzando profondamente la vita quotidiana dei cittadini, in particolare dei giovani e delle donne. Se ne parla molto, ma si agisce poco per risolverlo: il declino demografico è uno dei problemi più evidenti (e persistenti) dell'Italia contemporanea. Nonostante l'attenzione crescente sul tema, il numero di nascite è sceso sotto le 400.000 unità nel 2023, attestandosi su un volume complessivo di 379.000 nuovi nati, con un calo del 3,6% rispetto all'anno precedente. Questo declino è attribuito principalmente alla diminuzione del numero di donne in età fertile, a sua volta dovuta al calo delle nascite a cui abbiamo assistito negli ultimi decenni.

Il dato del 2023 rappresenta un record storico negativo, con il numero medio di figli per donna che si attesta a 1,20, ben al di sotto del livello di sostituzione generazionale (rappresentato da un minimo di 2 figli per coppia).

In questo contesto, un dato significativo è l'età media nella quale si riesce ad avere il primo figlio, età che continua a salire, raggiungendo i 31,6 anni. Inoltre, l'8,9% delle primipare ha superato i 40 anni. Questi dati riflettono non solo una tendenza al posticipo della maternità, ma anche le difficoltà che le donne affrontano nel pianificare una famiglia in un contesto lavorativo e sociale a loro decisamente poco favorevole. Non è solo un tema delle donne, ovviamente. Anzi, piuttosto si tratta di un argomento legato alle concrete possibilità di scelta delle persone giovani, che vivono in un contesto di incertezze economiche, con un mercato del lavoro instabile, contratti precari e una disoccupazione

giovanile che resta tra le più alte d'Europa. La difficoltà di trovare un impiego stabile e ben remunerato rende complicato pianificare un futuro sereno e, di conseguenza, molte coppie rinviando o rinunciano alla decisione di mettere su famiglia. I costi elevati per l'acquisto di una casa, unitamente alla scarsità di politiche abitative accessibili, rendono ulteriormente difficile realizzare il sogno della famiglia.

Questa situazione determina un declino demografico che ha conseguenze profonde per il futuro economico e sociale del paese. La riduzione della popolazione attiva, infatti, rischia di compromettere la sostenibilità del sistema previdenziale e di accentuare le disuguaglianze tra le generazioni.

RPS

Azzurra Rinaldi

3. Le disparità di genere nel mercato del lavoro

La maternità, nel nostro paese, si rimanda anche a causa delle discriminazioni che le donne continuano a subire nel mercato del lavoro. Certamente, il quadro normativo provvede a tutte le garanzie possibili, ma gli stereotipi di genere sono ancora profondamente radicati, al punto da incidere drammaticamente sulle opzioni reali di cui le donne italiane possono disporre.

Non vi è alcun dubbio: le disparità di genere nel mercato del lavoro, in Italia, sono particolarmente accentuate e la maternità aggrava ulteriormente il divario.

Il tasso di occupazione femminile è del 63,8%, uno dei più bassi in Europa. E questo dato è ancora più preoccupante quando si analizzano le differenze tra donne con e senza figli. Mentre il tasso di occupazione delle prime sfiora il 69%, quello delle seconde non raggiunge neppure il 58%.

Sul fronte opposto, il tasso di occupazione maschile è dell'83,7% e si tratta di un'occupazione che non viene impattata dall'evento della paternità. Questo divario non è solo un problema di equità, ma anche un indicatore della scarsa capacità del sistema di supportare le donne che scelgono di diventare madri.

L'avere figli, come abbiamo visto, incide in maniera inequivocabile sul tasso di occupazione femminile. Ma non solo: un altro dato che fornisce informazioni circa la difficoltà di conciliare lavoro e famiglia è l'ampio ricorso al lavoro part-time. Il 31,3% delle donne occupate lavora part-time, spesso in maniera involontaria. Tra le madri, questa percentuale sale al 36,7%. Questo tipo di occupazione, pur offrendo maggiore

flessibilità, è spesso associato a salari più bassi e a minori opportunità di crescita professionale.

Un dato ancora più preoccupante riguarda le dimissioni volontarie: nel 2022, il 72,8% delle dimissioni di genitori con figli da 0 a 3 anni ha riguardato le madri. Le motivazioni principali sono legate alla difficoltà di conciliare il lavoro con la cura dei figli, evidenziando l'assenza di un sistema di supporto adeguato.

Questa tendenza non solo priva le donne di un'indipendenza economica fondamentale, ma contribuisce anche a perpetuare stereotipi di genere che vedono le donne principalmente come caregiver. Sotto il profilo dell'indipendenza economico-finanziaria, l'allarme per l'Italia arriva dall'Ocse: ben il 22% delle donne, nel nostro paese, si trova in una condizione di dipendenza economica e questo deriva, ovviamente, dalla loro presenza precaria sul mercato del lavoro.

Ma se consideriamo il fenomeno in una prospettiva più ampia, non possiamo evitare di sottolineare che le dimissioni volontarie delle donne e la loro scarsa presenza sul mercato del lavoro rappresentano una perdita di competenze e talenti che si traduce in un impatto negativo sulla produttività e sulla competitività dell'intero paese.

4. I servizi per l'infanzia: una risorsa insufficiente

In Italia, l'assenza strutturale di politiche adeguate a sostegno delle famiglie ha conseguenze significative sulla natalità e sulla partecipazione delle donne al mercato del lavoro. La carenza di servizi essenziali, come gli asili nido pubblici e il tempo pieno nelle scuole, crea ostacoli rilevanti per le famiglie, in particolare per le madri lavoratrici.

Non v'è dubbio che la carenza di servizi per l'infanzia rappresenti uno dei principali ostacoli alla partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

E, com'è prevedibile, questo dato varia significativamente tra le diverse regioni, con una maggiore carenza di strutture in particolare nel Mezzogiorno. Nell'anno educativo 2021-2022, erano attivi 13.518 nidi e servizi integrativi per la prima infanzia, con oltre 350.000 posti autorizzati, coprendo il 28% dei bambini tra 0 e 2 anni. Questo dato è ancora lontano dal target europeo del 33% fissato per il 2010 e ancor più distante dall'obiettivo del 45% previsto per il 2030. Inoltre, è ben al di sotto della media europea, che si attesta al 37,9%. Come anticipato, le differenze regionali sono marcate: nel Centro-Nord si registrano 32 posti

ogni 100 bambini, mentre nel Mezzogiorno solo 13,5, con una copertura del servizio garantita in meno della metà dei comuni (47,6%).

Anche la disponibilità del tempo pieno nelle scuole primarie è limitata e distribuita a macchia di leopardo sul territorio nazionale. Nell'anno scolastico 2021-2022, solo il 38,06% delle classi della scuola primaria offriva il tempo pieno. Questa carenza costringe molte famiglie, e in particolare le madri, a dover conciliare gli impegni lavorativi con orari scolastici ridotti, aumentando il carico di cura e limitando le opportunità professionali.

Nonostante gli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), le difficoltà nell'allocazione delle risorse e nella realizzazione dei progetti rischiano di limitare l'impatto positivo di queste iniziative. La mancanza di servizi adeguati non solo penalizza le donne, ma rappresenta anche un costo per l'economia, limitando il potenziale contributo delle madri al mercato del lavoro.

Un altro aspetto rilevante è la qualità dei servizi offerti. Molti asili nido soffrono di carenze strutturali e di personale, rendendo difficile garantire standard elevati di cura e istruzione per i bambini. Questo problema si riflette negativamente sulla fiducia delle famiglie nei confronti del sistema, spingendo molte madri a rinunciare completamente al lavoro per corrispondere alle aspettative di perfezione che spesso si accompagnano al proprio ruolo (aspettative che, ovviamente, la società proietta solo sulle madri e mai sui padri).

Le carenze nei servizi per l'infanzia e la limitata offerta di tempo pieno nelle scuole hanno un impatto diretto sulla partecipazione femminile al mercato del lavoro. Come dicevamo, le donne sono spesso costrette da questo insieme di fattori a ridurre l'orario lavorativo o ad abbandonare l'occupazione per far fronte alle esigenze familiari. Per invertire queste tendenze, è fondamentale implementare politiche strutturali che supportino le famiglie e promuovano la parità di genere. L'espansione dei servizi per l'infanzia, l'aumento della disponibilità del tempo pieno nelle scuole e l'introduzione di misure di conciliazione tra vita lavorativa e familiare sono passi essenziali per sostenere la natalità e favorire la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

L'assenza di politiche adeguate per le famiglie in Italia crea un circolo vizioso che penalizza sia la natalità sia la carriera delle donne. Interventi mirati e strutturali sono indispensabili per promuovere un ambiente favorevole alla genitorialità e alla parità di genere, contribuendo così al benessere sociale ed economico del paese.

RPS

Azzurra Rinaldi

5. *La cura non retribuita e il carico mentale*

Le attività di cura non retribuita rappresentano un pilastro fondamentale nelle società moderne, anche se spesso vengono trascurate e non sono socialmente ed economicamente riconosciute. Si tratta di attività quotidiane che includono la cura dei bambini, degli anziani, dei malati e delle persone con disabilità. Sono attività che, come anticipato, non vengono remunerate né formalizzate in contratti di lavoro. Ciononostante, hanno un impatto significativo sulla vita di milioni di persone, contribuendo in maniera sostanziale all'economia, al benessere sociale e alla qualità della vita. Tuttavia, la loro invisibilità e la loro mancata valorizzazione continuano a creare disparità di genere e a perpetuare il carico di lavoro non riconosciuto, specialmente in contesti come l'Italia, dove il sistema di welfare presenta ancora numerose lacune.

Le attività di cura non retribuita, che si riferiscono appunto a quelle prestazioni che riguardano l'assistenza diretta a membri della famiglia o a altre persone bisognose di supporto, avvengono al di fuori dei circuiti del lavoro salariato. Questo tipo di lavoro è essenziale per garantire la qualità della vita di chi riceve le cure, ma anche per mantenere il funzionamento di numerosi altri settori, come la sanità, l'istruzione e il welfare.

Nella maggior parte dei casi, queste attività vengono svolte dalle donne del nucleo familiare. Per questo motivo, le attività di cura non retribuite sono strettamente legate alle disuguaglianze di genere (di cui sono anche causa). All'interno del sistema capitalistico, per una scelta precisa e non per caso, pur essendo essenziale per il funzionamento delle società, il lavoro di cura è spesso visto come una responsabilità privata e familiare, piuttosto che come un'attività sociale ed economica che meriti riconoscimento o compenso.

Sebbene queste attività non siano remunerate, il loro valore economico è estremamente significativo. Secondo i dati internazionali, il lavoro di cura non retribuito rappresenta una parte sostanziale del Pil globale. Nel 2019, l'Organizzazione internazionale del lavoro (Oil) ha stimato che, a livello mondiale, il valore economico delle attività di cura non retribuita corrispondeva al 9% del Pil globale, un valore paragonabile a quello dell'intero settore delle telecomunicazioni.

Le stime sul valore del lavoro di cura non retribuito variano a seconda dei metodi utilizzati, ma in genere si valuta che in Europa, e in particolare nei paesi mediterranei come l'Italia, il lavoro di cura non retribuito corrisponda a una quota considerevole dell'economia informale. Ad

esempio, secondo le rilevazioni dell'Istituto nazionale di statistica (Istat), il valore delle attività di cura non retribuita in Italia supera i 200 miliardi di euro, pari a circa il 12% del Pil nazionale.

Un aspetto fondamentale delle attività di cura non retribuita è la forte disuguaglianza di genere che caratterizza questo ambito. A livello globale, sono le donne a fornire la maggior parte del lavoro di cura non retribuito. Secondo l'Oil, le donne dedicano in media il doppio del tempo rispetto agli uomini a queste attività. In Europa, in media le donne consacrano 13 ore a settimana al lavoro di cura non retribuito, rispetto alle 7 ore degli uomini.

Questa disparità ha ripercussioni significative sul piano economico e sociale. In primo luogo, le donne che svolgono attività di cura non retribuita sono spesso costrette a ridurre il loro impegno nel mercato del lavoro retribuito, con conseguenti impatti sulla loro carriera, sui redditi e sulle pensioni di cui potranno beneficiare in futuro (secondo Inps, le donne italiane hanno una pensione media di circa il 40% più bassa rispetto alla pensione media degli uomini). Le interruzioni lavorative legate al lavoro di cura non retribuito contribuiscono anche al cosiddetto «gender pay gap», ovvero la differenza salariale tra uomini e donne.

In Italia, il fenomeno delle disuguaglianze di genere nel lavoro di cura non retribuito è particolarmente evidente. Secondo i dati Istat, le donne italiane dedicano in media 23 ore settimanali al lavoro di cura non retribuito, contro le 11 ore degli uomini. Questa disparità si riflette anche nelle scelte professionali delle donne italiane, che spesso rinunciano a lavorare a tempo pieno o a intraprendere carriere ad alta remunerazione a causa dei carichi familiari. Di conseguenza, le donne italiane tendono ad avere carriere più frammentate, meno remunerative e una pensione più bassa rispetto agli uomini.

Le difficoltà economiche e lavorative che derivano dalla maternità hanno un impatto significativo anche sulla salute mentale e sul benessere delle donne. Le madri spesso si trovano a dover affrontare una doppia pressione: da un lato, le aspettative legate al ruolo di cura; dall'altro, la necessità di mantenere un lavoro retribuito per contribuire al reddito familiare.

Questa situazione può portare a livelli elevati di stress e burnout, con conseguenze negative sia per le madri che per i loro figli. La mancanza di supporto adeguato, sia a livello familiare che istituzionale, aggrava ulteriormente il problema, rendendo la maternità un'esperienza spesso isolante e penalizzante.

Il carico mentale associato alla gestione della famiglia e del lavoro è un

fenomeno largamente sottovalutato. Il carico mentale è un concetto che si riferisce alla gestione costante e invisibile delle attività quotidiane, che spesso include la pianificazione, l'organizzazione e il controllo di tutte le faccende domestiche e di cura. Sebbene molte di queste attività siano svolte fisicamente da una o più persone, è il lato psicologico del lavoro che diventa particolarmente gravoso: chi si fa carico di queste attività deve costantemente pensare, ricordare, programmare e prendere decisioni. Si tratta di un lavoro che non lascia mai tregua, perché le preoccupazioni e le responsabilità sono sempre presenti, anche quando non sono in corso azioni concrete. Questo carico contribuisce a una sensazione di sopraffazione e insoddisfazione, nonché ad una maggiore difficoltà di focus, per le donne che lavorano anche in un'occupazione retribuita. E questo le penalizza ulteriormente sul lavoro.

Il fatto che anche questo pesi soprattutto sulle donne è il riflesso di un'eredità culturale che si è radicata nel tempo attraverso ruoli di genere storicamente definiti. Nonostante le donne abbiano fatto enormi passi avanti verso una maggiore partecipazione nella forza lavoro, la distribuzione del carico mentale rimane sbilanciata. Le donne, anche in famiglie in cui entrambe le parti lavorano, continuano a essere quelle che si occupano di pianificare e gestire la vita familiare, anche quando non sono direttamente coinvolte nel lavoro fisico.

Un aspetto cruciale del carico mentale è la sua interazione con il lavoro retribuito. Molte donne si trovano ad affrontare una doppia giornata lavorativa, in cui sono impegnate sia nel lavoro professionale che nel lavoro domestico. Questo crea una situazione di stanchezza cronica, che si traduce in una continua sensazione di stress e frustrazione. Le donne, infatti, spesso si sentono sotto pressione per riuscire a fare tutto: raggiungere gli obiettivi professionali e, allo stesso tempo, garantire che la casa e la famiglia siano gestite in modo adeguato. Anche in situazioni in cui il partner maschile fa la sua parte nel lavoro domestico, spesso si verifica una divisione ineguale, dove la donna continua a svolgere il ruolo di coordinatrice principale. Questo fenomeno, noto come «gendered division of labor», implica che la donna non solo esegua le attività, ma sia anche quella che pianifica e monitora tutto. Di conseguenza, il carico mentale aumenta, e le donne non riescono mai a separarsi davvero dal lavoro di cura e domestico, anche quando sono fuori casa.

Affrontare il problema del carico mentale richiede un cambiamento strutturale a livello sociale e familiare. Una soluzione fondamentale è la redistribuzione del lavoro domestico e di cura tra tutti i membri della famiglia, al fine di creare una divisione più equa delle responsabilità. Questo implica

che anche gli uomini debbano assumersi una maggiore parte del carico mentale, contribuendo attivamente alla gestione della casa e dei figli, e non limitandosi a svolgere compiti pratici in modo occasionale.

6. Il sistema patriarcale, inquadramento culturale di tutti i fenomeni

Le difficoltà analizzate nel contesto della maternità in Italia si inseriscono in un sistema patriarcale, persistente e radicato, che influenza profondamente la cultura e le strutture socio-economiche del paese. Questo sistema si basa su norme e valori che attribuiscono alle donne un ruolo predominante di caregiver, limitando le loro opportunità di sviluppo personale e professionale.

Il patriarcato, inteso come un sistema sociale e culturale che attribuisce potere e privilegi agli uomini a discapito delle donne, ha radici storiche e culturali profonde, che continuano a influenzare le dinamiche di genere nella società contemporanea. La sua struttura e le sue manifestazioni sono visibili in molti ambiti della vita quotidiana, tra cui il mercato del lavoro, la suddivisione del lavoro domestico, le aspettative sociali e il modo in cui le diverse identità di genere sono costruite e percepite.

Il patriarcato ha origini che affondano nelle società agricole e nelle civiltà, quando la divisione del lavoro tra i sessi si consolidò sulla base di differenze biologiche apparenti. Nel corso dei secoli, le religioni e le tradizioni culturali hanno rinforzato questa divisione, promuovendo l'idea che le donne fossero inferiori agli uomini in termini di intelligenza, capacità decisionali e forza morale. Il dominio maschile è stato quindi sancito da norme sociali che impedivano alle donne di accedere a molte opportunità, inclusa l'istruzione, la partecipazione politica e, non da ultimo, l'autonomia economica.

Una delle manifestazioni più evidenti del patriarcato è la suddivisione del lavoro tra i generi. Sebbene vi siano state innegabili evoluzioni nel corso del XX secolo, il lavoro continua ad essere distribuito in modo diseguale tra uomini e donne, sia nella sfera privata che in quella pubblica. Le donne sono spesso associate a lavori domestici, di cura e di supporto, mentre gli uomini occupano posizioni di potere, prestigio e remunerazione più alta.

Nel contesto del mercato del lavoro, questo fenomeno è testimoniato dalla persistenza della segregazione sia orizzontale che verticale a discapito delle donne. La segregazione orizzontale si riferisce alla tendenza ad impiegare le donne in settori con bassa retribuzione e scarse oppor-

RPS

Azzurra Rinaldi

tunità di carriera, come l'assistenza sociale, l'educazione e la sanità. La segregazione verticale si manifesta invece nella scarsa rappresentanza delle donne in ruoli dirigenziali, scientifici e tecnologici, nonché nelle difficoltà (che riguardano sempre loro e quasi mai gli uomini) nel conciliare carriera e vita familiare.

Secondo i dati forniti dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) per l'Italia, il divario retributivo di genere persiste in modo significativo. Le donne guadagnano, in media, circa il 16% in meno rispetto agli uomini, una disparità che non può essere giustificata esclusivamente da fattori oggettivi come l'esperienza o la posizione lavorativa. Questo divario si amplia ulteriormente per le donne nere, le donne migranti e quelle con disabilità, evidenziando come il patriarcato si intrecci con altre forme di discriminazione sociale.

Il patriarcato non si limita solo a influenzare la distribuzione del lavoro, ma impone anche rigide aspettative sui comportamenti e i ruoli che uomini e donne devono assumere. Gli uomini sono spesso incoraggiati a essere competitivi, assertivi e ambiziosi, mentre le donne sono socializzate a essere empatiche, a curare gli altri e a dare priorità alla famiglia. Queste aspettative sociali sono riflesse anche nelle carriere professionali. Gli uomini tendono a essere premiati per la loro aggressività nel perseguire il successo, mentre alle donne viene spesso richiesto di «provare» la loro competenza in modo più evidente e, anche quando più formate per il ruolo, possono essere percepite come meno capaci rispetto ai colleghi maschi.

Tali aspettative si intrecciano con la percezione che le donne, una volta divenute madri, debbano sacrificare la carriera per la famiglia. Questo fenomeno si riflette nelle politiche lavorative, dove molte donne si vedono costrette ad abbandonare il lavoro per dedicarsi in maniera esclusiva alla maternità o, se continuano a lavorare, ad affrontare discriminazioni o penalizzazioni sul lavoro proprio a causa della loro condizione familiare.

7. *Il patriarcato si interseca con il capitalismo*

Il patriarcato e il sistema capitalistico condividono una relazione intrinseca e spesso interdipendente, in cui ciascuno contribuisce a rafforzare l'altro. Il capitalismo, come sistema economico basato sulla massimizzazione del profitto e sull'accumulazione di capitale, si è storicamente avvalso delle disuguaglianze di genere per mantenere e incrementare la

propria efficienza economica. In questo contesto, il patriarcato ha da sempre costituito la struttura sociale che legittima e perpetua il ruolo subordinato delle donne, sia nella sfera produttiva che in quella riproduttiva.

Uno dei punti centrali di connessione tra patriarcato e capitalismo è la divisione del lavoro, sia in casa che fuori casa. Nel sistema capitalistico, le donne sono state relegate a lavori non retribuiti o sottopagati, in particolare nel contesto domestico e nella cura familiare. Questa dinamica è funzionale al capitale, poiché permette di esternalizzare i costi del lavoro di riproduzione sociale – ovvero tutte quelle attività necessarie alla cura e al mantenimento della forza lavoro, come crescere figli, cucinare, pulire e assistere i membri più fragili della società.

Questi compiti, tradizionalmente svolti dalle donne in maniera gratuita o a basso costo, creano un surplus economico che avvantaggia il sistema produttivo, riducendo la necessità di investimenti in infrastrutture sociali come asili nido, case di riposo e congedi parentali. Inoltre, questa dinamica permette di mantenere i salari relativamente bassi, dato che una parte significativa del lavoro necessario alla sopravvivenza delle famiglie non viene retribuita.

Il divario retributivo di genere non è solo una manifestazione del patriarcato, ma rappresenta anche un meccanismo attraverso il quale il capitalismo massimizza i profitti. Le donne, in quanto forza lavoro meno pagata, costituiscono una risorsa economica che permette alle imprese di ridurre i costi. Anche quando occupano posizioni simili a quelle degli uomini, le donne spesso ricevono salari inferiori, e questo squilibrio viene giustificato con stereotipi di genere o con la percezione delle donne come lavoratrici «secondarie» rispetto agli uomini.

Il patriarcato e il capitalismo collaborano nel perpetuare un doppio sfruttamento delle donne: come lavoratrici nel mercato del lavoro e come figure di supporto nella sfera domestica. Questa doppia pressione si manifesta nella difficoltà, per molte donne, a conciliare carriera e vita familiare, una dinamica che favorisce la loro esclusione dai ruoli di leadership e contribuisce alla precarietà economica di molte famiglie, specialmente quelle monoparentali guidate da donne (le madri single rappresentano, infatti, la categoria di persone meno competitiva sul mercato del lavoro).

Lo sfruttamento capitalistico si basa anche sulla capacità del patriarcato di normalizzare queste condizioni, presentandole come «naturali» o inevitabili. La narrativa secondo cui le donne sono intrinsecamente più adatte al lavoro di cura e alla gestione domestica perpetua una divisione

RPS

Azzurra Rinaldi

del lavoro che avvantaggia il capitale, mentre rafforza stereotipi che limitano le opportunità delle donne. Un altro aspetto cruciale del legame tra patriarcato e capitalismo è il ruolo delle donne come consumatrici. Il capitalismo si avvale del patriarcato per promuovere standard di bellezza irrealistici e aspettative sociali che spingono le donne verso un consumo costante di prodotti legati alla moda, alla cosmetica e al benessere. Questo meccanismo non solo genera enormi profitti per le industrie coinvolte, ma consolida anche il controllo sociale sulle donne, vincolandole a ruoli e ideali che ne limitano l'autonomia.

Comprendere la relazione tra patriarcato e capitalismo è essenziale per sviluppare strategie che affrontino le disuguaglianze di genere in maniera sistemica. Le lotte per l'uguaglianza di genere devono necessariamente essere intrecciate con quelle per una trasformazione economica che metta al centro la giustizia sociale, il riconoscimento del lavoro di cura e la redistribuzione equa delle risorse. Solo attraverso un approccio intersezionale che consideri sia il genere che le dinamiche economiche sarà possibile scardinare i meccanismi che perpetuano il doppio sfruttamento delle donne.

8. *Lavorare per il cambiamento*

Affrontare le problematiche legate all'uguaglianza di genere richiede un impegno concreto e strutturato, in primo luogo da parte delle istituzioni. Una delle priorità a cui le istituzioni sono chiamate a rispondere è il miglioramento ed il potenziamento dei servizi per l'infanzia. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso l'aumento della copertura degli asili nido, in modo da rispondere alle necessità di tutte le famiglie e non solo di una percentuale irrisoria di esse. Inoltre, è indispensabile che questi servizi vengano forniti gratuitamente, in modo da non gravare sui bilanci familiari. Investire nei servizi per l'infanzia significa anche incrementare la qualità dell'offerta, formando personale qualificato e sviluppando strutture sicure e ben attrezzate. Questo intervento non solo supporterebbe le famiglie, ma contribuirebbe anche a creare posti di lavoro e a promuovere una crescita economica sostenibile.

Un altro ambito cruciale riguarda la promozione della parità di genere nel mondo del lavoro. Ciò richiederebbe l'implementazione di incentivi per le aziende che adottano politiche orientate al benessere familiare, come l'introduzione di orari flessibili (per entrambi i genitori e non solo per le madri) e il sostegno alla genitorialità. Parallelamente, la creazione

di network e programmi di mentoring può fornire alle donne strumenti e connessioni utili per sviluppare la propria carriera, riducendo barriere strutturali e culturali.

La riforma del congedo di paternità deve essere un elemento centrale in questa strategia. Occorre incentivare una maggiore partecipazione dei padri, superando le tradizionali asimmetrie nei ruoli genitoriali, e offrire maggiore flessibilità alle madri, così da conciliare al meglio le responsabilità familiari con quelle lavorative. Questa riforma deve essere accompagnata da un'adeguata sensibilizzazione culturale per promuovere un modello di genitorialità condivisa. In questo contesto, l'introduzione di modelli innovativi, come il congedo di paternità obbligatorio della medesima durata del congedo di maternità (e ugualmente retribuito al 100%), può rappresentare una soluzione efficace per stimolare un cambiamento nei comportamenti sociali e aziendali.

Infine, è fondamentale sensibilizzare la società verso un cambiamento culturale che valorizzi il ruolo dei padri (ancora troppo frequentemente svirilizzati e chiamati «mammi» quando adempiono ad un naturale ruolo di cura nei confronti dei propri figli e delle proprie figlie). Attraverso campagne di comunicazione, iniziative educative e il coinvolgimento delle comunità, è necessario promuovere una visione più equilibrata e inclusiva dei ruoli di genere. Queste iniziative dovrebbero includere la collaborazione con scuole, media e organizzazioni della società civile per diffondere messaggi positivi e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza dell'uguaglianza e della condivisione delle responsabilità familiari. Creare una società più equa e solidale significa anche costruire una base più forte per le generazioni future.

I dati del rapporto «Le Equilibriste» evidenziano come, in Italia, la maternità rappresenti ancora una penalizzazione per le donne. Le sfide legate alla suddivisione delle attività di cura tra uomini e donne rappresentano un ostacolo significativo alla piena partecipazione delle donne al mercato del lavoro, con conseguenze negative per l'equità di genere e per la crescita economica del paese.

È fondamentale che le istituzioni, le aziende e la società nel suo complesso lavorino insieme per creare un sistema più equo e inclusivo, in cui la maternità non sia più vista come un ostacolo, ma come una risorsa preziosa per il futuro della nostra società. È necessaria anche una profonda trasformazione culturale della percezione delle bambine e dei bambini. Manca completamente la concezione di bambine e bambini come un bene collettivo, è indispensabile che le madri non vengano lasciate da sole, occorre garantire ai padri la possibilità di svolgere i

propri compiti di cura. L'adozione di politiche efficaci e un cambiamento culturale profondo sono passi imprescindibili per garantire un futuro migliore alle madri italiane e alle generazioni future.

RPS

Riferimenti bibliografici

- Istat, 2023, *Offerta di nidi e servizi integrativi per la prima infanzia | anno educativo 2021/2022*, 23 novembre, <https://www.istat.it/it/files/2023/11/REPORT-ASILI2021-2022.pdf>.
- Istat, 2024a, *Rapporto annuale 2024, La situazione del Paese*, 15 maggio, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf>.
- Istat, 2024b, *Natalità e fecondità della popolazione residente anno 2023*, 21 ottobre, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf>.
- Inps, 2024, *Casellario dei pensionati, Prestazioni pensionistiche e beneficiari del sistema pensionistico italiano*, <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/api/getAllegato/?idAllegato=1007>.
- Save the Children, 2023, *Le equilibriste – La maternità in Italia*, a cura di A. Minello, <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italia-nel-2024>.

Conciliazione e condivisione per rompere la segregazione delle madri nel mondo del lavoro

Susanna Camusso

RPS

L'inverno demografico è un tema ricorrente nel dibattito pubblico italiano, ma poco si pone l'accento sulle sfide quotidiane affrontate dalle madri per tenere insieme il carico di cura non retribuito che pesa sulle donne e la loro occupazione in un mercato del lavoro dove avere figli costituisce un ulteriore svantaggio nel gap di genere. Il contributo evidenzia come nel discutere di natalità occorrerebbe abbandonare retorica e politiche di bonus, per implementare una serie di misure che è possibile ricondurre a due ambiti fondamentali: conciliazione e condivisione. La prima include politiche di welfare per la prima infanzia e politiche lavoristiche, innanzitutto per permettere la permanenza delle madri al lavoro. La seconda promuove la condivisione tramite i congedi, il tempo e la compartecipazione al lavoro di cura. Ad essere rimarcato è ciò che si individua come la vera questione da affrontare: la necessità di rompere una segregazione orizzontale e verticale del mondo del lavoro e che riguarda la questione della cura, oggi classificata come attitudine femminile al massimo da supportare un po', e che costituisce invece un nodo economico essenziale, un tema di sviluppo oltre che di qualità della vita. Ciò chiama in causa una politica per una genitorialità condivisa e la necessità di rivalorizzare lavori legati alla cura, continuando il cammino di un cambiamento in primis culturale.

Il report Istat su nascite e fecondità ha come titolo «Non si arresta la discesa», e come sottotitolo «Ancora un record al ribasso». Il dato del 2023 è in calo del 3,4% rispetto all'anno precedente, e i dati del primo semestre 2024 vanno nella stessa direzione. Diventa quindi facile, nel nostro paese e più in generale nel Vecchio continente, parlare di denatalità e guardare al fenomeno con grande preoccupazione.

È aumentata l'aspettativa di vita, invecchiamo sempre di più e forse per questo sembra via via mancare uno sguardo di prospettiva di lungo termine: guardiamo con disattenzione alle grandi sfide del futuro, più portati a conservare che ad innovare, continuiamo a guardare con diffidenza l'immigrazione, torniamo con una spaventosa normalità ad accettare la prospettiva di una guerra.

Continuiamo a sottovalutare i segnali, magari deboli ma esistenti, sulle paure derivanti da un futuro che per le nuove generazioni ha tante incognite, che non sembrano essere la priorità per le politiche dei governi. Contrasteremo effettivamente il cambiamento climatico o continue-

remo a rinviare la traduzione necessaria del cambiamento, continueremo a procrastinare il fossile o cambieremo le fonti energetiche, anteporremo la parola diplomazia e pace alla parola armi? A volte sembra invece che si preferisca colpevolizzare, nel nostro paese punire, giovani donne e giovani uomini che spendono i loro pensieri e le loro energie per invocare scelte che mettano al riparo il mondo.

Questa miopia si riflette anche nel modo in cui si affronta il tema della denatalità, scaricandone la responsabilità sui giovani, colpevolizzandoli, senza domandarci che aspettative abbiano.

Dovremmo invece interrogarci, riconoscere le diverse circostanze in cui si trovano: quando vi sono libere scelte di non procreare, e quando invece sono desideri che non riescono e non possono concretizzarsi. Analizzando l'uno e l'altro caso, si possono individuare proposte, risposte, scelte da fare, altrimenti – ed è quel che succede – ci si limita a non affrontare la questione, scaricando le responsabilità sui singoli.

Nel primo caso, quanto spesso la scelta di non avere figli, che è e resta legittima e da difendere, è anche influenzata da quelle paure del futuro i cui deboli segnali prima citati?

Poi vi è un altro versante dove non incontriamo segnali deboli, ma numeri e fatti da lungo tempo conosciuti. Il desiderio di genitorialità che non si concretizza. Da un lato c'è chi non può, per problemi di fertilità, di salute, oppure perché si tratta di coppie dello stesso sesso, o single che, anche se provano la strada dell'adozione, trovano porte chiuse e si misurano con gli infiniti impedimenti legislativi, divieti, costi.

Sono casi di cui non si discute mai nel contesto della natalità. Su di loro si preferisce evitare una seria discussione su quali norme sarebbero necessarie. Prevale la stigmatizzazione, la scelta di introdurre regole etiche, morali calate dall'alto, invece di rispondere permettendo al desiderio di genitorialità di concretizzarsi, con una doppia conseguenza: quella che chi può cerca il paese dove trova risposte a questo desiderio; finendo spesso, come sempre quando i divieti sono irragionevoli, per favorire ciò che si vorrebbe contrastare, il mercato, che non si fa scrupolo di utilizzare la tratta, lo sfruttamento, la violenza.

E ancora, ci sono i casi di chi vorrebbe essere genitore, ma non ha le condizioni, le possibilità materiali. E allora bisogna affrontare la questione generazionale di quelle e quei giovani adulti a cui neghiamo l'età adulta continuando ad allungare la soglia entro cui sono considerati «giovani» e costringendoli ad attendere di rendersi indipendenti tra lavoro precario, difficoltà abitative e le altre ragioni che portano tante e tanti ad emigrare per costruirsi una vita migliore.

Dovremmo poi anche discutere le condizioni di chi invece riesce a realizzare il desiderio di genitorialità. Che difficoltà incontra?

Troviamo le risposte nel nono rapporto di Save the Children «Le equilibriste» (2024).

Il rapporto, tra dati e statistiche, descrive la dura realtà di coloro che padri e madri lo sono diventati. Un rapporto che non si limita a dire come stanno, ma indaga le ragioni delle loro condizioni, soprattutto di quelle delle madri, perché di loro si parla, e suggerisce anche alcune soluzioni.

Le equilibriste, lo dice il titolo stesso, parla delle donne, ma, mi perdoneranno le autrici, è una scelta obbligata perché il carico familiare pesa ancora prima e soprattutto su di loro.

Si parla di madri dunque che affrontano intensamente, troppo intensamente – infatti non hanno tempo per sé – l’impegno necessario a tenere in equilibrio la loro vita. La loro vita diventa la scansione dei tempi dei figli, degli anziani, di coloro che nei fatti dipendono da loro.

La condivisione di questo carico, che cresce, seppur lentamente, si scontra comunque con la difficoltà per le donne di vivere in modo soddisfacente e di essere riconosciute nel proprio lavoro e – come viene detto nel rapporto – con il «destreggiarsi nelle pratiche sociali».

Partiamo quindi dal lavoro femminile, o meglio della sua segregazione: le donne sono l’85% degli occupati nel settore del lavoro sociale, il 75% nell’istruzione e il 68% nella sanità; ma se guardiamo in verticalità, le donne sono il 18% delle professioniste e il 22% delle manager.

Giustamente il rapporto sottolinea che la crescita dell’occupazione femminile è in settori dove è già sovrarappresentata; ma non solo: in quei settori – come nel pubblico – sono sempre più frequenti le condizioni di overskilling.

La segregazione verticale dell’occupazione femminile continua a essere una doppia preclusione. Le donne operano in settori più deboli economicamente, sono più precarie per tempo lavorato e inquadramento contrattuale da un lato e dall’altro meno riconosciute per competenze e professionalità. Questo divario non riflette infatti la preparazione delle donne. Se nel 1990 meno del 7% delle donne aveva una laurea, nel 2022 sono il 35%, più degli uomini. Un risultato importantissimo a prescindere, ma che non ha garantito alle donne, seppur più qualificate, l’effettiva parità di opportunità lavorative.

Se ciò è vero per i settori segregati, la situazione non va tanto meglio se esaminiamo i «nuovi» settori come le Stem: secondo i dati Almalaurea il divario salariale è dell’11,8% già tra i neolaureati scientifici.

Dimostrando così che il solo appello volontaristico, quando non colpevolizzante, alle giovani donne di indirizzare i loro studi verso le materie Stem in particolare non risolve la discriminazione. Occorre invece innanzitutto cancellare gli stereotipi sul lavoro femminile e gli ostacoli che lo regolano.

Peraltro la colpevolizzazione delle donne, l'attribuire loro la responsabilità delle discriminazioni che subiscono non è una novità dell'oggi. Ha accompagnato ogni fase di trasformazione come accompagna ora la «rivoluzione digitale», e vedremo quanto l'Intelligenza artificiale costruita sul *machine learning* includerà e riprodurrà pregiudizi atti a mantenere l'assetto patriarcale della società, che caratterizza anche il mondo del lavoro.

Lo scintillio di elogi per una singola donna che sfonda il cosiddetto «tetto di cristallo», se non corrisponde ad un cambiamento per tutte, a opportunità per tutte, rischia di abbagliare ed essere usato per distogliere l'attenzione, nascondendo la «colla» che blocca tutte le altre al pavimento. La celebrazione dei successi individuali, proprio perché eccezionali, non cancella né discriminazioni, né segregazioni, ma, costruendo il mito per cui «se vuoi puoi», produce invece la colpevolizzazione individuale di chi «non ce l'ha fatta».

Per questo merita ricordare la maggior precarietà del lavoro femminile, che è la quota prevalente dei contratti a termine. Le lavoratrici sono troppo spesso le più numerose vittime impoverite dei part-time involontari e degli appalti a poche ore, quando non sono addirittura costrette a rinunciare al lavoro perché responsabili, nei fatti uniche, del *care giving*.

Le statistiche ci consegnano, inesorabili nella ripetizione anno su anno, come queste condizioni diventino più inadeguate e respingenti se si è madri, a conferma di quanta superficialità vi sia nell'invocare la fine dell'inverno demografico senza affrontare le ragioni sociali ed economiche del calo delle nascite.

Come l'istruzione non garantisce una maggiore parità sul lavoro, così l'essere madri rende più difficile la condizione delle lavoratrici in tutti i settori, più o meno tradizionali.

Se la lavoratrice parte da una condizione di discriminazione, il suo diventare madre scompiglia anche lo status quo della discriminazione, e innesca la riluttanza dei datori di lavoro ad assumersene la responsabilità sociale, percepita solo come un carico costoso.

Essere madri si qualifica quindi come un ulteriore svantaggio nel gap di genere.

Il rapporto «Le equilibriste» propone nelle sue conclusioni alcune strade, anche sulla base della comparazione con altri paesi, tema che caratterizza il rapporto di quest'anno.

Sottolinea anche come siano sbagliate, non solo inutili, le misure *ad hoc* o quelle *ad hoc*, che non vedono la complessità, generano nuove discriminazioni, producono disegualianza, corporativizzano la società, e in sintesi determinano non diritti esigibili e universali, ma privilegi per pochi.

Per agire nella complessità indica una serie di misure che è possibile ricondurre a due ambiti fondamentali: conciliazione e condivisione. La prima include politiche di welfare per la prima infanzia e politiche lavoristiche, innanzitutto per permettere la permanenza delle madri al lavoro. La seconda promuove la condivisione tramite i congedi, il tempo e la compartecipazione al lavoro di cura.

Ho volutamente usato conciliazione e condivisione come termini non sovrapponibili. Se si vuol uscire dal fallimentare schema che è la lavoratrice a dover conciliare tutto, facendo appunto l'equilibrista, sacrificandosi fino a rinunciare al tempo per sé e alla sua autonomia, ci devono essere sia politiche pubbliche che supportino la conciliazione nel tempo e nell'organizzazione del lavoro attraverso un uso intelligente e non penalizzante della flessibilità, sia condivisione del lavoro di cura familiare. Condividerlo non è un favore, una galanteria, ma la necessaria partecipazione alla responsabilità, alla fatica, all'impegno del proprio tempo.

Quando si consultano analisi e confronti su questi argomenti, allo scontro sulla lentissima evoluzione che sconfina nella immutabilità del quadro, si aggiunge l'immane verdetto e conclusione: è un problema culturale.

Vero, lo si dice per tutti i componenti del *gender gap*, lo si ripete sulla violenza maschile contro le donne, evidenziando, anche senza saperlo, che è la cultura patriarcale che va destrutturata.

Ma questo non deve essere una giustificazione per l'inazione, anche perché i cambiamenti culturali non avvengono da soli. Le leggi, le norme, le politiche possono determinare rotture e quindi avanzamenti, anche valorizzando quei cambiamenti che cominciano a vedersi nelle ultime generazioni.

Abbiamo già sperimentato, nella storia recente, casi dove scelte normative hanno determinato cambi di cultura, come lo ha fatto la contrattazione collettiva nazionale.

La forza del vincolo applicativo ha permesso o prodotto cambiamenti.

Basterebbe pensare al congedo di maternità obbligatorio e al divieto di licenziamento; o alla legge del 1978 sugli asili nido, o anche alla lunga strada per portare lo 0-6 nella sua giusta dimensione di percorso educativo.

Furono tutte rivoluzioni del pensiero e sconfessioni del primato del profitto a discapito della responsabilità sociale. Ma ora, anni dopo queste rivoluzioni, che bilancio ne traiamo?

Sarebbe sbagliato dare un giudizio negativo. Occorre però essere nette sul fatto che sono rimaste in parte rivoluzioni incompiute, che quanto è stato fatto non è stato e non è sufficiente.

Perché non ci si può assolvere se non hanno avuto carattere universale, se vi sono profonde diversità innanzitutto territoriali ma non solo, se non hanno messo fine alle discriminazioni, se non hanno definitivamente sancito che bisogna dare diritti non giudizi.

Per questo i nuovi diritti necessari devono confrontarsi con quanto fatto e correggerlo, perché si possa accelerare contro le discriminazioni. Non bisogna accontentarsi, ma alzare l'asticella, fare passi più lunghi.

Certo è un'agenda di governo, di grande forza culturale e cambia l'ordine delle priorità: se giustizia sociale è inclusione, il lavoro di cura non può essere relegato esclusivamente nelle famiglie e alle briciole del bilancio.

Sono partita all'inizio di quest'articolo richiamando i numeri della natalità: sappiamo che se li leggessimo senza i nati da genitori stranieri, il tracollo ci sarebbe già stato, ma si continua a negare a quegli stessi bambini cittadinanza e integrazione. Anche in questo caso si preferisce colpevolizzare, discriminare, anziché affrontare il cambiamento.

Per affrontare il *fertility gap*, l'indicatore che segnala la discrepanza fra desideri e concretizzazione, vanno fornite risposte alle difficoltà incontrate dalle madri e descritte nel rapporto.

Una sfida a cui l'attuale governo sembra molto poco interessato, retorica a parte. Nonostante i presunti risultati sbandierati, il Governo Meloni non affronta e non vuole affrontare il *gender gap*, e neanche la complessità, come dimostra la negazione del salario minimo legale che proprio gioverebbe in primis alle donne, favorendo la loro autonomia e indipendenza.

Nonostante la retorica diffusa della destra sul valore di essere madri, e i conseguenti maldestri tentativi di incentivare la maternità, con privilegio a chi ha almeno tre figli, non abbiamo visto nessun atto utile a scardinare gli assetti di potere che determinano la segregazione, né per valorizzare e incentivare la genitorialità.

Usare, come fa la destra al governo, misure una tantum e corporative riflette la volontà di produrre una morale statuale da rispettare, una modalità escludente che mina innanzitutto il principio di autodeterminazione.

Come definire altrimenti chi interviene su norme previdenziali fiscali senza criteri di progressività e giustizia, ma per indicare comportamenti da premiare e altri da penalizzare? Chi invece di utilizzare norme universali, se mai accentuando riconoscimenti a chi ha famiglie più numerose, propone quozienti familiari penalizzanti per le donne?

Questo governo detesta l'autodeterminazione, come ignora le povertà, e per questo ritengo occorra pensare e praticare una visione laica, rispettosa, che dia risposte e non arretri, che intrecci diritti sociali e civili, inscindibili se si tiene a superare le diseguaglianze.

Tornando alle soluzioni suggerite dal rapporto, una di esse riguarda appunto le misure di welfare per la prima infanzia. Come già accennato, la legge del 1978 sugli asili nido era pioniera, ma è un traguardo ancora da raggiungere. Averla ripresa con il Pnrr non ha purtroppo impedito all'attuale governo di tagliare risorse e progetti su asili, tempo pieno, interventi sull'istruzione che certo favorirebbero la conciliazione, ma soprattutto sono essenziali per il futuro di ragazzi e ragazze nell'epoca della conoscenza. È un elemento fondamentale per un'idea di sviluppo capace di includere e rendere universali opportunità e potenzialità, come dimostra la Finlandia.

Sempre su welfare e cura si potrebbe e dovrebbe ragionare di assistenza domiciliare, di politiche di non autosufficienza, di disabilità. Tutti temi che incrociano soprattutto la seconda tappa di abbandono del lavoro per le donne, quella che coincide con la fase in cui devono assumersi la responsabilità della cura dei parenti anziani, ma seguendo il rapporto concentro l'attenzione su aspetti più lavoristici.

Dicevamo che conciliazione non è solo servizi pubblici. Occorre cambiare la natura ormai perversa della flessibilità, che sempre più si traduce in minor tutele e maggior difficoltà per le lavoratrici (si pensi solo a come viene utilizzato il part-time involontario senza orari stabili, con comunicazioni degli orari con un preavviso di 48 ore).

Ogni anno i dati sulle dimissioni volontarie certificano che la conciliazione è spesso impossibile e la condivisione un miraggio, a partire dalla prima maternità e dal primo anno del neonato.

Per la scorsa legge di bilancio avevamo proposto un emendamento – che purtroppo non ha scalfito la posizione della maggioranza – per introdurre, nella procedura delle dimissioni volontarie per impossibilità

di conciliare maternità e lavoro, la possibilità di conciliazione tra le parti presso l'ispettorato. L'idea era di incoraggiarli a esplorare la flessibilità positiva in particolare sugli orari, ad esempio rendendoli compatibili con l'inserimento al nido, ricalibrando tempi di ingresso e uscita, distribuzione degli orari, prevedendo una durata che può ridursi per una fase e tornare poi al normale orario: dare cioè un'opportunità di conciliazione. Quello che potrebbe essere una soluzione normale si scontra però con un'etica dell'impresa indisposta a considerare il valore sociale della maternità e a rimuovere gli ostacoli. Così indisposta che, come ricorda uno studio del 2024 di Carta e al. a proposito dell'effetto della riforma del sussidio di disoccupazione nel Jobs Act citato nel rapporto: «in particolare, nelle imprese dove le madri più esposte sono impiegate e si sono verificate un maggior numero di dimissioni si osserva un aumento delle assunzioni di uomini nella classe 20-45 anni [...] suggerendo che le aziende di fronte a un maggior turn over delle madri tendono a preferire l'assunzione di uomini quando si rivolgono al mercato del lavoro».

Non indicare strade differenti diventa complicità nel processo di espulsione delle neo mamme dal lavoro e implicitamente nel continuare a mettere in alternativa maternità e lavoro.

Se lo Stato e i servizi, le politiche degli orari e l'organizzazione del lavoro sono centrali in una politica antidiscriminatoria, altrettanto importante è affrontare la condivisione.

Tema culturale per eccellenza perché chiama in causa il pregiudizio che la cura sia «naturale attitudine» delle donne e non costruzione sociale dei ruoli, funzionale al patriarcato.

Suona ancor più insopportabile se pensiamo alla continua aggressione alle famiglie arcobaleno, all'esigenza proclamata di un padre insieme a una madre, che poi nella pratica è solo la pretesa di un nome sul certificato di nascita per riconoscere i bambini e le bambine, il cui supremo interesse scompare negli altri casi.

Condividere il lavoro di cura ovviamente non è solo la genitorialità, ma sulla genitorialità la politica avrebbe davanti un'autostrada se stabilisse diritti in capo al padre o comunque all'altro genitore.

Sappiamo tutti e tutte che la forza di tutela del congedo di maternità dipende dall'obbligatorietà, e quindi dalla possibilità per la lavoratrice di esigere il diritto.

Il congedo di paternità, ad oggi solo simbolico con i suoi 11 giorni, non comporta nei fatti gli stessi obblighi e sanzioni.

Molti paesi, europei e non, si sono mossi nella direzione di parificazione

dei congedi obbligatori e della loro piena retribuzione, molti si stanno interrogando proprio per la migliore qualità della vita sul ridurre le giornate settimanali di lavoro, noi invece arranchiamo.

Tempo di congedo e retribuzione di quel tempo vanno affrontati insieme, ancor di più in paesi come il nostro dove il gender gap salariale è significativo. Quel divario è infatti di per sé un incentivo a sacrificare il lavoro delle donne, che meno incide sul bilancio familiare.

Sono innumerevoli i racconti dei permessi di paternità non concessi in nome del: «non hai una moglie che può stare a casa» o del «non vorrai rovinarti la carriera».

Gli stessi scenari si ripetono anche per i congedi parentali.

Ciononostante il cambiamento si affaccia, e la percentuale di padri che usufruisce del congedo è più che triplicata dal 2013 al 2022. Nel 2022 ne hanno usufruito 3 padri su 5, il 64,02%. Pur nelle differenze – più a Nord che a Sud, più nel pubblico che nel privato – il segnale c'è, e proprio per questo servirebbe intervenire per espandere questo diritto. Per accelerare il cambiamento e motivare i padri, sottraendo questo diritto alle ansie generate dalla paura di non essere considerati buoni lavoratori, di subire il giudizio di colleghi o ricatti sulla carriera.

Perché 11 giorni non sono la condivisione, sono un assaggio, un festeggiamento, ma per affermare davvero una genitorialità condivisa abbiamo bisogno di più, come, anche, perché le opportunità di carriera e riconoscimento diventino parole normali e possibili per le madri, non rare eccezioni.

Congedo paritario e retribuito è la chiave per costruire davvero la libera scelta, e aprirebbe la strada per rendere davvero condivisi anche i congedi parentali.

Nella scorsa legge di bilancio solo le proteste hanno impedito che la maggior retribuzione di un mese dei congedi parentali fosse «riservata» alle lavoratrici.

D'altra parte, questo è il governo che ha cancellato la possibilità di lavoro agile per genitori con figli fino a 14 anni, uno dei tanti segnali della cecità con cui affrontano i temi concreti e quotidiani di madri e padri. Non sono tra chi pensa che risolvere la maggiore difficoltà delle madri inneschi di per sé la risoluzione della disegualianza e della discriminazione di genere, so che anche sul versante della cura gli ostacoli per una donna non finiscono con la crescita dei figli.

So cioè che si faranno ben pochi passi sulla parità se non si cambieranno le norme e i criteri con cui si compone il bilancio di uno Stato, cessando di basarsi sul lavoro gratuito delle donne. So che non avanze-

remo in modo significativo se non si affronterà davvero il tema della cura, oggi classificata come attitudine femminile al massimo da sopportare un po', per affrontarlo come nodo economico essenziale, come una visione per la società, come tema di sviluppo oltre che di qualità della vita.

Se non vi è dubbio che tra le donne siano ancor più discriminate le madri, che siano loro le prime equilibriste, le prime a non avere tempo per sé, bisogna continuare a contrastare anche ogni singola discriminazione. Ogni discriminazione mette in discussione l'autodeterminazione, e questa da sempre è la vera posta in gioco.

Per questo bisogna ostinatamente costruire risposte e spazi. Una donna a capo del governo non è una risposta se non affronta la complessità e non rovescia le priorità, e non lo è l'attuale Presidente del Consiglio. Non lo è viste le sue dichiarazioni – ultima in ordine di tempo, «la violenza maschile contro le donne dovuta al disagio e all'immigrazione»; vista l'incapacità di vedere la disuguaglianza e la sua funzionalità all'assetto patriarcale, di riconoscere l'importanza dell'autodeterminazione. Ma la lunga rivoluzione delle donne continua e deve continuare a dettare l'agenda politica, perché essere equilibriste è mostrare eccellenza nell'adeguarsi non libera scelta, e non può bastarci.

Riferimenti bibliografici

- Carta F., Casarico A., De Philippis M. e Lattanzio S., 2024, *Mothers' quits at childbirth and firm level responses*, Lavoro Inps Documento di lavoro, pp. 2-3, in Save the Children, *Le equilibriste*, 2024, p. 25.
- Istat, 2024, *Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023*, Statistiche Report, Istat, 21 ottobre, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf>.
- Save the Children, 2024, *Le equilibriste. La maternità in Italia 2024*, Save the Children Italia, <https://s3-www.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italia-nel-2024.pdf>.

APPROFONDIMENTO

La cura informale di persone anziane con bisogni di Ltc: raccomandazioni dai principali framework internazionali

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Sofritti

L'assistenza informale è la spina dorsale dei sistemi di long-term care (Ltc), ma raramente viene posta al centro delle politiche di questo settore. L'articolo propone un modello per la sistematizzazione e l'analisi delle raccomandazioni internazionali in materia di cura informale fornite dalle principali istituzioni che si occupano di politiche di assistenza agli anziani a livello europeo. La tassonomia delle raccomandazioni in ambito di informal care qui presentata ne consente la riproducibilità per fini scientifici e, allo stesso tempo, ne facilita l'adozione da parte dei policy maker per meglio indirizzare le politiche e gli interventi a supporto dei caregiver informali.

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che un numero crescente di società deve affrontare, soprattutto dal punto di vista della sostenibilità dei servizi di cura e dell'assistenza informale, al fine di soddisfare i bisogni di cure di lungo periodo ovvero di «long-term care» (Ltc) in età anziana. Nel 2015, l'Unece (la «Commissione economica delle Nazioni unite per l'Europa») aveva evidenziato che il confine tra cura formale e informale sta diventando sempre più labile, con quote diverse di questi due tipi di assistenza nei paesi membri, a seconda dei modelli di Ltc adottati nei singoli Stati. In Europa, esistono sistemi di Ltc che prevedono la compresenza di assistenza informale e formale, con un peso diverso a seconda delle caratteristiche di ciascun sistema nazionale di Ltc: ad esempio, in Italia i servizi di Ltc coprono una bassa percentuale della popolazione e meno del 10% delle persone over 65 anni può contare su assistenza domiciliare o residenziale, mentre in altri paesi il tasso di copertura di tali servizi è più elevato (Pavolini, 2021). Considerando il livello di copertura dei sistemi di Ltc europei è possibile identificare quattro diversi modelli (Casanova, Tur-Sinai e Lamura,

* L'articolo è frutto di un lavoro condiviso dagli Autori in ogni sua parte. Ciononostante, i paragrafi 1 e 3.1 sono da attribuirsi a Cristina Calvi, i paragrafi 2 e 3.3 a Georgia Casanova, il paragrafo 3.2 a Federico Sofritti e il paragrafo 4 a Giovanni Lamura.

2020). Il primo, detto «selettivo», riguarda l'Europa centro-orientale e meridionale, dove l'accesso ai servizi pubblici di Ltc è determinato dai bisogni di assistenza e dal livello di reddito dell'assistito. Il secondo, chiamato «misto», coinvolge Belgio, Repubblica Ceca, Irlanda, Italia, Lituania e Slovacchia e prevede la selettività nell'erogazione dei servizi di assistenza o l'universalismo per quanto riguarda il sostegno economico, a seconda del tipo di servizio richiesto. Spagna, Lettonia e Malta hanno un modello «quasi universalistico», in cui l'accesso all'assistenza è determinato dai bisogni degli anziani, senza tener conto del livello di reddito. Infine il modello «universalistico» caratterizza i sistemi di Ltc della maggior parte dei paesi continentali e del nord Europa, erogando servizi o sostegno economico in base alla valutazione dei bisogni. Ne risulta che, da un lato, la cura informale è diventata *de facto* parte del sistema di regolamentazione delle politiche sociali e, dall'altro, costituisce la spina dorsale di molti sistemi europei di Ltc, confermandosi così elemento cruciale nel determinare i modelli di regimi assistenziali (Kraus e al., 2011).

Il tema della cura delle persone non autosufficienti è entrato con forza nelle agende politiche di molti paesi europei a partire dalla metà del secolo scorso: prima nei paesi scandinavi e nei Paesi Bassi, successivamente – verso la fine del secolo scorso – negli altri Stati europei. Tale cambiamento, avvenuto a partire dal riconoscimento della cura come diritto sociale di cittadinanza (Saraceno, 2008), è legato principalmente a due fenomeni: l'aumento del numero di soggetti non autosufficienti e la diminuzione delle cure informali prestate dai familiari (Ranci e Pavolini, 2024). Lo sviluppo dei sistemi di Ltc in Europa si è verificato con tempistiche e modalità differenti (dall'impronta universalista dei paesi scandinavi a quella più residuale del resto d'Europa, in cui in una fase iniziale solo le persone più povere potevano accedere alle prestazioni di cura), ma l'aumento della domanda di prestazioni e servizi di cura da parte di un numero sempre crescente di persone non autosufficienti in età anziana ha fatto sì che la perdita dell'autonomia funzionale iniziasse ad essere considerata un rischio sociale (Ranci, 2010), da gestire attraverso una ricalibratura dei sistemi di welfare¹.

In generale, a partire dalla metà degli anni settanta, i sistemi di welfare

¹ La ricalibratura dell'architettura del welfare può essere considerata come un processo di cambiamento multidimensionale delimitato istituzionalmente. Le ricalibrature che interessano lo stato sociale possono avvenire rispetto a quattro dimensioni: funzionale, distributiva, normativa e istituzionale (Hemerijck, 2008).

europei sono stati oggetto di interventi di trasformazione che hanno comportato una ricalibratura delle policies in ottica di contenimento della spesa pubblica (Ferrera, 2013) e di efficientamento della gestione pubblica attraverso l'adozione di tecniche ispirate al *New public management* (tra gli altri, Neri, 2020). Tali interventi trasformativi sono stati interpretati da molti studiosi come espressioni del neoliberismo (Pier-son, 2001; Craig e Porter, 2006)².

Infine, la tenuta dei sistemi di cura e, più in generale, del cosiddetto stato sociale è stata messa a dura prova anche dalla pandemia da Covid-19 (Naldini, 2021; Pizzuti e al., 2022). In questo contesto, emerge chiaramente il bisogno di riforme strutturali volte sia al rafforzamento dei servizi di cura formali, sia all'aumento delle tutele per i *care recipient* e per i familiari che li assistono (caregiver informali) (Fischer e al., 2022).

Già nel *Madrid international plan of action on ageing* del 2002, i caregiver informali erano stati indicati come persone cui doveva essere garantito l'accesso alle informazioni sulla cura e alle opportunità di formazione in tema di assistenza agli anziani con bisogni di Ltc. Nel 2022, la Dichiarazione ministeriale di Roma (Unece, 2022a) ha sottolineato l'importanza di riconoscere e supportare la figura del caregiver informale come elemento del sistema di Ltc, e anche l'Unione europea ha recentemente attribuito una crescente importanza al ruolo della cura informale, dedicando al tema due intere sezioni del suo ultimo rapporto sulla Ltc (Ue, 2021) e indicando diverse priorità da includere nelle politiche, tra cui la necessità di aumentare l'offerta di servizi di Ltc in modo da ridurre il carico di cura, che ricade prevalentemente sulle donne (Ue, 2022a). L'attenzione che le principali organizzazioni sovranazionali riservano alla cura informale deriva, come anticipato, dal fatto che essa rappresenta uno dei cardini dei sistemi di welfare europei. Più in generale, i compiti di cura che i familiari assumono, spesso sostenuti da interventi economici statali (*cash for care schemes*) e favoriti anche da una

² Altri studiosi (tra cui, Goldstein, 2012; Venugopal, 2015) hanno criticato il concetto di neoliberismo lasciando spazio alla prospettiva comunitarista che permette di prendere in considerazione politiche eterogenee legate alla prospettiva dell'innovazione sociale intesa come «una fondamentale alternativa alla visione neoliberista della società, poiché favorisce la solidarietà rispetto all'individualismo, l'integrazione rispetto all'esclusione, la collaborazione rispetto alla divisione» (Klein, 2013, p. 11, in Moini, 2017). All'interno della cornice dell'innovazione sociale si colloca il paradigma del *social investment* (Morel e al., 2012), la finanziarizzazione del welfare (Caselli e Rucco, 2018) e la creazione di modelli riconducibili al «secondo welfare» (Maino, 2012).

modesta presenza di servizi di cura formali, possono essere interpretati come effetto della spinta neoliberista sia al contenimento della spesa pubblica (in questo caso il risparmio avviene sui servizi di cura formale), sia allo spostamento delle responsabilità di cura «dallo Stato al mercato e dal collettivo all'individuale» (Peterie e Broom, 2024, p. 60), oltre al passaggio dalla logica del diritto individuale a quella del «nessun diritto senza responsabilità» (Giddens, 1998). Il concetto di responsabilizzazione prevede che i cittadini agiscano in maniera «produttiva», diminuendo la loro dipendenza dal welfare state, e può essere annoverato tra le tecniche di governo che si ispirano alla governamentalità foucaultiana (Foucault, 2007). In questo senso, la responsabilità può essere considerata uno strumento della governamentalità liberale che agisce a livello dei singoli cittadini e a livello della popolazione generale per far sì che i comportamenti individuali e quelli di massa siano allineati con gli obiettivi politici (Peeters, 2019, p. 52). Nell'ambito delle politiche sociali, i cittadini sono coinvolti come partner in una sorta di gestione collettiva e di continuo adattamento ai regolamenti governativi che rappresentano la cornice entro cui i soggetti devono assumersi delle responsabilità. In questo senso la responsabilizzazione può diventare anche una categoria con cui interpretare le trasformazioni nelle politiche sociali (Rose, 1996 in Peeters, 2019).

In un contesto frammentato di politiche nazionali di Ltc che a vari livelli convergono nel riconoscere l'importanza della cura informale anche come elemento chiave per la sostenibilità dei sistemi di care, le raccomandazioni europee sul caregiving informale possono rappresentare uno dei punti di osservazione privilegiati per individuare le direzioni impresse dalle ricalibrature del welfare sul tema delle cure di lungo periodo. Dato questo presupposto, ci si è domandati se l'analisi di tali raccomandazioni e una loro sistematizzazione potessero essere utili per meglio indirizzare le politiche nazionali di supporto rivolte ai prestatori di cure informali.

L'obiettivo di questo contributo è quindi duplice: rispondere a un vuoto nella letteratura sulla cura informale rispetto al tema delle raccomandazioni internazionali predisposte dalle principali organizzazioni europee (istituzioni e rappresentanti della società civile) impegnate nel settore dell'Ltc; e fornire un modello per la sistematizzazione e l'analisi di tali raccomandazioni che possa essere utilizzato da policy maker ed enti erogatori di servizi per la progettazione di interventi a sostegno dei caregiver informali.

2. Metodo

Le raccomandazioni sulla cura informale sono state raccolte attraverso un'analisi di materiale «grigio», individuato nella documentazione ufficiale prodotta dai principali stakeholder europei (istituzionali e della società civile) che si occupano di *informal care*. La scelta operativa è duplice: da un lato, sono stati individuati gli stakeholder più accreditati sul tema oggetto di studio: l'Unece, l'Ue, l'Oms, l'Oecd (stakeholder istituzionali) ed Eurocarers (associazione europea che rappresenta associazioni di prestatori di cure informali ed esperti di assistenza informale); dall'altro, sono stati selezionati i documenti chiave da includere nell'analisi. A tal fine, sono stati presi in considerazione i più recenti «Scientific Reports», «Government and expert statements» e «Policy briefs» – redatti tra il 2018 e il 2022 – sul tema della cura, con particolare riferimento alla cura informale delle persone anziane con bisogni di Ltc. La tabella 1 riporta i documenti analizzati (n. 10) per ogni stakeholder.

I documenti raccolti dai siti web istituzionali sono stati sottoposti ad analisi tematica (Braun e Clarke, 2006), al fine di definire macro-categorie volte a sistematizzare i principali temi affrontati. L'analisi, di tipo induttivo, si compone di due fasi: nella prima, le categorie sono state identificate sulla base dei temi emersi dall'analisi dei documenti; nella seconda, queste ultime sono state raffinate a partire dal raggruppamento di quelle tra loro simili (ad esempio, rappresentanza e partecipazione politica sono stati combinati in un'unica categoria). L'analisi induttiva ha quindi permesso di individuare un modello di sistematizzazione (una matrice) e di analisi delle raccomandazioni costituito da tre macro-categorie: «riconoscimento, partecipazione e disponibilità di dati»; «misure di sostegno e dei servizi» a favore dei caregiver; e gli «aspetti trasversali», cioè quegli elementi correlati sia alla prima che alla seconda categoria. Ogni macro-categoria contiene inoltre alcune sottocategorie: 8 nella prima, 14 nella seconda e 4 nella terza (si veda tabella 1).

3. Risultati

3.1. Riconoscimento, partecipazione e disponibilità dei dati

Fanno parte di questa macro-categoria le raccomandazioni legate al riconoscimento legale (formale) e sociale del ruolo dei caregiver infor-

mali. Il tema è ampiamente affrontato in letteratura (Albuquerque, 2022; Pearlin e Zarit, 2019) ed è un punto focale per i governi nazionali e locali che devono attivarsi per implementare una serie di politiche a favore di questa categoria di persone. I documenti Unece, insieme al recente rapporto dell'Ue sulla Ltc (Ue, 2021), evidenziano l'urgenza di riconoscere formalmente il ruolo del prestatore di cure informali all'interno dei sistemi nazionali di Ltc, anche nell'ottica di incrementarne i diritti. In particolare, il Policy brief dell'Unece (2019), oltre a sottolineare la necessità che ogni Stato si impegni a definire chiaramente «i contenuti» dell'assistenza informale³, pone l'accento, alla stregua dell'Ue (2022a) e di Eurocarers (2021), sulla necessità che l'assistenza informale gratuita possa essere una scelta volontaria dei familiari e/o di coloro che si prendono cura degli anziani (amici, vicini di casa ecc.). In particolare, l'Ue (2022a) invita ad aumentare sia la forza lavoro professionale impegnata nella fornitura di servizi di cura, sia tutti gli interventi politici volti al rafforzamento dell'assistenza formale, in modo tale che la cura informale possa diventare una delle possibili opzioni per gestire i bisogni di cure delle persone anziane. In tal senso, è importante sottolineare come la possibilità di non assumersi responsabilità di cura (informale) come scelta istituzionalmente accettata sia un segno dei profondi cambiamenti che hanno interessato la sfera familiare e quella lavorativa: la prima vede una crescita delle famiglie unipersonali, mentre la seconda fa registrare il consolidamento di contratti atipici che mal si adattano alle esigenze dei caregiver informali.

Anche l'Ue (2018) si sofferma sul fatto che il riconoscimento della figura del caregiver abbia portato all'attribuzione di specifici diritti legati a questo ruolo e all'implementazione di politiche e interventi diretti o indiretti in molti Stati membri. Il documento raccomanda inoltre il raggiungimento di uno standard minimo di diritti riconosciuti ai caregiver informali (riconoscimento legale, valutazione dei bisogni, erogazione di contributi in denaro, formazione, validazione di competenze specifiche ecc.).

³ L'Ue (2022b, p. 19, trad. it.) definisce così la cura informale: «la cura di lungo periodo fornita da un caregiver informale, cioè una persona che fa parte dell'ambiente sociale della persona bisognosa di assistenza come un partner, un figlio, un genitore o un'altra persona che non è assunta come operatore professionale di Ltc».

Tabella 1 - Matrice delle categorie di raccomandazioni internazionali, per fonte

Categorie	Aree tematiche	Documenti analizzati per fonte				
		Unece	Ue	Who	Oecd	Eurocarers
1. Riconoscimento, partecipazione e disponibilità dei dati	Riconoscimento sociale del ruolo di caregiver	PB; MD; JFD	LTCr; CR; ICEr			AR
	Riconoscimento del rischio di esclusione sociale	PB; JFD	ICEr			
	Riconoscimento del rischio povertà	JFD	ICEr			
	Riconoscimento del diritto di scegliere di non prestare cure informali	PB	LTCr; ECS			AR
	Partecipazione (co-design di politiche e servizi)	PB; MD; JFD	ECS	PB	WCr	
	Rappresentanza organizzata	PB		PB	WCr	AR
	Necessità di reperire dati sulla cura informale		ICEr; LTCr			
	Mainstreaming della cura informale			PB	WCr	AR
2. Misure e servizi di supporto	Accesso e integrazione (tra servizi e tra cura formale e cura informale)	MD; JFD	LTCr; CR	PB		AR
	Valutazione dei bisogni		ICEr;		WCr	AR
	Informazioni	PB				AR
	Formazione (inclusa l'educazione permanente)	JFD	ECS; LTCr; CR	PB	WCr	
	Prestazioni monetarie		ECS; ICEr; LTCr		WCr	
	Conciliazione tra lavoro e responsabilità di cura	PB; MD; JFD	LTCr; ICEr			
	Previdenza	PB; MD; JFD				
	Servizi di sollievo e servizi per la salute e il benessere del caregiver		ICEr	PB	WCr	
	Servizi domiciliari	JFD	LTCr		WCr	
	Servizi semi-residenziali		LTCr			
	Servizi residenziali		LTCr		WCr	
	Servizi di comunità in generale	JFD			WCr	AR
3. Aspetti trasversali	Assistenti private/i di cura		LTCr			
	Servizi per specifici gruppi di caregiver	MD; PB				AR
	Equità di genere	MD; JFD;	ICEr; LTCr; CR	PB		
	Relazioni intergenerazionali	MD				
	Soluzioni digitali (Ict ecc.)	JFD	LTCr			
	Qualità della cura informale	MD; JFD	LTCr; CR			AR

Unece: PB = Policy Brief; MD = Dichiarazione Ministeriale; JFD = Dichiarazione del Joint Forum; Unione europea: ECS = Strategia europea per la cura; LTCr = Rapporto su Ltc; ICEr = Rapporto sulla cura informale in Europa; CR = Raccomandazione del Consiglio sull'accesso a cure di Ltc di qualità e a prezzi accessibili; OMS: PB = Policy Brief; Oecd: WCr = Rapporto - Chi cura? Attrarre lavoratori per la cura agli anziani e farli rimanere; Eurocarers: AR = Rapporto annuale. Fonte: elaborazione a cura degli autori.

Sebbene i caregiver siano spesso considerati co-worker, il riconoscimento legale di questa figura non affronta mai la questione della qualità della cura fornita, pur sottolineando l'importanza di combattere possibili abusi nelle relazioni di cure e di implementare corsi di formazione specifici, così come di garantire la disponibilità di servizi di sollievo e/o di assistenza comunitaria o di servizi di cura formale. La responsabilità diretta dei governi sulla qualità della cura informale è resa esplicita proprio dal riconoscimento legale dello status di caregiver informale, ed è per questa ragione che Eurocarers sottolinea l'importanza che tutti gli Stati membri procedano al riconoscimento legale di tale status. La stessa associazione focalizza l'attenzione anche sul fatto che la presenza di rappresentanze formali di caregiver potrebbe favorire il riconoscimento legale e sociale del loro ruolo: in questo senso, le rappresentanze organizzate si renderebbero portavoce nella sfera pubblica di un punto di vista privilegiato sui bisogni di cura e sugli effetti delle politiche in questo campo specifico. Sia l'Unece (2019) che l'Oms (2022) esprimono la necessità di promuovere una rappresentanza formale e organizzata dei caregiver, che possa farsi portatrice dei loro interessi nella sfera pubblica e politica. A tal proposito, l'Oecd sottolinea che ciò potrebbe configurarsi come una forma di advocacy bottom-up per gli interessi dei caregiver informali.

Della macrosezione «Riconoscimento, partecipazione e disponibilità dei dati» fanno parte anche il riconoscimento del *rischio di esclusione sociale* e del *rischio povertà*. Entrambi i rischi sono riconosciuti dall'Unece (2019, 2022b) e dall'Ue (2018, 2022b): in particolare, si prevedono contributi economici diretti ai caregiver per contrastare il rischio di povertà, soprattutto femminile.

Tutti i documenti Unece si soffermano poi sul tema della *partecipazione* di caregiver e care recipient *alla progettazione delle politiche di assistenza*, e la *European care strategy* (Ue, 2022a) sottolinea la necessità che i piani di assistenza considerino maggiormente i bisogni delle reti primarie (i familiari) e delle reti secondarie (amici, vicini di casa ecc.) attraverso il coinvolgimento diretto dei caregiver informali, preferibilmente a partire dal momento della progettazione degli interventi di LTC.

Inoltre, l'Oms (2022) sottolinea l'importanza, da una parte, di sviluppare programmi di case management a livello micro, assicurando così la creazione di percorsi assistenziali centrati sulla persona che tengano in considerazione anche le condizioni della famiglia dell'assistito e, dall'altra, di mantenere un controllo locale sull'erogazione dell'assistenza, così da consentire risposte dei servizi più immediate e un maggiore

coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari nella progettazione dei percorsi assistenziali. Secondo l'Oecd (2020), infine, è auspicabile una forte collaborazione tra operatori sanitari e caregiver informali nella stesura dei piani di cura per gli anziani, in modo da far diventare i caregiver informali partner dei servizi attraverso percorsi assistenziali co-costruiti.

Il terzo tema che rientra in questa prima macroarea è quello della *disponibilità dei dati*. Le istituzioni europee si stanno concentrando sulla necessità di una raccolta sistematica di dati (possibilmente longitudinali) sul fenomeno della cura informale e sui sistemi di Ltc, per meglio orientare le politiche future ed evidenziare punti di forza e di debolezza degli interventi attuali. Costruire tale database in ogni paese servirebbe sia per alimentare un ragionamento comparativo (nazionale e internazionale) utile a migliorare le policy, sia per avere un quadro più chiaro dei bisogni dei caregiver informali. Infine, come evidenziato anche dall'Ue, il miglioramento delle infrastrutture per la raccolta dati favorirebbe la condivisione delle informazioni tra i vari fornitori di servizi (sanitari, sociali e di Ltc), e permetterebbe di raccogliere dati nazionali in grado di collegare i beneficiari di assistenza e i caregiver informali, anche quando non conviventi. Nella stessa direzione, il rapporto Long-term care (Ue, 2021) sottolinea come la disponibilità di dati sulla cura non professionale possa essere utile anche per lo sviluppo di indicatori di qualità in questo ambito.

L'ultimo tema che rientra nella prima macro-categoria è quello del mainstreaming degli interventi a favore dei caregiver informali promosso dall'Oms, dall'Oecd e da Eurocarers, che sottolineano l'importanza di considerare i bisogni e gli interessi dei caregiver informali in tutte le politiche, con l'intento di portare all'attenzione della sfera pubblica la necessità che il tema della cura gratuita e non professionale diventi parte delle agende politiche a tutti i livelli di governance.

3.2. Misure e servizi a sostegno dei caregiver informali

La seconda macro-categoria raccoglie le raccomandazioni internazionali relative alle misure e ai servizi volti a semplificare l'utilizzo dei servizi di assistenza formale da parte delle persone anziane con bisogni di Ltc e dei loro familiari. Queste raccomandazioni mirano a facilitare l'accesso ai servizi di Ltc, a favorire la valutazione dei bisogni dell'assistito e della sua famiglia, nonché l'integrazione tra i diversi servizi e tra cura formale e informale.

RPS

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Soifriti

L'Unece (2022a, 2022b) sottolinea l'importanza della creazione di un unico punto di accesso ai servizi (sanitari, sociali e di Ltc) per garantire equità e rapidità nell'attivazione dei piani di assistenza integrati, e la necessità di istituire centri polifunzionali in luoghi facilmente accessibili anche per chi vive in aree rurali. Anche Eurocarers (2021) richiama l'attenzione sulle modalità di accesso ai servizi di Ltc, evidenziando l'esigenza di introdurre indicatori europei e obiettivi condivisi. L'Ue (2021, 2022b) richiede invece una generale introduzione di misure per incoraggiare e facilitare l'accesso e l'utilizzo dei servizi di Ltc da parte dei caregiver informali, sia a livello regionale che locale, oltre a sottolineare la necessità di maggiori investimenti per garantire una maggiore equità di accesso. L'Oms (2022), a partire da una mappatura delle azioni di Ltc nelle politiche sanitarie e sociali, si sofferma sulla necessità di colmare alcune lacune esistenti nel rapporto tra sistemi sanitari, sociali e di Ltc, dando così priorità all'*integrazione dei servizi* e al rafforzamento delle cure primarie. Lo stesso organismo ha inoltre identificato due assi specifici per lo sviluppo di strategie mirate al raggiungimento dell'integrazione:

- a) l'integrazione tra settori (sociale, sanitario e di Ltc), che prevede il riorientamento dei modelli di cura verso un'assistenza centrata sulla persona, oltre al rafforzamento dei meccanismi di coordinamento e all'integrazione nelle cosiddette «funzioni chiave di supporto» (ovvero, il finanziamento, il monitoraggio ecc.);
- b) l'integrazione tra assistenza formale e informale, che comporta una sistematica collaborazione tra caregiver informali e team di operatori professionali.

A livello macro appare chiaro che gli Stati siano chiamati a un duplice compito: da un lato, investire nella progettazione di meccanismi di coordinamento intersettoriale che permettano l'erogazione di servizi di assistenza coordinati, rispettando i bisogni di cura delle persone anziane e dei loro caregiver informali; dall'altro, ampliare i programmi di copertura sanitaria e/o sociale, attraverso l'inclusione di pacchetti di servizi Ltc, nell'ottica di garantire l'equità di accesso alle cure.

Altrettanto importante è l'adattamento degli strumenti per la *valutazione dei bisogni*, degli standard e dei diritti ai servizi nei settori della salute e dell'Ltc. Come ben sottolinea l'Ue (2018), riconoscere i bisogni (e i diritti) dei caregiver informali a livello micro è il primo passo per includere esplicitamente la cura non professionale nelle politiche assistenziali, e al tempo stesso per offrire risposte adeguate alle reali esigenze di questi soggetti (Eurocarers, 2021). La valutazione dei bisogni dei caregiver informali è un processo che nei paesi europei avviene solita-

mente in parallelo con la valutazione dei bisogni dell'assistito. A questo proposito, l'Oecd (2020) sottolinea come tale valutazione si svolga spesso al momento della dimissione dell'anziano dalle istituzioni sanitarie, anche per verificare quali siano le effettive disponibilità del caregiver rispetto all'assunzione dei compiti di cura.

Anche i temi dell'*informazione* sui servizi disponibili per i caregiver informali e della *formazione* fanno parte di questa macro-categoria. In particolare, rispetto al primo tema, l'Unece (2019) ed Eurocarers sottolineano la necessità di migliorare l'accesso alle informazioni sui servizi e sulle misure di supporto disponibili, soprattutto per gruppi specifici di caregiver non professionali (ad esempio, i giovani o i caregiver di persone anziane con demenza). Il tema della *formazione* è invece trasversale alle raccomandazioni della maggior parte delle istituzioni considerate: l'Unece (2022b), come l'Ue e l'Oms, sostiene l'importanza di una formazione mirata che consideri l'impegno psicologico e fisico della cura. In particolare, l'Oms raccomanda di potenziare le attività di formazione anche per i coordinatori dell'assistenza a livello di comunità, al fine di creare team multidisciplinari specializzati nella fornitura di cure primarie e a lungo termine. In effetti, l'investimento nel personale di cura è fondamentale per la sostenibilità dei sistemi di welfare, ma anche per promuovere l'integrazione tra i due assi identificati in precedenza. L'Oecd raccomanda anche una duplice formazione, una ad hoc per i caregiver informali, l'altra dedicata agli operatori della cura formale. In particolare, si tratterebbe non solo di redigere linee guida che includano il tema specifico della collaborazione con i caregiver informali, ma anche di formare case manager che si occupino della gestione del piano di cura del paziente in stretto contatto con i familiari. L'obiettivo primario della formazione specifica per i caregiver informali dovrebbe invece essere l'acquisizione delle competenze necessarie per fornire un'assistenza di qualità, volta a mantenere la persona anziana in buona salute. Queste competenze, se certificate, potrebbero essere utilizzate anche nel caso in cui il caregiver scegliesse di fare della cura una professione (Ue, 2021).

A questa macro-categoria appartengono inoltre le raccomandazioni sulla *conciliazione tra lavoro retribuito e attività di cura informale*, così come quelle riguardanti il welfare e le misure compensative come i sussidi monetari. In questo ambito, i documenti Unece sottolineano la necessità di intervenire con misure a sostegno dei caregiver informali, soprattutto delle donne che rappresentano la maggioranza dei caregiver e sono spesso colpite da disuguaglianze nella sfera lavorativa e nel

RPS

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Soifriti

trattamento pensionistico, proprio a causa degli impegni di cura⁴. La sfera lavorativa, così come quella della protezione sociale, sono riconosciute come aree strettamente connesse e per questa ragione devono essere oggetto di interventi da parte dei governi nazionali con l'obiettivo di garantire ai caregiver informali congedi di cura, accordi di lavoro flessibili, misure di sostegno al reddito e *diritti pensionistici* che coprano anche i periodi di allontanamento forzato dal mercato del lavoro. Anche l'Ue (2021, 2022b) sottolinea l'importanza di incrementare le misure in questo campo, migliorando, ad esempio, gli accordi sulla flessibilità dell'orario di lavoro e/o sui congedi retribuiti. L'Oecd (2020) e l'Ue (2022a) concordano inoltre sul bisogno di incrementare il *sostegno finanziario* dedicato ai caregiver informali, anche nell'ottica di fornire un supporto concreto nei casi di uscita obbligata dal mercato del lavoro retribuito.

Tra le misure più rilevanti a sostegno dei prestatori di cure informali bisogna comprendere i servizi che concretamente aiutano a gestire le attività di cura quotidiana, sia dal punto di vista del sollievo dall'impegno, sia per quel che concerne la *tutela della salute psico-fisica* del caregiver (Ue, 2022b). In questa prospettiva, la maggior parte delle raccomandazioni mirano a rafforzare i cosiddetti *servizi di sollievo*, che proteggono indirettamente la salute del caregiver informale, ma anche quella degli assistenti di cura privati. In particolare, dovrebbero essere rafforzati i servizi di assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale e diurna, nonché i servizi di sollievo di emergenza, compresi quelli per le ore notturne. L'importanza di potenziare i *servizi di assistenza domiciliare*, anche in termini di qualità del servizio e di aumento del personale dedicato, è sostenuta dall'Unece (2022b), dall'Oecd (2020) e dall'Ue (2021),

⁴ L'impegno delle donne sul fronte delle responsabilità di *care* intese in senso ampio (dalla cura dei bambini a quella della gestione familiare nel suo complesso, fino alla cura dei componenti più anziani della famiglia) ha un impatto negativo sulla loro capacità di partecipare al mercato del lavoro, aumentando il rischio di inattività. Le donne, infatti, rappresentano circa il 61% dei caregiver nei paesi Ocse: esse si occupano di circa due terzi del lavoro domestico e di cura non retribuito nelle case e nelle comunità (Rocard e Llana-Nozal, 2022). Inoltre, le donne tra i 50 e i 65 anni hanno una probabilità maggiore rispetto agli uomini di prendersi cura settimanalmente o mensilmente di un genitore e dopo la pandemia da Covid-19 chi si occupa di un padre o di una madre anziana ha visto aumentare il proprio carico di lavoro di cura (*ibidem*), rendendo sempre più precario l'equilibrio tra la gestione della propria famiglia e più in generale della propria vita privata e le responsabilità di cura verso la famiglia di origine.

ritenendolo prioritario rispetto al potenziamento dei *servizi residenziali*. Allo stesso tempo, l'Oecd sottolinea la criticità della carenza di personale nelle strutture residenziali, così come le possibili conseguenze della privatizzazione del settore dei *servizi residenziali* e *semiresidenziali* in termini di qualità dell'assistenza erogata.

Per quanto riguarda le misure per salvaguardare il benessere dei caregiver, l'Ue e l'Oecd rimarcano l'importanza della presenza di *servizi di supporto psicologico* e di consulenza, mentre l'Oms insiste sul fatto che lo sviluppo di misure di sostegno adeguate per il wellbeing dei caregiver sarebbe un passo fondamentale verso la sostenibilità dei sistemi di Ltc. Viene inoltre considerato il tema degli *assistenti privati* di cura, sottolineando la necessità sia di incrementare il numero di questo tipo di figure professionali, sia di migliorare le loro condizioni lavorative, così come di investire fortemente nella loro formazione (Ue, 2021).

Infine, l'Unece (2022a) ed Eurocarers portano all'attenzione il tema di alcune sottocategorie peculiari di caregiver, come quelle dei prestatori di cure informali di anziani con demenza e dei giovani caregiver, evidenziando il bisogno di *servizi di supporto specifici per le loro esigenze*, come la creazione di una rete di supporto *peer-to-peer* per i giovani caregiver (Unece, 2019).

3.3. *Aspetti trasversali*

La terza macro-categoria raccoglie le raccomandazioni internazionali su tematiche identificate come trasversali alle prime due categorie. Si tratta di raccomandazioni che suggeriscono di utilizzare i sistemi delle *Information and communication technologies* (Ict) per una migliore gestione dell'assistenza, di perseguire l'equità di genere, di sostenere i rapporti intergenerazionali e il tema della qualità della cura informale.

Per quanto riguarda il primo tipo di *soluzioni*, ed in particolare quelle *digitali*, l'Ue (2021) raccomanda un più ampio utilizzo di dispositivi di *ambient assisted living*, mentre l'Unece (2022b) sottolinea l'importanza delle tecnologie sia per la cura, sia per la popolazione anziana in generale, in un'ottica di superamento del *digital divide*, che oggi esclude ancora troppi anziani dal beneficiarne.

L'*equità di genere* è un altro aspetto di rilievo per la cura informale, poiché la componente femminile è predominante in questo settore. L'Unece (2022a, 2022b), l'Ue (2018, 2021) e l'Oms (2022) sottolineano la necessità di combattere le disuguaglianze di genere, promuovendo maggiore equità nella gestione dei carichi di cura a livello familiare, comunitario

RPS

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Soifriti

e intergenerazionale, facendo leva sulla solidarietà tra generazioni alimentata dal rafforzamento delle *relazioni intergenerazionali* (Unece, 2022a).

Il tema della *qualità della cura informale*, strettamente correlato sia al riconoscimento formale del ruolo di caregiver, sia alle azioni a tutela e supporto dei caregiver informali, è affrontato nei documenti analizzati in maniera piuttosto generale. Da una parte, Eurocarers (2021) esplicita la necessità di implementare un quadro di indicatori per la qualità della cura informale, sottolineando come questo obiettivo dovrebbe essere una responsabilità degli Stati membri; dall'altra, l'Ue (2022b, p. 32, trad. it), riferendosi ai sistemi di Ltc, auspica la messa in atto di «standard di qualità e disposizioni in materia di garanzia della qualità [...] forniti integralmente, in modo accessibile e comprensibile», e la presenza di un sistema di monitoraggio della qualità stessa, nell'ottica di mantenere la massima trasparenza nell'erogazione dell'assistenza, al fine di consentire alle persone anziane e ai loro cari di scegliere consapevolmente le opzioni di cura più adeguate.

4. Conclusioni

Questo contributo ha mirato, da un lato, ad individuare, analizzare e sistematizzare le raccomandazioni prodotte negli ultimi sei anni dai più importanti stakeholder europei in ambito di cura informale di persone anziane con bisogni di Ltc, per fornire ai policy maker uno strumento utile ad orientare le politiche e i servizi in questo campo; dall'altro, a colmare una lacuna nella letteratura sulla Ltc. Rispetto a quest'ultimo elemento, le raccomandazioni hanno confermato di rappresentare una prospettiva privilegiata per identificare le direzioni impresse dalle ricalibrature del welfare in questo ambito. La loro analisi ha inoltre fornito l'opportunità di riflettere sul ruolo che le organizzazioni internazionali possono giocare nel plasmare ed orientare l'azione di riforma dei sistemi di welfare operata dai governi nazionali (e, laddove competenti, regionali) con riferimento all'*informal care*.

A livello internazionale, si delinea la volontà di rafforzare la cura informale innanzitutto attraverso la promozione del riconoscimento del ruolo formale e sociale di caregiver che dà inizio al processo di responsabilizzazione che lega il prestatore di cure informali al proprio assistito. Tale processo include anche una partnership con i servizi formali espressa dalla partecipazione alla progettazione degli stessi servizi (categoria 1 delle raccomandazioni) e spesso delle policies dedicate, ma

anche il diritto di ricevere servizi di supporto (categoria 2 delle raccomandazioni). In generale, dunque, le raccomandazioni analizzate mirano a disegnare la cornice entro cui possono agire i meccanismi di responsabilizzazione che legano i caregiver, da una parte, ai bisogni di cura dei propri cari e, dall'altra, agli obiettivi di policy dei governi.

Focalizzando l'attenzione sui contenuti delle raccomandazioni sono emersi alcuni temi principali, sopra evidenziati, ma anche alcune tematiche trascurate, poco approfondite o rappresentate, che necessiterebbero di ulteriore discussione⁵. Tra queste il tema della qualità, cruciale perché la cura non professionale si svolge in setting domestici, spazi privati difficili da monitorare: in tal senso, risulterebbero molto utili delle raccomandazioni su come sviluppare indicatori e standard che tengano conto delle differenze culturali e socio-economiche che caratterizzano i contesti familiari e/o amicali della cura informale. Un sistema di indicatori dovrebbe inoltre implicare l'implementazione di sistemi di monitoraggio delle cure informali anche per censire i caregiver, colmando la carenza di flussi di dati specifici sulla *informal care* che caratterizza molti paesi. La questione della disponibilità di dati in materia è un altro tema poco trattato dalle raccomandazioni internazionali esaminate, mentre sarebbe fondamentale per stimolare i governi a includerlo tra quelli indagati dalle rilevazioni statistiche nazionali e locali. Aumentare la conoscenza in questo settore attraverso dati che descrivano la prevalenza del fenomeno, ma soprattutto l'entità del carico di lavoro di cura a cui i caregiver sono sottoposti potrebbe rivelarsi utile per meglio individuare i reali bisogni dei prestatori di cure informali; necessari per costruire politiche di supporto più adatte e personalizzate. L'analisi della matrice delle raccomandazioni rivela, infine, che anche il tema delle relazioni intergenerazionali meriterebbe maggiore considerazione, poiché il rafforzamento della solidarietà tra generazioni potrebbe contribuire a garantire un potenziamento della cura informale (Xu e al., 2021), e probabilmente anche un miglioramento nella distribuzione dei carichi di cura tra membri della famiglia di età diverse.

In conclusione, le raccomandazioni internazionali rappresentano un utile stimolo per migliorare i sistemi di Ltc, in particolare per quegli Stati caratterizzati da un'elevata frammentazione dei servizi, degli inter-

⁵ La difficoltà degli stakeholder internazionali a tenere in considerazione tutti i temi di rilievo nell'ambito delle policy a supporto della cura informale potrebbe essere forse ricondotta al fatto che non ci sono dati strutturati capaci di ricostruire nel dettaglio il cosiddetto «fardello della cura» (Miele e al., 2016).

venti e delle istituzioni che li forniscono e/o da una propensione ai trasferimenti monetari, a discapito dei servizi professionali. Allo stesso tempo, adottando uno sguardo critico, esse permettono di individuare le direzioni entro cui avvengono le ricalibrature dei sistemi di welfare nazionali, che possono essere ispirate a principi di riforma neoliberista (Pierson, 2001; Pedersen, 2001).

La disponibilità di raccomandazioni a livello europeo, inoltre, può offrire ai decisori politici una cornice comune per rimodulare i sistemi di LTC, attraverso misure di sostegno più efficaci per i caregiver informali, che ne sono l'attore principale. In tal senso, sarebbe auspicabile incrementare la condivisione delle esperienze nazionali in questo campo, in una prospettiva di apprendimento reciproco (Ue, 2021, 2022b), e perseguire così una progettazione delle policy che tenga in considerazione le soluzioni centrate sulla persona, oltre che il punto di vista di tutti gli attori coinvolti, al fine di rispettare sia l'integrità personale e le diversità individuali di chi ha bisogno di cure, sia le esigenze dei caregiver informali. Implementare politiche capaci di rispondere anche ai bisogni di questi ultimi significa riconoscere il ruolo fondamentale nella sostenibilità attuale e futura dei sistemi di LTC.

Riferimenti bibliografici

- Albuquerque P.C., 2022, *Met or unmet need for long-term care: Formal and informal care in southern Europe*, «The Journal of the Economics of Ageing», vol. 23, p. 100409.
- Braun V. e Clarke V., 2006, *Using thematic analysis in Psychology*, «Qualitative Research in Psychology», vol. 3, n. 2, pp. 77-101.
- Casanova G., Tur-Sinai A. e Lamura G., 2020, *Innovating Long-Term Care provision in Mediterranean welfare states: a comparison between Italy and Israel*, «Journal of Aging & Social Policy», vol. 32, n. 1, pp. 55-82.
- Caselli D. e Rucco F., 2018, *La finanziarizzazione del welfare*, «Quaderni di Sociologia», vol. 76, pp. 57-80.
- Craig D. e Porter D., 2006, *Development beyond Neoliberalism? Governance, Poverty Reduction and Political Economy*, Routledge, Londra-New York.
- Eurocarers, 2021, *Annual Report*, <https://eurocarers.org/publications/2021-annual-report/>.
- Ferrera M., 2013, *Neowelfare liberale: nuove prospettive per lo stato sociale in Europa*, «Stato e Mercato», vol. 1, n. 97, pp. 1-34.
- Fischer J., Polte A. e Sternkopf M., 2022, *Introduction of Long-Term Care systems:*

- the nascent diffusion of an emergent field of social policy*, in Windzio M., Mossig I., Besche-Truehe F., Seitzer H. (a cura di), *Networks and geographies of global social policy diffusion*, «Global dynamics of social policy», Palgrave Macmillan, Londra, pp. 139-168.
- Foucault M., 2007, *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France 1977-1978*, Picador, New York.
- Giddens A., 1998, *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Polity Press, Cambridge.
- Goldstein D.M., 2012, *Decolonialising “actually existing neoliberalism”*, «Social Anthropology», n. 20, pp. 304-309.
- Hemerijck A., 2008, *Welfare recalibration as social learning*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», vol. 3, pp. 21-52.
- Klein J.L., 2013, *Introduction: social innovation as the crossroads between science, economy and society*, in Moini G., 2017, *L'innovazione sociale: an old neoliberalist wine in new bottles?*, in Ferraro S. e Gardini E. (a cura di), *Le metamorfosi del «paesaggio sociale». Tra territorializzazione, prestazioni e prossimità*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine, p. 72.
- Kraus M., Czypionka T., Riedel M., Mot E. e Willemé P., 2011, *How European Nations Care for Their Elderly: A New Typology of Long-Term Care Systems*, <https://ssrn.com/abstract=2005018>.
- Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002, *Report of the Second World Assembly on Ageing*, <https://unece.org/DAM/pau/MIPAA.pdf>.
- Maino F., 2012, *Il secondo welfare: contorni teorici ed esperienze esemplificative*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 167-182.
- Miele F., Piras E.M., Bruni A., Coletta C. e Zanutto A., 2016, *Gestire il fardello della cura: le reti di sostegno agli anziani fuori dalle istituzioni sanitarie*, «Autonomie locali e servizi sociali», vol. 1, pp. 163-178.
- Moini G., 2017, *L'innovazione sociale: an old neoliberalist wine in new bottles?*, in Ferraro S. e Gardini E. (a cura di), *Le metamorfosi del «paesaggio sociale». Tra territorializzazione, prestazioni e prossimità*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine, pp. 69-92.
- Morel N., Palier B. e Pale J., 2012, *Towards a Social Investment Welfare State?*, Policy Press, Bristol.
- Naldini M., 2021, *Welfare per le famiglie e Covid-19*, «Politiche Sociali/Social Policies», vol. 1, pp. 177-181.
- Neri S., 2020, *Servizi di welfare e Comuni. Nuove politiche e trasformazioni organizzative*, Carocci, Roma.
- Oecd, 2020, *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Oecd Health Policy Studies, Oecd Publishing, Parigi.
- Oms, 2022, *Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated*

delivery of long-term care in the European region, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353912/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Pavolini E., 2021, *Long-term care social protection models in the EU*, European Social Policy Network (Espn), Publications Office of the European Union, Lussemburgo.

Pearlin L.I. e Zarit S.H., 2019, *Research into informal caregiving: Current perspectives and future directions*, in Zarit S.H. e Pearlin L.I. (a cura di), *Caregiving Systems. Formal and Informal Helpers*, Routledge, New York, pp. 155-168.

Pedersen O.K., 2001, *The Rise of Neo-liberalism and Institutional Analysis*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

Peeters R., 2019, *Manufacturing responsibility: the governmentality of behavioural power in social policies*, «Social Policy and Societies», vol. 18, n. 1, pp. 51-65.

Peterie M. e Broom A., 2024, *Conceptualising care: critical perspectives on informal care and inequality*, «Social Theory & Health», vol. 22, pp. 73-70.

Pierson P., 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, New York.

Pizzuti F.R., Raitano M., Tancioni M. (a cura di), 2022, *Rapporto sullo stato sociale 2022. La crisi da Covid-19 e il welfare*, La Sapienza University Press, Roma.

Ranci C. (a cura di), 2010, *Social vulnerability in Europe: the new configuration of social risks*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Ranci C. e Pavolini E., 2024, *Le politiche di welfare* - seconda edizione, il Mulino, Bologna.

Rocard E. e Llena-Nozal A., 2022, *Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind*, «Oecd Health Working Papers», n. 140, Oecd Publishing, Parigi.

Rose N., 1996, *The death of the social? Re-figuring the territory of government*, «Economy and Society», vol. 25, n. 3, pp. 327-56.

Saraceno C. (a cura di), 2008, *Families, Ageing, and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare State*, Edward Elgar, Cheltenham UK-Northampton, Usa.

Social Protection Committee and the European Commission, (2021), *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society (Vol.1)*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>.

Ue-European Commission, 2018, *Informal care in Europe – Exploring formalisation, availability and quality*, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>.

Ue-European Commission, 2021, *Long-term care report*, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>.

Ue-European Commission, 2022a, *A European care strategy for caregivers and care*

- receivers, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382>.
- Ue-Council of the European Union, 2022b, *Council recommendation on access to affordable high-quality long-term care*, 13948/22, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CONSIL:ST_13948_2022_INIT&qid=1681280663037&from=EN.
- Unece, 2015, *Innovative and empowering strategies for care*, «Policy Brief on Ageing», n. 15, https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf.
- Unece, 2019, *The challenging roles of informal carers*, «Policy Brief on Ageing», n. 22, https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE_WG1_31.pdf.
- Unece, 2022a, *Rome Ministerial Declaration*, https://unece.org/sites/default/files/2022-06/Rome__Ministerial_Declaration.pdf.
- Unece, 2022b, *Joint declaration of civil society and scientific research*, <https://unece.org/2022-Rome-Ministerial-Conference/joint-declaration-civil-society-and-scientific-research>.
- Venugopal R., 2015, *Neoliberalism as concept*, «Economy and Society», n. 44, pp. 165-187.
- Xu L., Liu J., Mao W., Guo M., Chi I. e Dong X., 2021, *Intergenerational solidarity and being primary caregiver for older parents in Chinese American families: findings from PIETY study*, «Journal of Transcultural Nursing», vol. 32, n. 6, pp. 716-726.

RPS

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura e Federico Soifriti

RUBRICA
Autonomia differenziata.
Rischi e conseguenze di una riforma

Contro una legge che divide l'Italia

Giulio Marcon

RPS

Il saggio affronta i problemi e le contraddizioni della legge sull'autonomia differenziata, prima della sentenza della Corte costituzionale di novembre 2024 (e prima della sentenza di gennaio 2025 della Corte che ha dichiarato inammissibile il referendum abrogativo sulla parte sopravvissuta della legge), che l'ha sostanzialmente affossata nelle sue disposizioni più importanti. Il testo analizza le possibili conseguenze negative dell'autonomia differenziata sui diritti sociali e l'unità del paese nella cornice delle permanenti diseguglianze tra Nord e Sud e di un sistema di welfare insufficiente a rispondere alla realizzazione dei diritti costituzionali alla salute, all'istruzione, al lavoro. Il saggio evidenzia la pericolosità di un progetto politico e normativo rivolto a creare le condizioni di una separazione delle regioni ricche dal resto del paese, pur rivendicando le ragioni di un federalismo solidale e democratico capace di esaltare le specificità locali nel quadro di un paese unito e dai diritti indivisibili, geograficamente ed economicamente. Il progetto dell'autonomia differenziata invita le forze democratiche a pensare ad una prospettiva diversa e alternativa capace di coniugare autonomia e solidarietà.

1. Premessa¹

Per affrontare il tema dell'autonomia differenziata, inevitabilmente bisogna partire dal federalismo: una forma di organizzazione istituzionale che, a seconda delle tradizioni storiche e culturali, dalla sua filosofia di fondo, dal sistema di pesi e contrappesi, può avere esiti diversi. Ci sono, tra le tante sfumature intermedie, due tipi di federalismo (non previsto comunque dalla nostra Costituzione): uno democratico, solidale ed inclusivo, l'altro autoritario, competitivo ed escludente.

Il primo annovera molti padri e madri nobili nel pensiero democratico, a partire da quello risorgimentale. Tra questi il più noto è Carlo Cattaneo² (1801-1869), in prima fila nelle cinque giornate di Milano nel 1848 e poi esponente illuminista e positivista, nel solco di una tradizione

¹ L'articolo è stato chiuso il 24 ottobre 2024.

² Carlo Cattaneo (1801-1869) è stato uno dei protagonisti del movimento risorgimentale, tra i principali intellettuali europei dell'Ottocento, noto sostenitore del federalismo.

avanzata della cultura milanese influenzata anche dal rigore giansenista di una forte tradizione cattolica e poi cattolico-sociale nel '900. Cattaneo aveva come esempi il confederalismo elvetico e quello statunitense. Prevalse allora un centralismo dall'alto, un centralismo sabaudo non immune alle influenze del centralismo d'oltralpe. Un secolo dopo fu Silvio Trentin (1885-1944)³, padre di Bruno, a rilanciare con forza la prospettiva federalista per il nostro paese, una prospettiva molto avanzata dal punto di vista democratico e sociale. In *Stato, Nazione, Federalismo*, egli riconosce come lo Stato sia fondato sulla società, contro ogni concezione hobbesiana, e sul pluralismo e l'autonomia. Impegnato sin dal 1929 con Giustizia e Libertà e poi nella Resistenza, Trentin trova proprio nel binomio «liberare e federare» il nocciolo di una impalcatura istituzionale, che parte dal basso, dai territori e dalle comunità.

In ambito cattolico non si possono non ricordare le figure di Antonio Rosmini⁴ (1797-1855) e Vincenzo Gioberti⁵ (1801-1896) che prefigurarono un confederalismo di tipo neoguelfo, con al vertice il Papa (solo in seguito Gioberti affermò che questa unificazione confederale si sarebbe dovuta fondare sulla monarchia sabauda), capace di evitare la rivoluzione e la rivolta mazziniana e di fondarsi sul consenso dei vari principi a capo dei vari Stati, che avrebbero gestito le politiche locali lasciando alla Dieta centrale questioni come quelle dell'esercito, della moneta, della giustizia. Va ricordato che nel 1891 Leone XIII aveva pubblicato l'enciclica *Rerum Novarum*⁶ in cui il principio di sussidiarietà costituiva la bussola di un'architettura sociale fondata sulla persona, la famiglia, i corpi sociali dove le istituzioni avevano per l'appunto un ruolo sussidiario. Si veniva così a privilegiare il rapporto tra i cittadini e le istituzioni a loro più vicine, a partire dai Comuni, nel solco di una

³ Silvio Trentin (1885-1963) è stato un partigiano, giurista, docente universitario e antifascista italiano, noto per il suo impegno contro il regime fascista e per la sua partecipazione alla Resistenza.

⁴ Antonio Rosmini (1797-1855) è stato un filosofo, teologo e presbitero italiano, noto per il suo impegno per la causa dell'indipendenza nazionale e dello Stato costituzionale.

⁵ Vincenzo Gioberti (1801-1852) è stato un presbitero, filosofo e politico italiano, nonché il primo Presidente della Camera del Regno di Sardegna e tra i protagonisti del Risorgimento italiano.

⁶ La *Rerum Novarum* è l'enciclica di riferimento del cattolicesimo sociale, promulgata il 15 maggio 1891 «in risposta» all'avanzata del movimento operaio e socialista – e di fronte alla crescente povertà e miseria derivante dall'inizio della industrializzazione del paese.

tradizione storica medievale che vedeva nei Comuni lo scheletro di un federalismo possibile. Questo va ricordato oggi che viene enfatizzato il ruolo delle Regioni: il federalismo del nostro paese è stato soprattutto quello dei Comuni, mentre le Regioni sono state viste tradizionalmente come dei mini-Stati con gli stessi vizi del centralismo burocratico degli Stati nazionali.

Con la Costituzione repubblicana (1948) e l'introduzione delle Regioni (la cui istituzione è stata posticipata al 1970, 22 anni dopo l'approvazione della Carta), il nostro paese ha scelto la strada dell'autonomia delle sue articolazioni territoriali dentro la cornice di uno Stato unitario e solidale. Con i cambiamenti della Costituzione (titolo V) del 2001 (cambiamenti estemporanei, voluti in chiave elettorale appena prima dello scioglimento delle Camere e senza un consenso condiviso) si è fatto un passo avanti non ben ponderato nella direzione dell'autonomia (con maggiori poteri alle Regioni e ai Comuni), pur rimanendo ambigualmente dentro il terreno di un'unitarietà solidale dell'impianto statutale previsto dalla Carta. La riforma del 2001 è stata una specie di «varco» nel quale si sono inseriti i tentativi di forzare la nostra impalcatura in senso federalista.

Questi tentativi ci introducono al secondo tipo di federalismo, quello competitivo ed egoista (connaturato all'ideologia neoliberista), che ha per substrato un'ideologia separatista e secessionista. È il federalismo delle «piccole patrie» che – portando inevitabilmente alla separazione – tanti danni ha fatto in Europa, a partire dalle guerre in ex Jugoslavia. Questo approccio ha al centro la questione delle risorse: queste devono rimanere lì dove hanno avuto origine. Ecco dunque il federalismo fiscale come punto fondamentale di una strategia sostanzialmente egoista e separatista dalle altre unità territoriali che formano lo Stato. Questo tipo di federalismo produce inevitabilmente diseguaglianze tra i territori, competizione fiscale, fenomeni di dumping economico e commerciale, diversificazione dei diritti sociali, differenziazione dei rapporti e contratti di lavoro.

Per non andare oltre l'Italia, la Lega (espressione di questo tipo di federalismo escludente) – una volta rinunciato al progetto secessionista, irrealizzabile e insostenibile – si è attestata su una strategia di «secessione morbida» dentro il quadro istituzionale dato, non prevedendo (al momento) la rottura dell'unità del paese. Si tratta di una strategia che ha come obiettivo quello di introdurre principi secessionisti a «dosi omeopatiche», con un approccio ideologico che prescinde dalle dinamiche reali delle interconnessioni economiche e commerciali tra le

RPS

Giulio Marcon

diverse parti del paese (e dell'Europa). Di qui, prima si sono proposti i referendum consultivi autonomisti in Lombardia e in Veneto nel 2017⁷ e poi dalla scorsa legislatura si sono costruite le condizioni per l'autonomia differenziata, legge approvata nel giugno del 2024.

2. La legge sull'autonomia differenziata

La legge n. 86 sull'autonomia differenziata, intitolata *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, è stata approvata in via definitiva il 26 giugno del 2024. Si tratta di un titolo fuorviante in quanto lascia intendere che si possa trattare di una necessaria legge in attuazione di un articolo della Costituzione, ma così non è. La legge n. 86/2024 è semplicemente una legge procedurale, che stabilisce i passaggi formali necessari per quanto previsto dalla norma, ovvero l'esercizio da parte delle Regioni dei poteri e delle competenze previste, in base all'autonomia differenziata. Il senso del provvedimento è proprio la natura – differenziata – di quest'ultima, che viene esercitata differenzialmente da Regione a Regione: non semplicemente in base alle scelte, alle preferenze o alle caratteristiche sociali e culturali di ciascuna regione, ma sostanzialmente in virtù delle possibilità (economiche e finanziarie) che queste hanno. Il tema delle risorse diventa quindi fondamentale: le Regioni più ricche potranno fare di più per i propri residenti, quelle più povere di meno. Ecco il senso di *differenziata*. La legge non si applica a tutte le Regioni, ma solo a quelle che lo richiedono. Devono perciò essere stipulate «intese» tra Stato e Regioni intenzionate ad avvalersi delle norme per stabilire procedure e passaggi formali con una validità temporale fino a dieci anni.

Nell'articolo 1 della legge si concede che le norme sono «nel rispetto dell'unità nazionale e al fine di rimuovere discriminazioni e disparità di accesso ai servizi essenziali sul territorio», ma si tratta di parole vuote e ipocrite, visto quello che poi la legge prevede – una specie di *excusatio non petita*. Nel seguito della legge si stabiliscono le norme che possono essere trasferite, dopo l'individuazione dei Livelli essenziali delle presta-

⁷ Nel 2017, la Lombardia e il Veneto effettuarono un referendum consultivo per sondare la possibilità di avviare le procedure istituzionali necessarie per richiedere allo Stato l'attribuzione dell'autonomia differenziata alle due Regioni. In entrambi i casi prevalse il «sì».

zioni (Lep), tema delegato ad un'apposita Commissione che deve deliberare entro 24 mesi (articolo 3 della legge). Cosa siano questi livelli è materia complicata e ambigua che rischia di essere travisata. Piuttosto, bisognerebbe parlare di Livelli *uniformi* delle prestazioni, soprattutto quando si parla di diritti fondamentali come quelli della salute, dell'istruzione, dei servizi sociali. Essenziali diventa sinonimo di minimi e i livelli minimi possono essere completamente inadeguati rispetto alle reali necessità di un territorio. I Lep, se saranno individuati, rischiano di essere un vero e proprio cavallo di Troia per sancire o far crescere le disuguaglianze tra i territori.

Un articolo centrale della legge riguarda, come già detto, le risorse finanziarie. Anche in questo caso si delega ad un'apposita Commissione e nell'articolo 6 si afferma al comma 2: «L'intesa di cui all'articolo 2 individua le modalità di finanziamento delle funzioni attribuite attraverso partecipazioni al gettito di uno o più tributi erariali maturato nel territorio regionale, nel rispetto dell'articolo 17 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, nonché nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 119, quarto comma, della Costituzione». In soldoni – è il caso di dire – questo comma prefigura un vantaggio per le regioni più ricche, con Pil più consistenti e in cima al versamento dei tributi erariali e di altro tipo.

Ma c'è un altro aspetto preoccupante. Una volta attribuite le competenze (articoli 3 e 4), definiti i Lep, proprio perché differenziate le risorse possono essere impiegate nel modo più difforme e, secondo le possibilità di ciascuna Regione, acuire le disuguaglianze (ad esempio in materia di trattamento salariale per alcune categorie di dipendenti pubblici), ma anche le politiche concrete sul territorio, come nel caso dell'ambiente e dei servizi sociali. Per evitare questo scenario la legge prevede delle misure perequative (articolo 10) ed in particolare: «l'unificazione delle diverse fonti aggiuntive o straordinarie di finanziamento statale di conto capitale, destinate alla promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale, alla rimozione degli squilibri economici e sociali, all'eliminazione del *deficit* infrastrutturale tra le diverse aree del territorio nazionale, ivi compreso quello riguardante il trasporto pubblico locale». E ancora si prevedono «forme di fiscalità di sviluppo, la perequazione infrastrutturale e la tutela degli ecosistemi nell'ambito delle risorse compatibili con i saldi di finanza pubblica».

L'articolo 9 della legge prevede che «dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». Nello stesso articolo si prevede, tra l'altro, che le Regioni debbano contribuire agli obiettivi di finanza pub-

blica, cioè debbano farsi carico degli impegni che lo Stato centrale si è preso per ridurre il debito pubblico e la riduzione del rapporto deficit-Pil. Cioè non solo non si prevedono risorse in più per le Regioni (soprattutto per quelle che ne avrebbero più bisogno), ma si chiede loro di tirar fuori risorse aggiuntive o di rinunciare a quelle dello Stato per contribuire alla riduzione del debito. Così non si va lontano.

3. *L'autonomia differenziata che fa male al Sud ma anche al Nord*

L'autonomia differenziata colpisce pesantemente le regioni del Mezzogiorno ed in generale i territori che sono più indietro, ma colpisce anche il Nord – un danno per tutto il paese. La moltiplicazione di procedure e requisiti, quante sono le regioni, per le imprese (autorizzazioni ecc.) costituisce un rischio di parcellizzazione burocratica che penalizza le imprese che operano in ambito nazionale, le quali dovranno adeguarsi alle eterogenee esigenze e richieste amministrative di ciascuna regione. Così le imprese del Nord che hanno loro diramazioni o parte delle produzioni de-localizzate nelle regioni del Mezzogiorno, e dunque una parte del mercato, si troveranno penalizzate a causa dell'arretratezza di infrastrutture e servizi nelle regioni più povere. Ma il rischio, per i lavoratori del Nord, è anche quello di una sorta di *dumping* contrattuale, una competizione al ribasso dei contratti di lavoro con il Mezzogiorno, con la riproposizione di quelle che un tempo erano le «gabbie salariali». Lo stesso vale per le cosiddette «opere strategiche» che, ricondotte alle responsabilità regionali, possono produrre degli effetti paradossali negativi per un'economia globalizzata e sempre più interconnessa.

Più in generale, se in Europa, nell'Unione europea, si cercano politiche di convergenza tra i paesi che hanno diverse velocità, diverse politiche e diversi punti di partenza, l'autonomia differenziata produrrà politiche di divergenza tra il Nord e il Sud, tra le regioni ricche e quelle più arretrate. Il danno si ritorcerà anche sull'economia del Nord, che pagherà il prezzo in termini di efficienza e di mercato di un paese sempre di più, dal punto di vista economico e infrastrutturale, a macchia di leopardo. Per il Mezzogiorno, afflitto da divergenze ben gravi, la situazione può diventare drammatica⁸. Il rapporto Svimez (2023) redatto a luglio 2023

⁸ Le parti che seguono sono una rielaborazione e attualizzazione del mio contributo al rapporto della Campagna Sbilanciamoci!, *Le diseguaglianze territoriali in Italia* pubblicato nel 2023: https://sbilanciamoci.info/wp-content/uploads/2024/06/LE-DISEGUAGLIANZE-TERRITORIALI-IN-ITALIA_web_def.pdf.

stimava una crescita del Sud (+0,9%) inferiore di un quarto rispetto a quella del Centro-Nord (+1,2%). I dati Svimez di luglio 2024 (Barbini e al., 2023), tuttavia, hanno in parte smentito tali proiezioni, mostrando come nel 2023 il Pil italiano sia cresciuto del +0,9%, trainato, per la prima volta dal 2015, dalle regioni meridionali (+1,3%), dove la crescita è stata sostenuta in larga misura dalle costruzioni (+4,5%) e dall'espansione del settore dei servizi (+1,8%), e resa possibile dall'adozione di misure macroeconomiche, come la sospensione del Patto di stabilità e crescita e l'implementazione del Pnrr, che sappiamo però non essere permanenti. Anche sui consumi delle famiglie permane un'elevata variabilità territoriale, specialmente al Sud. Nel 2023 i consumi delle famiglie meridionali sono cresciuti dell'1,1%, mentre nel Centro-Nord la crescita è stata dell'1,3%. Tale discrepanza diventa molto più marcata quando si analizza l'inflazione al consumo, che ha notevolmente sfavorito il Mezzogiorno (+17,5%), influenzando negativamente il potere d'acquisto dei nuclei familiari delle regioni meridionali.

Il tasso di occupazione nel Centro-Nord (68,3%) è di 20,1 punti superiore a quello del Mezzogiorno (48,2%) e il tasso di disoccupazione nelle regioni meridionali (14,0%) è quasi tre volte quello del Nord (5,1%). Per il lavoro, se rispetto alla tendenza generale il Sud sembra seguire all'incirca le tendenze del Nord, non è così per il lavoro povero e precario, che aumenta di più nel Mezzogiorno rispetto alle regioni settentrionali. I lavoratori con contratti a termine sono il 21,2% del totale al Sud rispetto al 15,4% del Centro-Nord. Quasi un lavoratore meridionale a termine su quattro si trova in questa condizione per oltre cinque anni, il doppio rispetto ad un lavoratore settentrionale. Inoltre, va ricordato il declino del potere d'acquisto dei salari (per una maggiore incidenza della dinamica inflattiva al Sud rispetto al Nord), che colpisce in modo più significativo le regioni meridionali: qui il calo del potere d'acquisto è stato dell'8,4% rispetto al 5,5% della media nazionale. Mentre nel Centro-Nord le retribuzioni salariali evidenziano una dinamica stagnante, nel Sud registrano un deciso calo. Ricorda Svimez che nel 2023 le retribuzioni lorde in termini reali sono state di 14 punti più basse nel Mezzogiorno rispetto alla media nazionale.

Anche per la spesa pubblica – nonostante narrazioni fantasiose e fuorvianti – il Mezzogiorno è molto indietro. Per tutto il periodo dal secondo dopoguerra in poi, la spesa pubblica pro capite nel Mezzogiorno è sempre stata inferiore rispetto a quella del Centro-Nord. Se prendiamo i tre anni dal 2013 al 2015, la spesa pubblica pro capite è stata di 13.600 euro in Piemonte e di 10.700 euro in Sicilia, di 13.200 euro in Lombardia e di

10.100 euro in Campania, di 14.100 euro in Liguria e di 10.600 euro in Puglia. Complessivamente, la spesa pubblica pro capite è stata di 13.700 euro nel Nord e di 10.900 euro nel Mezzogiorno, quasi 3 mila euro in meno. Ricorda Gianfranco Viesti: «Tra il 2008 e il 2018 i consumi finali delle amministrazioni pubbliche sono scesi dell'8,6% nel Mezzogiorno a fronte di un aumento dell'1,4% nel Centro-Nord» (Viesti, 2024). Questo si è tradotto in meno infrastrutture, meno servizi, meno welfare.

Drammatica è anche la situazione dell'occupazione pubblica del nostro paese, a causa del blocco del turnover e della mancanza di investimenti ingenti nel settore pubblico che hanno penalizzato le pubbliche amministrazioni (Pa) dal 2001 ad oggi. A livello europeo, l'Italia continua ad avere un numero di impiegati pubblici (3.705.329 nel 2022; Giangrande, 2024) nettamente inferiore rispetto alle principali economie dell'Unione, con 5,5 impiegati pubblici ogni 100 abitanti contro i 6,1 della Germania, i 7,3 della Spagna e gli 8,3 della Francia. Inoltre, riporta il Forum pubblica amministrazione (Fpa) come «nella Pa, su 100 contratti stabili ce ne sono 15 flessibili. Il 68% di questi è assorbito da Istruzione e ricerca, dove i precari sono 297.000 (il 30% del comparto), il 14% nella Sanità, circa 63.000, in forte crescita per il reclutamento della pandemia» (Forum PA, 2023). Tra il 2021 e il 2022, l'aumento salariale nominale medio per il settore pubblico si è attestato attorno al 6,3%, inferiore alla variazione dei prezzi al consumo registrata nello stesso anno (+8,7%), e dunque insufficiente a compensare l'inflazione e l'aumento del costo della vita. Quanto alla distribuzione territoriale dei lavoratori pubblici, si evince dai dati di Inps (2023) che questa differisce notevolmente tra il Mezzogiorno (33,3%) e il Centro-Nord (66,7%), dove, soprattutto nel Nord-Est, le leadership politiche si sono contraddistinte in questi anni nella polemica anti-statalista e contro il lassismo dei dipendenti pubblici. Al sensibile calo dei dipendenti pubblici e alla precarietà della Pa ha corrisposto un declino dell'efficacia amministrativa e della capacità di far fronte a competenze progettuali e gestionali, che sarebbero state fondamentali di fronte alle sfide del Pnrr.

Il fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale è più marcato nelle regioni del Mezzogiorno che in quelle del Centro-Nord. Naturalmente incidono in questa disparità condizioni di carattere generale, che si sovrappongono e si intrecciano: i livelli di spesa pubblica e di spesa sociale, il tasso di crescita e di occupazione, le condizioni generali di sviluppo economico e sociale, l'efficienza della pubblica amministrazione, il capitale umano e la coesione sociale, la minore presenza di servizi sociali e territoriali.

I dati Istat⁹ attestano che il tasso di esclusione sociale per le famiglie italiane – famiglie a basso reddito, in condizione di grave deprivazione materiale, a rischio povertà – è pari al 22,8% nell'ultimo anno di rilevazione. Nel Nord-Ovest il valore è del 13,5%, nel Nord-Est dell'11,0%, nel Sud del 38,8% e nelle Isole del 39,3%. In più, si evince un miglioramento dei dati relativi alla povertà assoluta in Italia, ma l'incidenza delle famiglie in povertà assoluta si mantiene più alta nel Mezzogiorno (oltre 859 mila famiglie, 10,2%), seguita dal Nord-Ovest (8,0%, 585 mila famiglie) e Nord-Est (7,9%, 413 mila famiglie), mentre il Centro conferma i valori più bassi (6,7%, 360 mila famiglie). Anche guardando i dati relativi all'incidenza per gli individui si notano notevoli discrepanze territoriali: 9,1% nel Nord-Ovest, 8,6% nel Nord-Est, 7,9% al Centro e 12% al Sud, percentuale avvicinata solamente dalle Isole, dove l'incidenza è pari all'11,9%.

L'incidenza di povertà assoluta si conferma più elevata tra le famiglie con un maggior numero di componenti: raggiunge il 20,1% tra quelle con cinque e più componenti e l'11,9% tra quelle con quattro. Anche in questo caso vi è una divaricazione tra regioni del Centro-Nord e Mezzogiorno, a danno di quest'ultimo. Nel 2023, l'incidenza di povertà assoluta tra i minori è aumentata a livello nazionale e interessa il 13,8% della popolazione, di cui il 15,5% vivono nel Mezzogiorno. La presenza di minori in famiglia incide significativamente sulle condizioni di povertà, con un'incidenza pari al 12,4%, ovvero quasi 748 mila. La povertà nel Mezzogiorno non è legata solamente alla disoccupazione e alla mancata partecipazione al mercato del lavoro, ma anche ai fenomeni del lavoro a basso reddito, al lavoro povero, al lavoro precario. Inoltre, ovviamente, le famiglie monoreddito sono drammaticamente più esposte alla povertà. Naturalmente, la minore offerta di servizi sociali (asili, scuola a tempo pieno ecc.) incide anch'essa sulle dinamiche di impoverimento e di esclusione sociale.

Nel Mezzogiorno il lavoro a termine, precario e sommerso è un fenomeno molto più marcato rispetto al Centro-Nord. Va ricordato che questo influisce anche sulle condizioni future di povertà delle persone, in mancanza di sufficiente copertura previdenziale nel periodo della vecchiaia. I lavoratori con contratto a tempo determinato sono il 16,1% dei lavoratori dipendenti, rispetto al 18% del 2019. Il tempo determinato è soprattutto diffuso tra le donne (17,7%) e oltre il 60% dei giovani tra 15 e 24 anni. Oltre 6 giovani su 10 nella fascia 15-24 anni hanno un

⁹ Estrapolati dalle Banche dati Istat, consultabili al seguente link: <http://dati.istat.it/>.

contratto a tempo determinato, e la situazione non migliora significativamente per la fascia intermedia (25-54 anni). Tra il 2019 e il 2023, i lavoratori a tempo indeterminato sono aumentati del 6,1% al Sud e del 5% a livello nazionale, ma ad essere cresciuti sono anche gli occupati a tempo determinato (+2%) del Meridione, mentre a livello nazionale questi sono diminuiti (-1,6%) a favore di condizioni lavorative più stabili e sicure, in particolare a Nord-Ovest (-9,3%) e Nord-Est (-6,3%). Se poi si guarda alla cosiddetta occupazione non regolare, questa rappresenta il 9,7% dell'occupazione al Nord e ben il 15,1% nel Mezzogiorno. Infine, c'è il fenomeno del part time involontario, cioè non per scelta del lavoratore o della lavoratrice, ma per mancanza di lavoro full time. In Italia il 53,4% dei lavoratori part time tra i 15 e i 64 anni si trova in questa condizione, a fronte del 18,3% della media Ue, con un netto gradiente territoriale: nel Mezzogiorno 9 lavoratori su 10 appartengono a questa categoria, a fronte di circa 1 su 2 al Nord.

Il lavoro precario, a termine e part time è dunque un fattore importante della povertà, anche nel Mezzogiorno. Come lo è l'esistenza di un regime di bassi salari (cioè quelli con una retribuzione oraria inferiore di 2/3 rispetto a quella mediana) che, pur interessando tutto il paese, tocca in modo particolare il Mezzogiorno, come si evince dal rapporto *Le disuguaglianze territoriali in Italia* del 2023. A livello nazionale la percentuale di lavoratori con bassi salari è del 10,1% (nel Nord del 7,8%). Nel Mezzogiorno, questa percentuale sale al 15,3% (quasi il doppio rispetto a quella del Nord), mentre è ancora più alta – il 18,3% – nel caso delle donne che lavorano nel Mezzogiorno: essa supera addirittura il 20% per le donne della Puglia e della Calabria.

Pertanto la povertà nel Mezzogiorno appare segnata, più che al Nord, non solo dalla maggiore disoccupazione, minore partecipazione al mercato del lavoro, minore spesa sociale e carenza di servizi pubblici e sociali, ma anche da una più diffusa estensione, rispetto alle regioni settentrionali, del cosiddetto «lavoro povero», che colpisce prevalentemente donne e giovani, e dietro cui si nascondono l'insufficiente tutela dei diritti, il lavoro irregolare, i bassi salari.

Oltre che per le strutture sanitarie e le istituzioni scolastiche, anche nel campo dei servizi di welfare le disuguaglianze tra regioni settentrionali e il Mezzogiorno sono marcate. Carenza di interventi e strutture che deriva da tanti fattori (cattivo funzionamento della pubblica amministrazione, condizioni economico-sociali generali, debolezza delle infrastrutture ecc.), ma che riposa fondamentalmente sulla mancanza di risorse. Quando la spesa sociale è di oltre 540 euro per abitante a Bolzano

e di 6 euro a Vibo Valentia, il problema è strutturale. A Trieste la spesa sociale è di 389 euro per abitante e a Bologna 234, mentre a Caserta è di 33 euro e a Foggia di 52 per abitante.

Guardiamo nel dettaglio la spesa per tipologia di intervento. Per gli interventi e i servizi la media pro capite è di 49 euro, ma nelle province calabresi il dato si assesta poco sotto o poco sopra i 10 euro. Per gli anziani e l'assistenza domiciliare si spendono mediamente, a livello nazionale, 24 euro pro capite, mentre a Vibo Valentia e a Caserta la spesa è meno di 1 euro. Per i disabili la media nazionale pro capite è di 33 euro, a Catanzaro e a Vibo Valentia di 2 euro. La spesa sociale nel Mezzogiorno (66 euro) è la metà di quella della media nazionale (132 euro). Nel Nord-Est la spesa sociale supera i 180 euro pro capite, tre volte quella del Mezzogiorno. Ogni minore nel Mezzogiorno ha a disposizione meno di 155 euro (in servizi e interventi) rispetto al suo omologo. Gli italiani sono diseguali nelle aspettative di vita. Di fronte ad un tasso di mortalità generale che risulta essere per il nostro paese di 75 ogni 10 mila abitanti per le donne e di 128 gli uomini, diverse sono le dinamiche per il Mezzogiorno e per il Nord del paese. Nel Sud il tasso di mortalità sale a 81,5 per le donne e a 136,2 per gli uomini. Usando un altro indicatore elaborato dall'Osservatorio nazionale sulla salute delle regioni italiane, fatto per l'Italia indice 100, si trovano sotto questa soglia le seguenti regioni meridionali: Basilicata, Sardegna, Molise, Calabria e Sicilia. Se in Emilia-Romagna l'aspettativa di vita è di 83,189 anni, in Campania è di 81,069 (due anni in meno); se in Lombardia è di 83,246, in Sicilia è di 81,835, un anno e mezzo in meno. A Firenze la speranza di vita è di oltre 84 anni, a Napoli di poco superiore agli 80, quattro anni in meno.

Sulla percezione di buona salute, si ricorda nell'*Annuario statistico italiano* 2022 (p. 166): «A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è lievemente più elevata al Centro-Nord (71,6 per cento) e meno al Sud (70,5 per cento) e nelle Isole (69,7 per cento). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto nella provincia autonoma di Bolzano (81,6 per cento), nella provincia autonoma di Trento (77,6 per cento) e in Valle d'Aosta (74,3 per cento), mentre quelle peggiori si hanno in Calabria (64 per cento), in Basilicata (65,8 per cento), in Sardegna (66,5 per cento) e in Molise (67,3 per cento)».

I divari nell'istruzione tra Sud e regioni centro-settentrionali sono ampi e consolidati nel tempo. Per quanto riguarda i servizi socio-educativi per la prima infanzia, gli utenti di tali servizi sulla popolazione di riferi-

RPS

Giulio Marcon

mento sono nel Mezzogiorno il 5,9% e nel Centro-Nord il 18,9%. In Calabria la percentuale arriva ad un misero 2,2%, in Sicilia al 5,7% e solo in Molise si raggiunge il 13,1%, dato che si avvicina alla media nazionale del 14,1%. Ricordiamo inoltre che l'obiettivo anche per l'Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea per il Next generation Ue, è di arrivare ad un'offerta minima del 30% di posti disponibili rispetto alla popolazione di riferimento (utenza potenziale) entro il 2026. Se questo sembra un obiettivo raggiungibile, o almeno avvicinabile, da parte delle regioni del Centro-Nord, esso appare quasi impossibile per le regioni del Mezzogiorno.

Il divario tra Nord e Sud tende a chiudersi con il passaggio alla scuola materna e primaria, dove l'Italia ha addirittura una percentuale di partecipazione (93,2%) superiore a quella europea (89,6%). Dove la frattura tra Sud e Nord compare in modo marcato è sulla qualità, l'organizzazione e la tipologia dei servizi correlati. Ad esempio, per la scuola materna, mentre solo il 3,6% degli istituti del Centro-Nord ha l'orario ridotto, la percentuale sale al 20,1% nel Mezzogiorno. In Sicilia la percentuale tocca il 42,1%. Le scuole primarie che hanno il tempo pieno sono il 48,5% nel Centro-Nord e solo il 18,6% nel Mezzogiorno. In Molise la percentuale crolla all'8,1%. Analoga tendenza si registra per il servizio mensa.

Per quanto riguarda le infrastrutture ferroviarie, la Rfi gestisce nel Mezzogiorno 5.717 chilometri di rete ferroviaria, che corrispondono al 34% del totale nazionale. Nel Sud ci sono 4,6 chilometri di rete ferroviaria per abitante contro i 5,6 a livello nazionale. Ma se andiamo a guardare più in profondità, i divari aumentano. Le linee cosiddette «fondamentali» o di «nodo» rappresentano nel Sud il 25% della rete, mentre nel Nord rappresentano il 51,7%. Se prendiamo in esame i dati della rete elettrificata, essa al Sud rappresenta il 58,2% del totale, nel Nord si arriva all'80%. Eccezione per questi dati è la regione Campania che raggiunge il 61% delle linee «fondamentali» e il 78,1% per la rete elettrificata. Ci sono altre regioni meridionali che vivono invece una situazione disastrosa. La Sardegna non ha nessuna linea «fondamentale» né elettrificata e solo l'11% della linea è a doppio binario.

C'è poi il ritardo enorme sull'Alta velocità: in attesa di completare il tratto fino a Bari, il Mezzogiorno ha solo 29 chilometri di Alta velocità (la Napoli-Salerno), che rappresenta meno del 3% della rete nazionale. Vi sono poi le linee ferroviarie locali, che hanno una lunghezza complessiva nazionale di 3 mila chilometri circa. La metà si trova nel Mezzogiorno, ma solo il 25,7% delle linee sono elettrificate contro il 51,2%

al Nord e il 96,6% del Centro. Questo incide fortemente sulla qualità e i tempi di percorrenza del servizio, incentivando fortemente il ricorso al trasporto privato o al trasporto bus su gomma per gli spostamenti dei pendolari per motivi di studio o lavoro.

Se passiamo dalle «reti lunghe» alle reti di scala urbana e locale, di trasporto rapido di massa (metropolitane, tramvie, sistemi a guida automatica ecc.), le cose non migliorano. In Italia ci sono 221 chilometri di metropolitana in sole 7 città, tra cui due del Sud: Napoli e Catania. Queste ultime dispongono di appena 30 chilometri di metropolitana, all'incirca il 12% del totale. Per quanto riguarda i tram, la dotazione nazionale assomma a quasi 400 chilometri. Solo 5 città del Sud hanno una rete tranviaria: Palermo (15 km), Napoli (12 km), Cagliari (8,4 km), Messina (8 km), Sassari (4 km). In totale le linee di tram al Sud coprono 47 chilometri, poco più del 10% a livello nazionale. Se prendiamo le elaborazioni di Isfort su dati Istat rispetto alla lunghezza e densità delle reti di tram, metropolitana e filobus nei comuni capoluoghi di provincia e nelle città metropolitane, l'indicatore per 100 chilometri di superficie urbanizzata segna in km il valore di 285,5 per il Nord e di 42,6 per il Mezzogiorno. Il peso del Mezzogiorno sull'Italia è di appena l'11,2%. Il tasso di occupazione femminile nel 2022 era nei paesi europei del 64,7%, in Italia del 50,7% e nel Mezzogiorno del 34,2%. Se guardiamo agli ultimi dieci anni, il gap dell'Italia con l'Europa è passato dal 10 a oltre il 14% e nel Mezzogiorno dal 25 al 30,5%. Si tratta di numeri molto significativi, che evidenziano una situazione inaccettabile per le donne. Ovviamente in tutto questo influisce l'arretratezza del mercato del lavoro e dei sistemi di welfare (soprattutto nel Mezzogiorno) che penalizza soprattutto le donne. L'emergenza pandemica ha alimentato questa dinamica. In Italia sono circa 4 milioni le donne vicine al mercato che potrebbero essere impiegate, ma che vengono lasciate fuori. Di questi 4 milioni, 1,8 milioni vivono nel Mezzogiorno. Secondo l'indicatore *Labour Market Slack* di Eurostat, solo la metà delle donne nel Mezzogiorno potenzialmente disponibili a lavorare trova occupazione. In questo contesto l'autonomia differenziata può aggravare ancor di più la situazione del nostro Meridione.

4. Conclusioni

Il 5 luglio del 2024, 34 esponenti di associazioni (in gran parte della coalizione della Via Maestra), partiti, sindacati e costituzionalisti hanno

depositato in Corte di Cassazione il quesito per l'abrogazione della legge n. 86 sull'autonomia differenziata, approvata in via definitiva dal Parlamento nel mese di giugno. Ha aderito anche la Campagna Sbilanciamoci!

L'autonomia differenziata (sponsorizzata dalla Lega) insieme all'introduzione del premierato (voluto da Fratelli d'Italia) e alla controriforma della giustizia (patrocinata da Forza Italia) fa parte di un disegno ben chiaro: indebolire la democrazia e la coesione sociale del nostro paese. Una sorta di tridente – autonomia differenziata, riforma della giustizia, premierato – che rischia di scardinare la Costituzione materiale e formale di questo paese. A ciò va aggiunto il pesantissimo attacco alla libertà e all'indipendenza dell'informazione. Di questo passo, l'involuzione autoritaria del nostro paese è cosa fatta. Anche il disegno di legge 1660 con la criminalizzazione del dissenso si colloca in questo contesto. A dosi omeopatiche come con strappi traumatici, si cambia la natura della nostra democrazia, sempre di più condizionata da una destra illiberale e da una visione del potere privo di controlli e trasparenza.

L'autonomia differenziata, come ricordato, fa malissimo al nostro Mezzogiorno, acuisce le disuguaglianze tra Nord e Sud, frena lo sviluppo delle aree più povere. Ma fa molto male anche al Nord, alle imprese e al lavoro. Alle prime impone oneri burocratici molto pesanti, costringendole a districarsi tra venti procedure diverse, con molteplici complicazioni. Al lavoro è destinata la scomparsa del contratto nazionale e il ritorno delle gabbie salariali e di contratti regionali. I lavoratori impiegati per la stessa mansione saranno trattati diversamente a seconda della regione in cui vivono. E inevitabilmente ci sarà competizione tra le Regioni, tramite la corsa al ribasso e i meccanismi di *dumping*.

La legge prevede che per la maggior parte delle materie sia necessario prima introdurre i Lep, che differiscono significativamente tra le regioni. Tralasciando la complessità nell'elaborarli, come già sottolineato, questi possono essere definiti verso l'alto (prendendo come riferimento le regioni con le prestazioni migliori) o verso il basso (prendendo come base comune le regioni con le prestazioni più modeste). Nel primo caso servirebbero molti soldi per realizzarli, mentre nel secondo caso si tratterebbe di una fotografia della situazione attuale. Nella nebbia normativa vi è poi il previsto fondo di perequazione. La legge è infatti a «invarianza finanziaria», dunque così come il fondo svanisce nel nulla, i Lep definiti sulle prestazioni delle regioni migliori sono impossibili da realizzare.

Alcune materie possono essere trasferite da subito alle Regioni, poiché

non prevedono la definizione dei Lep. È questo il caso dei rapporti con l'Unione europea. Si tratta di una prospettiva paradossale e da incubo: la Commissione europea che tratta con venti Regioni e Province autonome sui progetti di opere strategiche per l'energia e le infrastrutture che sono multi territoriali o addirittura transfrontalieri.

Sono già state raccolte le 500 mila firme necessarie per il referendum: un lavoro capillare e diffuso per convincere i cittadini e le cittadine della gravità di una legge che spaccherà l'Italia in due, ridurrà i diritti dei cittadini, favorirà istanze secessioniste e separatiste.

Non è detto però – nonostante le firme raccolte – che il quesito referendario passi il vaglio della Corte costituzionale. Il governo, con una discreta furbizia, ha infatti reso il provvedimento un «collegato» alla legge di bilancio e le materie di spesa pubblica non possono essere oggetto di referendum. Una strategia però contraddetta dal testo, poiché nella legge si dice che le norme si attuano ad «invarianza finanziaria».

Dietro l'astrusa formula dell'autonomia differenziata dobbiamo essere capaci di tradurre in molto più semplice le conseguenze: in molte regioni i bambini non avranno il tempo pieno, in altre sì; da alcune regioni i malati dovranno trasferirsi (come già succede) per le cure nelle regioni più ricche; ci saranno meno asili nido in gran parte d'Italia; in alcune regioni maestri e maestre saranno pagati di più, in altre di meno. Dietro la formula asettica dell'autonomia differenziata si nasconde un peggioramento delle condizioni materiali e sociali del paese. Ecco perché è necessario continuare a mobilitarsi per abolire una legge sbagliata.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., 2023, *Tra autonomia differenziata e presidenzialismo*, Futura Editrice, Roma.
- Barbini M., Cappellani L., Cucignatto G., De Novellis F., Miotti G., Petraglia C. e Prezioso S., 2024, *L'anno della crescita differenziata. Le regioni italiane nel 2023*, https://lnx.svimez.info/svimez/wp-content/uploads/2024/07/2024_07_19_report.pdf.
- Campagna Sbilanciamoci!, 2023, *Le disuguaglianze territoriali in Italia*, Sbilanciamoci!, Roma, https://sbilanciamoci.info/wp-content/uploads/2024/06/LE-DISEGUAGLIANZE-TERRITORIALI-IN-ITALIA_web_def.pdf.
- Cattaneo C. e Bobbio N., 2010, *Stati Uniti d'Italia. Scritti sul federalismo democratico*, Donzelli, Roma.
- Forum PA, 2023, *Lavoro Pubblico 2023*, Fpa, <https://www.forumpa.it/>.

RPS

Giulio Marcon

- Giangrande N., 2024, *La questione salariale in Italia: Un'analisi sulle cause dei bassi salari*, Cgil nazionale, <https://files.cgil.it/version/c:OTRiYzM2YWYtNTdhNi00:ZDI1MzAxYzItYzE5NC00/Studio%20Salari%20in%20Italia.pdf>.
- Inps, 2023, *Osservatorio sui lavoratori pubblici: Anno 2022*, <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/api/getAllegato/?idAllegato=1048>.
- Istat, 2024, *Le statistiche dell'Istat sulla povertà: Anno 2023*, Istituto nazionale di statistica, https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/REPORT_POVERTA_2023.pdf.
- Sentimenti M., 2023, *Le regioni dell'egoismo*, Futura Editrice, Roma.
- Svimez, 2023, *Rapporto Svimez 2022*, il Mulino, Bologna.
- Trentin S., 2010, *Stato, Nazione, Federalismo*, Marsilio, Venezia.
- Viesti G., 2024, *Contro la secessione dei ricchi: Autonomie regionali e unità nazionali*, Editori Laterza, Roma-Bari.

English Abstracts

The Healthcare Workforce: A Comparative Overview

Ivana Fellini

The comparative analysis of employment in the healthcare sector is a challenging yet essential task due to the difficulty of relying on comparable data on healthcare personnel and the different meanings these data can assume in diverse regulatory and healthcare systems. This study presents a comparison based on data from the European labour survey, highlighting differences in the relevance of the healthcare and social care sector employment across European countries, in the occupational structure by skill levels, and the prevalence of temporary, part-time, and involuntary part-time work as indicators of employment conditions and job quality. The analysis highlights significant differences among European countries, consistently linked to the institutional design of healthcare systems and the broader functioning and regulation of labour markets, which affects not only the sector's importance but also its occupational structure and some aspects of labour market deregulation.

Healthcare workers: the great resignation

Elena Spina

The phenomenon of great resignation, that describes record numbers of people leaving their jobs after the Covid-19 pandemic, originated in the United States and quickly extend outside its borders, spreading to many economic sectors. In healthcare, this quitting is leading to non-negligible consequences. In Italy, it seems partially due to the working conditions brought about by the pandemic. The latter, in fact, has only exacerbated the trend of staff devaluation that began in 2008 as a result of cutback policies. Demotivated and tired, Nhs workers are continuing to abandon their jobs in search of more respectable conditions that they find in the private sector or abroad. In particular, women and younger people seem to leave more than others, depriving the Nhs of forces that are increasingly essential given the increased demand for care. To cope with recruitment and retention problems, and

thus to implement the appeal of the Nhs, it is necessary to understand the deeper motivations that drive different professionals to leave in order to propose appropriate solutions, also in relation to the different professional cultures expressed by each generation who composes the labor market today.

Emergency Medicine between striving for specificity and acted competence. An ethnographic exploration in two Emergency departments

Enrico Maria Piras

This essay explores the Emergency medicine (Em) crisis through an ethnographic study conducted in two Italian Emergency departments. The research stems from the need to consider not only the structural causes of the phenomenon (e.g. burnout, work-life balance, exposure to violence) but also the role of professional practices and organisational culture. Drawing on a practice-based approach, the work highlights how Em finds itself in an ambiguous position within the hierarchy of medical specialties, finding itself managing both real emergencies and patients with non-urgent social and health needs. This position, on the one hand, requires physicians to provide services that should be the object of professional Emergency departments practice but, on the other hand, it leaves actors margins of freedom of action to interpret their professional role, rather than being subjected to its prescriptive aspects. This manifests itself markedly in the case of what is here identified as «dilated emergency»: in some cases, doctors and nurses choose to activate the resources to which they have access by forcing the definition of «urgency» and adopting an extensive one. The work invites reflection on how working practices oscillate between the protection of specialty jurisdiction and acting in the best interests of the patient.

Work in the residential care sector for older people

Marco Arlotti, Luigi Bernardi, Mariateresa Ciommi and Ludovica Rossotti

This article aims to analyze the working conditions in the residential care sector for older people in Italy, focusing on care workers. Firstly, the employment in the residential care sector is analyzed and discussed from a comparative perspective. Secondly, the working conditions of

care workers are compared to other types of workers with a specific focus on the Italian case. This comparison shows the existence of conditions in line, or better, than for equivalent workers employed in other sectors. At the same time, such conditions are more critical when compared to care workers employed in the hospital sector. Finally, the research results are discussed in light of the main problematic features characterizing the institutional configuration of the residential care sector for older people in Italy.

Satisfaction and economic return in rehabilitation health professions: the effects of internal differentiation within the sector

Luisa De Vita and Orazio Giancola

The changes that have affected the health sector have led to a significant deterioration in working conditions, with a progressive reduction in protection, income, recognition and job satisfaction. On the one hand, the massive recourse to self-employment, particularly in the rehabilitation health sector, has increased employment opportunities but allowed health organisations to shift costs onto workers. On the other hand, the increase in the number of actors involved in the management of services has deeply segmented working conditions, creating sharp divisions and inequalities among professionals. Based on these findings, the paper focuses on the rehabilitation health professions and presents the results of a survey of more than 14,000 professionals. The first objective is to analyse working conditions, while the second is to examine how and in what way the intense fragmentation in terms of the organisational context in which the profession is practised affects income, working conditions and job satisfaction. The results confirm the increasing vulnerability of these professionals, with significant gender and generational segregation and strong polarisation between professional scope and type of employer.

The working environment and its relevance for healthcare activity

Francesca Dinelli and Marco Geddes da Filicaia

In many countries, but to a greater extent in Italy and particularly after Covid-19, there is widespread discomfort among healthcare personnel, with many doctors and nurses abandoning their jobs and fewer appli-

cants to nursing schools and to specialization courses in critical fields such as emergency medicine, anesthesia and intensive care, and general surgery. This article examines the relevance of the working environment in alleviating the physical and emotional burdens of healthcare professionals, enhancing safety, facilitating teamwork and relationships with patients, promoting empathy among colleagues and patients, and reducing physical, psychological and emotional fatigue.

The article discusses the layout of hospital spaces, technologies designed to ease physical strain on healthcare workers, the importance of green spaces, strategies for minimizing noise pollution, and the application of smart technologies. It evaluates how these initiatives collectively can contribute to making care activities safer and less exhausting for healthcare providers.

Working for health? Challenge or opportunity?

Serena Sorrentino

The healthcare sector, already under pressure, experienced exacerbated challenges during the pandemic. Systemic weaknesses such as staff shortages, lack of technological investment, and the erosion of territorial services have emerged. However, it was the work of healthcare professionals that ensured the system's resilience. Today, gender inequalities in leadership roles and wages are evident, alongside an inadequate contractual system that hampers professional development and interdisciplinarity. The divide between public and private sectors, with unequal pay and working conditions, further amplifies the issue. Rethinking the healthcare model is urgent: it must shift from being performance-based to focusing on health outcomes, adopting an integrated approach that values labor as the backbone of the system. Investments in training and professional development, fairer contracts, and policies that place labor at the heart of the community health project are essential.

The European social model's strength

Manos Matsaganis

This article summarises our book's *Who's afraid of the welfare state now?* (Hemerijck and Matsaganis, 2024) main thesis, according to which we have now entered a new era in which the welfare state, especially in Europe, enjoys broad political consensus, grounded on the realisation that robust systems of social protection render our economies more

dynamic, our societies more cohesive, and our democracies more resilient. European welfare states have made a significant contribution to mitigating the social impact of the global financial crisis of the early 2010s, and those of the pandemic of the early 2020s. This contribution has made obsolete the old controversies around the supposed incompatibility of a strong welfare state with a high-performing economy that raged for many years following the oil crises of the 1970s. We no longer live in the austerity era, nor in the era of no confidence in the welfare state. In spite of this, old debates originating in a previous period of neoliberal ascendancy are still persisting by inertia in the collective imagination. On this point we sound a note of dissent: exaggerating only a little, our book asserts that, on the whole, european welfare states have never been so strong.

What has the mountain given birth to? Note on the implementation of the disability delegation law

Ciro Tarantino

The essay reconstructs the historical process in which the recent reform of a significant portion of the welfare system for people with disabilities is embedded, tracing the different logics and social forces that have crystallised in the series of regulatory measures that make it up. The hypothesis is that, behind seemingly minute divergences, there is a marked disagreement on the social status of disabled people and the forms of coexistence.

The Reform for people with disabilities: basic assessment, life project and employment inclusion

Valerio Serino

In recent years, increasing attention to the issue of disability at the international, european, and italian levels has driven the adoption of policies aimed at promoting the full participation and inclusion of persons with disabilities in all areas of life. In Italy, there is currently significant discussion regarding policies in support of individuals with disabilities. A substantial reform is underway, which has been somewhat simplistically referred to as the «Disability reform». This process began with law no. 227 of december 22, 2021, titled «Delegation to the government on disability matters», and, for now, has culminated in legislative decree no. 62 of may 3, 2024. The title of the new regulation already delineates

the scope of the intervention: «Definition of the condition of disability, basic assessment, reasonable accommodation, and multidimensional evaluation for the development and implementation of the individualized, personalized, and participatory life project». Moreover, it is essential that employment plays a significant role within the individualized, personalized, and participatory life project. The new reform must be analyzed in its entirety, also considering its implications for employment and the impact it will have on the lives of persons with disabilities and their families.

Motherhood in Italy: an obstacle for women's work

Azzurra Rinaldi

Motherhood represents a significant obstacle to women's participation in the labor market in Italy, where the female employment rate (63,8%) is among the lowest in Europe. The decline in births, which reached below 400.000 in 2023, reflects the difficulty of balancing work and family life, exacerbated by a structural lack of services and supportive policies. Inequality also emerges in employment: 69% of women without children are active in the workforce, compared to only 58% of mothers, who are often relegated to involuntary part-time work (31,3%) or forced to resign due to inadequate support systems. Unpaid care work, a neglected pillar of modern societies, occupies twice as much of women as men and represents significant economic value (12% of Italy's Gdp). This scenario is driven by a patriarchal and capitalist system that perpetuates gender disparities, relegating women to the role of caregivers. In order to promote a more equitable system and a labor market that fully values the skills of Italian women, structural interventions, such as strengthening childcare services and reforming paternity leave, are crucial.

Reconciliation and share responsibility to break mothers' segregation within the world of labor

Susanna Camusso

The demographic decline is a recurring theme in the Italian public debate; however, insufficient attention is given to the daily challenges faced by mothers in balancing the burden of unpaid care work, which disproportionately falls on women, and their employment in a labor market where having children further exacerbates gender disparities.

This contribution highlights the need to move beyond rhetoric and bonus-based policies when discussing birth rates, advocating instead for the implementation of a series of measures that can be grouped into two fundamental areas: reconciliation and share responsibility. Reconciliation encompasses welfare policies for early childhood and labor policies, primarily aimed at enabling mothers to remain in the workforce. Shared responsibility focuses on parental leave, time allocation, and joint participation in care work. The core issue that needs to be addressed is emphasized: the necessity of dismantling both horizontal and vertical segregation in the labor market concerning care work, which is still classified as a female inclination – one deemed worthy of some support but actually representing a crucial economic issue, a matter of development, and a determinant of quality of life. This calls for policies that promote shared parenthood and the need to revalue care-related professions, continuing the path toward a primarily cultural transformation.

Informal care of older people with Ltc needs: recommendations from the main international frameworks

Cristina Calvi, Georgia Casanova, Giovanni Lamura and Federico Sofritti

Informal care is the backbone of Long-term care (Ltc) systems, but it is rarely placed at the centre of policies in this area. The article proposes a model for the analysis and systematisation of international recommendations on informal care provided by the main European institutions dealing with care policies for the older people at European level. The taxonomy of recommendations on informal care presented here allows its reproducibility for scientific purposes and, at the same time, facilitates its adoption by policy makers to better target policies and interventions to support informal caregivers.

Against a law dividing Italy

Giulio Marcon

The essay addresses the problems and contradictions of the law on Differentiated autonomy, before the Constitutional court's November 2024 ruling (and before the Court's January 2025 ruling declaring the abrogative referendum on the surviving part of the law «inadmissible»),

RPS

English Abstracts

which essentially «scuttled» it in its most important provisions. The paper analyses the possible negative consequences of Differentiated autonomy on social rights and the unity of the country within the framework of both the permanent inequalities between North and South and a welfare system insufficient to respond to the realization of constitutional rights to health, education and work. The essay highlights the danger of a political and regulatory project aimed at creating the conditions for separating the rich regions from the rest of the country, while claiming the reasons for a solidarity-based and democratic federalism capable of exalting local specificities, within a country united geographically and economically, with indivisible rights. The project of Differentiated autonomy suggests democratic players to think of a different and alternative perspective, able to combine autonomy and solidarity.

Le autrici e gli autori

Marco Arlotti è professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro presso il Dipartimento di Scienze economiche e sociali dell'Università politecnica delle Marche. Il suo campo principale di studio riguarda il tema della cura e delle politiche di long-term care, con particolare attenzione al caso italiano in ottica comparata.

Ugo Ascoli già professore ordinario di Sociologia economica presso l'Università politecnica delle Marche. Da tempo si occupa dello studio del sistema di welfare italiano, con speciale attenzione alla comparazione con gli altri principali welfare state europei.

Luigi Bernardi è ricercatore quantitativo e consulente per università ed enti di ricerca pubblici e privati. Si occupa in particolare di analisi e valutazione di fenomeni sociali e politiche pubbliche.

Cristina Calvi è collaboratrice di ricerca presso l'Inrca Irccs di Ancona e *research fellow* in Sociologia generale presso l'Università del Piemonte orientale. I suoi principali interessi di ricerca si concentrano sui temi della malattia e della cura informale secondo la prospettiva del corso di vita, dell'ageing e delle politiche connesse all'invecchiamento, dei processi di digitalizzazione con particolare riferimento all'ambito sanitario.

Susanna Camusso, già segretaria generale della Cgil, attualmente è senatrice della Repubblica italiana e componente, tra le altre, della commissione di inchiesta sulle condizioni di lavoro in Italia, sullo sfruttamento e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Georgia Casanova è ricercatrice al Centro ricerche economico-sociali per l'invecchiamento dell'Inrca, analista delle politiche pubbliche ed esperta di metodi di indagine misti. Vincitrice di un grant Msca-If 2019-Horizon-2020, tra il 2021 e il 2023 è stata *research fellow* all'Università di Valencia. Tra i suoi temi di interesse vi sono l'invecchiamento, la long-term care, l'innovazione e le tecnologie applicate all'invecchiamento, le disuguaglianze socio-economiche.

Mariateresa Ciommi è professoressa associata in Statistica economica presso il Dipartimento di Scienze economiche e sociali dell'Università politecnica delle Marche. I suoi interessi di ricerca sono incentrati nella definizione e misurazione del benessere, della disuguaglianza, della povertà e della polarizzazione, principalmente tramite indicatori compositi.

Luisa De Vita è professoressa associata in Sociologia economica presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche di Sapienza, Università di Roma dove è coordinatrice del corso di dottorato in Scienze sociali applicate. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le disuguaglianze, le politiche di genere e l'analisi delle condizioni di lavoro.

Francesca Dinelli, medico specialista in Igiene e Medicina preventiva, ha esperienza di direzione medica di presidio. Dal 2020 lavora presso la Aou Pisana come referente medico per la Struttura di alta sorveglianza per i lavori di realizzazione del Nuovo Santa Chiara in Cisanello seguendo gli aspetti progettuali, organizzativi e innovativi del nuovo ospedale.

Ivana Fellini è professoressa in Sociologia del lavoro presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale dell'Università di Milano-Bicocca. I suoi interessi di ricerca si rivolgono all'analisi del mercato del lavoro e alle sue trasformazioni, tra cui il cambiamento delle strutture occupazionali e professionali nella società terziaria, con attenzione alla prospettiva comparata.

Marco Geddes da Filicaia è medico epidemiologo ed esperto di sanità pubblica. È stato direttore sanitario dell'Istituto tumori di Genova e dell'Ospedale centrale di Firenze. Già vicepresidente del Consiglio superiore di sanità, ha svolto attività amministrativa in varie istituzioni e collabora attualmente alla progettazione di ospedali.

Orazio Giancola, sociologo, è professore associato presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche di Sapienza, Università di Roma. Si occupa di disuguaglianze sociali, analisi dei processi educativi e formativi, metodi di ricerca sociale e valutativa.

Giovanni Lamura dirige il Centro ricerche economico-sociali per l'invecchiamento all'Irccs Inrca di Ancona. Dopo un dottorato in *Corso della vita e politiche sociali* all'Università di Brema, è stato *visiting fellow* all'Università di Amburgo-Eppendorf e allo European Centre for Social

Welfare Policy & Research di Vienna, con focus su long-term care, caregiver informali e assistenti privati di cura.

Giulio Marcon, portavoce della campagna Sbilanciamoci, ha insegnato Politiche sociali e Terzo settore nelle Università di Urbino e della Calabria. Deputato nella XVII legislatura, componente della Commissione Bilancio. È autore di diversi saggi.

Manos Matsaganis è professore in Scienza delle finanze al Politecnico di Milano. Ha insegnato e svolto attività di ricerca all'Università di Economia di Atene, alla London school of economics, fra altri atenei. Nel 1997-2001 è stato consigliere del premier socialista greco Costas Simitis. Nel 2012-2014 ha fatto parte del Gruppo di esperti sull'investimento sociale per la crescita e la coesione costituito dal commissario europeo László Andor.

Enrico Maria Piras è ricercatore presso la Fondazione Bruno Kessler di Trento. I suoi interessi si collocano all'intersezione della Sociologia della salute e della medicina e degli Studi sociali di scienza e tecnica, con particolare attenzione per i processi di innovazione tecnologica in sanità.

Azzurra Rinaldi insegna Economia politica presso l'Università Unitelma Sapienza di Roma, dove è anche direttrice della School of gender economics. Nel 2022 ha fondato Equonomics, una società che porta l'equità di genere in aziende e istituzioni. È consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere. Fa parte del board della European women association ed è membro onorario del Board della Uk Confederation. È componente dell'Osservatorio sul terziario ManagerItalia e del Comitato scientifico di Side By Side e di Semia - fondo delle donne.

Ludovica Rossotti è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze economiche e sociali dell'Università politecnica delle Marche. Si occupa di tematiche inerenti al mercato del lavoro e gli strumenti di contrasto alla povertà.

Valerio Serino è responsabile dell'Ufficio Politiche per il lavoro e l'inclusione delle persone con disabilità della Cgil nazionale. Dottore in Sociologia, con specializzazione in Sociologia del lavoro. Formazione post-laurea in politiche della sanità. Esperto dei diritti delle persone con

disabilità, dell'inclusione sociale e lavorativa, nonché di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Federico Sofritti è collaboratore di ricerca presso l'Inrca Irccs di Ancona e ricercatore in Sociologia economica presso l'Università di Macerata. Svolge attività di ricerca su processi di invecchiamento e caregiving informale, politiche di innovazione e processi di digitalizzazione, politiche sanitarie e professione medica.

Serena Sorrentino è la segretaria generale della Fp Cgil. Da sempre impegnata nella difesa e nella conquista dei diritti, ha iniziato la sua carriera nel movimento studentesco, distinguendosi per il legame con il territorio e la lotta alle disuguaglianze. Con passione e determinazione, oggi rappresenta le lavoratrici e i lavoratori dei servizi pubblici.

Elena Spina è professoressa associata di Sociologia economica presso il Dipartimento di Scienze economiche e sociali dell'Università politecnica delle Marche. I suoi campi di interesse spaziano dalla sociologia dei gruppi professionali alle politiche di welfare, con particolare attenzione al settore socio-sanitario.

Ciro Tarantino è professore di Sociologia del diritto presso l'Università di Napoli Suor Orsola Benincasa, dove insegna Sociologia della disabilità. È stato componente della Commissione di studio redigente degli schemi dei decreti legislativi attuativi della legge di delega al governo in materia di disabilità, istituita con decreto del Ministro per le Disabilità presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

Giovanna Vicarelli, professoressa ordinaria di Sociologia economica presso la Facoltà di Economia «E. Fuà» dell'Università politecnica delle Marche, attualmente è direttrice scientifica del Centro di ricerca interdipartimentale sull'integrazione sociosanitaria (Criss) cui partecipano dipartimenti della Facoltà di Economia e della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università politecnica delle Marche. A partire dagli anni novanta ha focalizzato la sua attenzione sui temi delle politiche e delle professioni sanitarie, con particolare attenzione ai processi di cambiamento nel breve e nel lungo periodo.