

Introduzione

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

RPS

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 obiettivi di Margine operativo lordo (Mol) per remunerare gli azionisti (Banchieri, 2024).

Amnesso, 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 neoliberali (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

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

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),

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

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 Ascoti 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 Ascoti 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 socio-sanitario 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.

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

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*.

Richissima è la panoplia 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-

RPS

Ugo Ascoti e Giovanna Vicarelli

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.