



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio Sanitari

**I PERCORSI DI INSERIMENTO DEI
PROFESSIONISTI SANITARI DURANTE LA
PANDEMIA DA COVID-19.
SFIDE E OPPORTUNITÀ.**

**THE PATHS OF INTEGRATION OF HEALTH
PROFESSIONALS DURING COVID-19 PANDEMIC.
CHALLENGES AND OPPORTUNITIES.**

Relatore:

Chiar.ma Prof.ssa Elena Spina

Correlatore:

Chiar.ma Prof.ssa Micol Bronzini

Tesi di Laurea di:

Laura Pezzin

Anno Accademico 2020 – 2021

INDICE

Introduzione

1. *La Sanità italiana prima del Covid-19: il contesto e le politiche pubbliche in Sanità nell'ultimo decennio*
2. *I professionisti della Sanità italiana: medici e infermieri*
 - 2.2 *Le carenze negli organici*
 - 2.2 *Generi e generazioni a confronto*
 - 2.3 *Tipologie contrattuali e nuove forme di lavoro*
3. *La pandemia e gli interventi in Sanità*
 - 3.1 *Evoluzione degli interventi normativi*
 - 3.2 *Gli ingressi di personale sanitario durante la pandemia*
4. *L'indagine qualitativa*
 - 4.1 *Lo scopo dell'indagine*
 - 4.2 *Il metodo dell'indagine*
 - 4.3 *L'analisi: risultati e riflessioni*

Conclusioni

INTRODUZIONE

31 Gennaio 2020. Dichiarazione di Stato di Emergenza.

Da qualche settimana i notiziari di tutto il mondo ci informano della comparsa di un nuovo e pericoloso virus respiratorio, Sars-Cov-2, proveniente dalla Cina, che rapidamente sta prendendo piede anche in Europa e che costringe il Governo ad adottare misure straordinarie per fronteggiare quella che da lì a breve sarebbe diventata un'emergenza su scala globale. Le notizie di quel periodo ci raccontano di essere entrati a contatto con un virus molto contagioso, la cui particolarità è quella di generare una sindrome respiratoria, il covid-19, che costringe spesso gli ammalati a cure ospedaliere di tipo intensivo e richiede, nei casi più gravi, l'utilizzo di strumenti per la ventilazione assistita.

Febbraio 2020. La Sanità Italiana si trova impreparata di fronte al nemico.

Con l'inizio dei primi casi in territorio italiano, legati ai cluster di Codogno e di Vò, nel nord Italia, appare evidente come sia difficile controllare e contenere l'avanzare del contagio. Si avviano i primi tracciamenti, le prime ricerche del "paziente zero", che diventano però una corsa in direzione contraria a quella del Coronavirus, che va espandendosi sempre più sul territorio. In poche settimane diventano migliaia le persone contagiate.

Marzo 2020. Tracollo degli ospedali.

Sebbene la popolazione italiana sia confinata in lockdown, i contagi non si placano. Gli infetti diventano migliaia e molti di questi necessitano di ricovero ospedaliero. È richiesto un enorme dispiegamento di risorse umane, tecnologiche e strutturali negli ospedali italiani, ben superiore al regime ordinario di attività. Il personale appare sin dal principio carente, costretto a confrontarsi con un virus sconosciuto e con le conseguenze talvolta tragiche che provoca nei malati. I reparti ospedalieri si riempiono ben oltre la loro capienza massima. Le terapie intensive sono sovraffollate. Si avvia una spasmodica ricerca di nuovo personale a supporto di quello già operante e al fine di compensare le carenze dovute ai molti positivi tra il personale sanitario, costretti in casa per periodi anche molto lunghi. Lo stato di sofferenza della sanità italiana diventa quindi evidente e vengono portate alla luce le carenze umane, strutturali e tecnologiche in cui riversano da anni gli ospedali italiani. La stampa inizia a parlare di carenza di posti letto, di macchinari insufficienti per la ventilazione assistita, di personale sotto organico e costretto a turni massacranti, di carenza di dispositivi di protezione individuale.

C'è da interrogarsi riguardo a quanto questa carenza sia stata improvvisa e legata alla situazione emergenziale e quanto invece fosse stata già precedentemente conosciuta ma non adeguatamente colmata.

C'è da interrogarsi su quanto questa situazione abbia influito sul personale sanitario, andandone ad influenzare la modalità di lavoro e creando nuove dinamiche nelle professioni.

C'è da interrogarsi su quale futuro si prospetta per la Sanità italiana e per i professionisti che vi lavorano.

1. LA SANITA' ITALIANA PRIMA DEL COVID-19: IL CONTESTO E LE POLITICHE PUBBLICHE IN SANITA' NELL'ULTIMO DECENNIO

L'ultimo decennio della Sanità italiana è stato guidato da politiche di austerità, che hanno determinato una graduale ma costante riduzione della spesa pubblica destinata al settore della sanità. Per nessun Governo, nell'ultimo decennio, la sanità ha mai rappresentato una priorità politica. A rivelarlo è uno studio della Fondazione Gimbe (2019) che ha calcolato in 37 miliardi di euro i tagli effettuati dal governo Monti in poi. Se consideriamo la spesa sanitaria pubblica, in Italia essa rappresenta oggi il 6,5% del PIL, in linea con la media OCSE, ma ben distante dai livelli di spesa di Germania e Francia. In termini pro capite, il SSN spende la metà della Germania e la spesa sanitaria totale per abitante è del 15% in meno rispetto alla media UE.

Le risorse pro capite per la sanità pubblica italiana fino al 2018 sono calate del 10%, mentre in Francia e in Germania sono aumentate del 20%. Questi dati fotografano l'entità della riduzione delle risorse pubbliche particolarmente grave in un paese ad alto invecchiamento della popolazione e un decisivo disinvestimento dalla sanità pubblica che, come si vedrà, si è concretizzato soprattutto in termini di riduzione dei servizi, del personale e dei posti letto con l'effetto di uno spostamento della domanda verso il mercato privato.

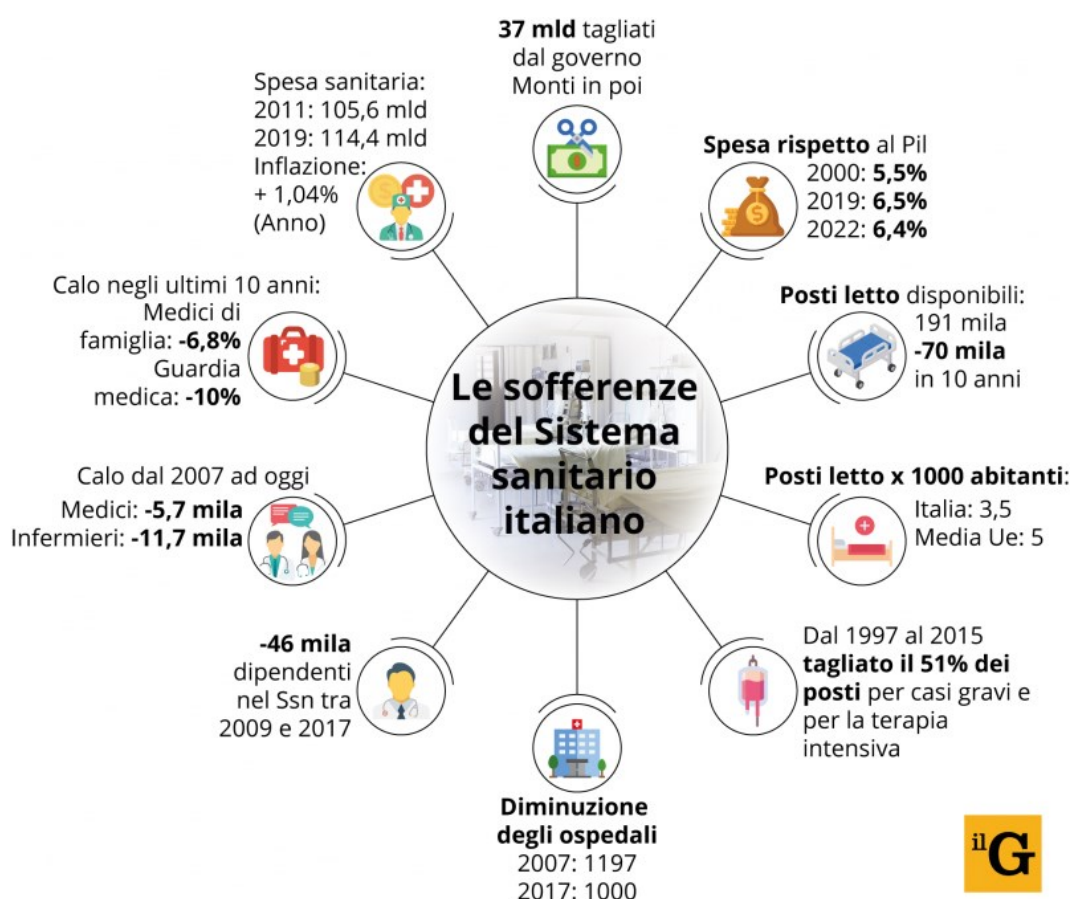
Se consideriamo l'evoluzione di lungo periodo, tra il 1995 e il 2018, la spesa pubblica per la salute ha prima registrato un progressivo aumento – dal 4,9% al 7% del PIL – tra il 1995 e il 2008; successivamente gli effetti della crisi e delle politiche di austerità hanno riportato in basso la spesa, pari al 6,5% del PIL nel 2018, riaprendo un crescente divario nei confronti di paesi come Francia e Germania. Oltre a questo, l'introduzione di Quota 100 nel 2019 da parte del governo Conte ha acuito la grave carenza di personale, consentendo il pensionamento ad un numero considerevole di personale sanitario, mai adeguatamente rimpiazzato, rischiando di compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Secondo il rapporto della Fondazione Gimbe si scopre inoltre che nel corso di un decennio, sono spariti 70 mila posti letto. Secondo il Centro Studi dell'Ufficio Parlamentare (2019) l'Italia è, per numero di posti letto ospedalieri, di gran lunga inferiore rispetto agli altri Paesi: si contano 3,2 posti letto ogni 1000 abitanti contro i 5 ogni 1000 della media europea. Analizzando il database europeo "Health for all", (2016) che fornisce una selezione indicatori relativi ai 53 Paesi membri dell'Oms Europa, si calcola che per l'Italia, dal 1997 al 2015, è stato effettuato un taglio del 51% dei posti letto per acuti e per la terapia intensiva che, quindi, sono passati da 575 ogni 100 mila abitanti ai 275 attuali.

Una diminuzione così significativa di posti letto si è tradotta, inevitabilmente, anche in una riduzione di strutture ospedaliere. Se nel 2007 il SSN contava 1197 ospedali, dopo un decennio può fare affidamento solo su 1000 ospedali. Meno posti letto,

meno ospedali e inevitabilmente anche meno personale. La Ragioneria di Stato (2017) ha calcolato che, dal 2009 al 2017, il Servizio Sanitario nazionale ha perso 46 mila dipendenti, scendendo da 649.248 a 603.375.

Tabella 1.1, "Il Giornale" su elaborazione dati Fondazione Gimbe



Una parziale inversione di rotta è quella che si sarebbe dovuta prospettare con l'approvazione del Patto per la Salute 2019-2021, siglato nel dicembre 2019. Il

Patto si prefigge l'obiettivo di interrompere la lunga stagione di tagli alla sanità. Sancisce un notevole incremento delle risorse destinate alla sanità: 114 miliardi per l'anno 2019, 116 miliardi per l'anno 2020 e 117 miliardi per l'anno 2021. A tutto ciò va aggiunto quanto previsto dalla Legge di Bilancio con un incremento, dopo i 4 miliardi già previsti per il 2019, di 2 miliardi per gli investimenti per l'edilizia sanitaria e l'aumento di 1,5 miliardi di quelli per l'ammmodernamento tecnologico. Il Patto prevede inoltre la rimodulazione del tetto relativo alla spesa del personale dal 5% al 10%, valutando la possibilità di un ulteriore innalzamento al 15%. Per superare l'emergenza della carenza dei medici, inoltre, si era deciso di consentire agli iscritti al terzo anno di specializzazione di poter lavorare nelle strutture sanitarie e prevedendo fino al 2022 la possibilità per i medici di permanere in servizio fino al 70° anno di età. Ulteriore obiettivo è quello della valorizzazione e sviluppo delle competenze delle professioni sanitarie.

Con l'avvento della pandemia, nei primi mesi del 2020, il Governo italiano non ha avuto tempo di attuare le azioni contenute nel Patto. Pur essendoci l'intenzione di dare una svolta significativa al sistema sanitario, la pandemia ha raggiunto il territorio italiano molto prima che questi interventi fossero attuati, trovandosi di fronte un SSN proveniente da un decennio di tagli e riduzioni.

2. I PROFESSIONISTI DELLA SANITA' ITALIANA: MEDICI E INFERMIERI

2.1 Le carenze negli organici

Da un'analisi della numerosità del personale operante nella sanità italiana prima dell'inizio della pandemia si evidenziano notevoli carenze, specie tra le categorie di medici e infermieri, coloro che in prima linea hanno fronteggiato la pandemia, a partire da marzo 2020 ad oggi. Oltre al progressivo definanziamento negli ultimi 10 anni, un ruolo rilevante nel determinare il fenomeno della carenza degli organici è quello dell'errata programmazione dei fabbisogni di personale e dall'inadeguata capacità di compensare il turn-over generazionale, specie dopo l'introduzione di Quota 100, che ha causato negli ultimi anni una vera e propria voragine di personale per i pensionamenti mai reintegrati.

La somma di questi eventi ha portato ad un vuoto generazionale incolmabile nel breve periodo, se non in parte, con misure eccezionali (ad esempio inserendo nel mondo lavorativo ospedaliero gli specializzandi degli ultimi anni come previsto dal Decreto Calabria), al quale però non sono seguiti i regolamenti ministeriali attuativi per renderlo pienamente ed omogeneamente operativo.

Per quanto riguarda la professione medica, secondo dati ISTAT del 2019, prima dell'inizio della pandemia il numero di medici sul territorio italiano era di 241.945 unità, ossia 398 medici ogni 100.000 abitanti. Tale cifra include sia i generici che

gli specialisti ed appare in linea con la media europea di 388 medici ogni 100.000 abitanti. (Eurostat, 2013)

Le associazioni professionali del mondo medico, tuttavia, già da diversi anni denunciano una cronica carenza di personale, in particolare dovuta al mancato reintegro dei pensionati. Il personale medico infatti attualmente va in quiescenza con un'anzianità media di 65 anni. Nel 2018 è iniziata l'uscita dal sistema dei nati nell'anno 1953, ossia circa 7000 medici. Nel triennio 2019-2021, che interessa i nati dal 1954 al 1956, sono previste uscite tra 6000 e 7000 medici l'anno, per un totale di circa 20.000 unità. Tali uscite non sono state, fino all'epoca pre-covid, compensate da un adeguato inserimento di giovani medici della. Secondo uno studio ANAAO-ASSOMED (2019), dall'analisi delle curve di pensionamento e dei nuovi specialisti formati nel periodo 2018-2025, è previsto un ammanco di circa 16.700 medici. Senza interventi in Italia nel 2025 si rischia di passare a 181 medici ogni 100.000 abitanti. Oltre alla carenza numerica, si assisterà anche ad una probabile carenza di competenze, in quanto la velocità dei processi in atto non concederà il tempo necessario per il trasferimento di conoscenze dai medici più anziani a quelli con meno esperienza alle spalle. Si tratta, infatti, di competenze cliniche e capacità tecniche che richiedono un certo tempo e un periodo di passaggio di esperienze tra diverse generazioni professionali per essere trasferite.

Oltre a questo, l'ospedale, un tempo considerato come luogo di elezione per la pratica della professione medica, è oggi un luogo da cui il medico della nuova

generazione tende ad allontanarsi. L'esercizio della professione medica negli ospedali pubblici, infatti, non è più il punto di arrivo per la crescita professionale, il sogno di ogni studente e neolaureato alla Facoltà di Medicina, tanto meno la massima aspettativa di un giovane medico specializzato che tende a preferire al sistema pubblico quello privato per via delle condizioni di lavoro meno disagiate, minor rischio clinico, prospettive di carriera maggiori e gratificazioni economiche ad oggi non immaginabili nella Sanità pubblica. Un esempio di questo è dato dallo studio di ANAAO Giovani (2017), che ha analizzato le dinamiche ed i flussi del personale medico all'interno del contenitore Sanità, in un arco di tempo ben definito, tra il 2010 ed il 2017. Il numero dei medici operanti nelle strutture pubbliche ha subito una riduzione rilevante (- 9.5%), soprattutto se confrontato al comparto del settore privato che registra un aumento stimato del 15%.

Secondo un ulteriore studio di ANAAO-ASSOMED (2019), le motivazioni alla base dell'allontanamento sono diverse, tra cui: il taglio del personale e la carenza di specialisti che hanno creato organici sempre più ridotti rendendo insostenibile il carico di lavoro; la presenza delle donne in sanità è in progressivo aumento, e i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono, soprattutto a loro, di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero; il lavoro burocratico è diventato la parte predominante dell'attività professionale, allontanando il medico dalla clinica; la professionalità è poco premiata e per nulla incentivata; il coinvolgimento nei processi decisionali è assente; il loro lavoro ha perso valore, anche economico,

come il proprio ruolo sociale; il rischio di denunce legali e aggressioni, verbali e fisiche, è aumentato negli anni. I medici ospedalieri si sentono quindi svalutati e frustrati da un'organizzazione del lavoro che non sembra avere tra le priorità i loro bisogni e le loro necessità, sia come lavoratori sia come persone. Ma questo fenomeno non accade soltanto in Italia: anche in Inghilterra, in Svezia e ora in Germania i medici lasciano sempre più gli ospedali. Anche lì, come in Italia, i professionisti sono spinti a lasciare il proprio posto di lavoro per cercare altrove un impiego più dignitoso e rispettoso del loro ruolo.

Dall'altro lato, la sanità privata diventa invece sempre più attrattiva per i medici, ma anche per i pazienti, raggiungendo un gradimento mai visto negli ultimi anni e ritagliandosi sempre più spazio nella sanità italiana.

Tali motivazioni portano molti professionisti ad affacciarsi, oltre che al privato, anche al mercato del lavoro Europeo, preferendo le gratificazioni economiche e la possibilità più ampia di carriera offerta da altri Paesi. Ciò è alla base della fuga dal Paese di un rilevante numero di soggetti: negli ultimi 8 anni, secondo i dati OCSE, riportati dalla Corte dei Conti (2020) sono oltre 9.000 i medici formati in Italia che sono andati a lavorare all'estero.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, una stima ISTAT del 2019 conta 367.684 infermieri sul territorio italiano. Come per la professione medica, anche quella infermieristica soffre di una costante carenza, stimata in Italia di circa 53.000 unità, ulteriormente aggravata durante l'apice della pandemia, anche dal fatto che

molti infermieri, coloro che sono stati più esposti, sono stati infettati dal virus. Da un confronto con la media europea, gli infermieri sono 570 ogni 100.000 abitanti contro una media dei Paesi dell'OCSE di 820, con tutti gli Stati del Nord Europa al disopra di 1000 infermieri ogni 100.000 abitanti e solo alcuni dell'est europeo (Slovacchia, Cipro, Polonia, Lettonia, Bulgaria, Grecia, Serbia, Montenegro, Macedonia e Turchia), al di sotto. La grande maggioranza degli infermieri italiani, il 77,7%, lavora nei servizi ospedalieri e questo è certamente un elemento unificante che dà identità e compattezza alla categoria. All'interno dei servizi ospedalieri, sul totale dei lavoratori, circa il 40% sono infermieri.

Questi dati dimostrano quindi come la carenza di personale medico e infermieristico non sia da ricercarsi esclusivamente nella particolare situazione emergenziale dell'ultimo anno, ma come abbia invece radici più profonde, probabilmente frutto di scelte dapprima formative (in ambito di ristrettezza di accesso alla formazione medica universitaria e poi alle scuole di specializzazione) e successivamente organizzative (per quanto riguarda l'accesso al pubblico impiego ospedaliero che non ha compensato il turnover generazionale) che non hanno valorizzato il settore sanitario. Se, per uno studente che ambisce ad entrare alla Facoltà di Medicina, (o di Infermieristica, seppur in misura inferiore in quanto i posti messi a bando sono più numerosi) lo scoglio del test di ingresso appare quasi insormontabile, si può dire altrettanto dei concorsi di accesso alle Scuole di Specializzazione Medica, che ogni anno bloccano migliaia di neolaureati che potenzialmente potrebbero

proseguire la formazione, a causa dei pochi posti messi a bando da ogni Scuola. Tale sistema risulta certamente poco gratificante per un giovane che, dopo diversi anni di studio, si affaccia al mondo del lavoro riscontrando ampie difficoltà. Ulteriore ristrettezza emerge nel passaggio successivo, ossia quando un giovane medico o infermiere al termine del percorso di studio decide di affacciarsi all'impiego Pubblico nel sistema ospedaliero. I concorsi disponibili sono numericamente pochi, i posti messi a bando sono limitati. La strada per intraprendere la carriera ospedaliera appare quindi tortuosa, con diversi punti di possibile blocco e dunque di aumento dei tempi per l'inizio dell'esercizio della professione. Oltre a questo, i tagli alla spesa pubblica degli ultimi anni hanno dirottato le cure verso sistemi di tipo privatistico e ridotto le risorse umane e tecniche degli ospedali pubblici. Con tali carenze (di macchinari, di strutture, di posti letto) è risultato quindi difficile far fronte alle peculiarità e alla complessità di cura della malattia da Covid-19, che necessita spesso di cure di tipo intensivo e di professionalità e tecnologie particolari. Sarebbe quindi importante, nel futuro, valutare accuratamente la numerosità dei professionisti sanitari allo scopo di compensarne le carenze numeriche, specie in quei reparti cardine per la tutela della vita, come il Pronto Soccorso o le Terapie Intensive. Oltre a questo, c'è da riflettere su quanto un giovane medico possa sentirsi realizzato e motivato a rimanere in territorio italiano, volgendo uno sguardo all'Europa e cercando di potenziare la quantità e la qualità delle proposte occupazionali rivolte a chi è più giovane, in

modo da rendersi competitivi rispetto alle proposte lavorative provenienti dall'estero.

Tabella 1. Numero di medici e infermieri in Italia e in Europa

CATEGORIA PROFESSIONALE	NUMERO TOTALE	/100.000 ABITANTI	MEDIA EUROPEA ***	CARENZA STIMATA ****
MEDICI (GENERICI+SPECIALISTI) *	241,945	398	388	16,700
INFERMIERI **	367,684	570	820	53,000

Fonti: * Elaborazione dati Istat 2019; ** Rilevazione Continua delle Forze Lavoro Istat 2019; *** Elaborazione dati Eurostat 2018; **** ANAAO-ASSOMED Analisi curve di pensionamento 2018-2025

2.2 Generazioni e generi a confronto

La distribuzione per età della popolazione medica dimostra che l'8,6% dei medici ha un'età inferiore a 36 anni; il 17,2% tra i 35-44 anni; il 18,4% tra i 45-54 anni; il 37,7 tra 55-64 anni; il restante 18,1% ha più di 65 anni. L'Italia ha il maggior numero di medici over 55 rispetto al resto dell'Europa, oltre che essere uno tra i Paesi con minor numero di medici di età inferiore ai 35 anni. C'è stato un rapido invecchiamento della forza lavoro sanitaria in gran parte dell'UE quando la generazione del baby boomer ha iniziato a raggiungere la pensione. Tale fenomeno non è stato adeguatamente compensato dall'ingresso nel mondo del lavoro di nuovi giovani medici, a causa di un'insufficiente turnover generazionale. L'Italia è quindi uno dei paesi con la popolazione medica con età media più elevata, in quanto il 55%

dei medici, nel 2018, ha età maggiore di 55 anni (al secondo posto la Bulgaria, con il 51%) (Eurostat, 2018).

Tra gli infermieri sono meno presenti le classi più giovani fino ai 34 anni, a vantaggio quasi interamente della classe intermedia, quella tra i 45-54 anni che assomma il 36,5% del totale. Nella classe 55-64 anni la percentuale di infermieri è del 17%. (ISTAT, 2015).

È interessante notare come le giovani generazioni che stanno facendo il loro ingresso nel mondo della sanità si distinguono nettamente dalle generazioni precedenti. Se il medico della generazione precedente (in particolare la cosiddetta generazione dei baby boomers¹) era fedele all'etica professionale e impegnato a lungo termine all'interno della stessa organizzazione, ora il giovane professionista si contraddistingue per il potenziale di cambiamento e di adattabilità tipici della sua generazione. Il profilo che si delinea è quello di un professionista maggiormente dinamico, disposto a cambiare, contraddistinto da velocità nelle scelte e nelle interazioni. Un giovane medico che fa un utilizzo maggiore delle nuove tecnologie, si tiene in aggiornamento costante e continuo e ha un accesso facilitato a un maggior numero di informazioni e di occasioni di confronto (White Paper Generation Now, 2018). E' inoltre un professionista più attento alla work-life balance, a differenza della generazione precedente, per la quale la professione è una

¹ La generazione dei *baby boomers* comprende coloro che sono nati tra il 1945 e il 1964.

sorta di vocazione a cui dedicare molta parte della giornata e meno attenta alla salvaguardia del proprio tempo libero o delle ferie. È inoltre meno rappresentata la gerarchia e la dominanza medica, aspetti invece rilevanti nelle dinamiche professionali dei medici delle vecchie generazioni (Lim, Epperly, 2013; Spina, 2017).

Per quanto riguarda invece le nuove generazioni di infermieri, essi partono da uno status, quello di laureati, ben diverso dai colleghi più anziani, che hanno ottenuto invece un diploma. I colleghi più anziani, della generazione dei baby boomer, formati nella vecchia scuola, sono in prevalenza donne, poco abituate all'uso della tecnologia e orientate all'approccio assistenziale secondo il mansionario. La generazione X² si pone a cavallo dell'abolizione del mansionario professionale, momento che ha reso da lì in avanti la professione infermieristica sempre più autonoma e socialmente riconosciuta. Entrambe queste generazioni appaiono molto legate all'istituzione per cui lavorano, è presente un forte senso di appartenenza e l'abitudine al rapporto di lavoro di tipo gerarchico, subordinato alla professione medica. La generazione Y³, invece, è definita come generazione nomade, poco legata al luogo di lavoro in sé ma più attratta dalle gratificazioni professionali che possono essere sviluppate in un determinato ambiente. È una generazione fortemente tecnologica, predisposta al lavoro in team e che applica l'approccio

² La *generazione X* comprende coloro che sono nati tra il 1965 e il 1980.

³ La *generazione Y* (detta anche dei *Millennials*) comprende coloro che sono nati tra il 1980 e il 1995.

assistenziale individualizzato, ben lontano dai vecchi mansionari. (Stevanin, 2015).

La diversità delle modalità di lavoro, orientamenti, approcci di vecchie e nuove generazioni di lavoratori in campo medico e infermieristico ci fa riflettere su come sia vario e diverso l'orientamento allo svolgimento della professione, pur all'interno dello stesso Ente. Il ruolo dei giovani, sotto questo aspetto, risulta importante poiché essi diventano quella figura indispensabile nel guidare gradualmente i colleghi con anzianità di servizio maggiore attraverso gli innovativi metodi e approcci della medicina, ricevendo invece da loro una grande scuola di esperienza lavorativa. La fusione delle diverse generazioni, se equilibrata, diverrebbe quindi un'evoluzione importante per i diversi professionisti e per l'organizzazione ospedaliera stessa.

Per quanto riguarda il genere delle professioni, è interessante notare come la popolazione medica italiana si compone in misura progressivamente maggiore nel corso degli anni di donne, arrivando, nel 2018, al 40% del totale. In particolare, riferendosi alla fascia di età under 40, le donne costituiscono quasi il 60% del totale. La situazione è invece ribaltata tra gli over 70, dove il numero di uomini è cinque volte quello delle colleghe (FNOMCEO, 2021). Tale trend si conferma anche in Europa: secondo OECD Health Service, in molti Paesi la presenza femminile nel mondo medico è aumentata, superando in alcuni Paesi quella maschile, come in Lituania ed Estonia.

Per quanto riguarda gli infermieri, in controtendenza rispetto alla professione medica, si è riscontrato un aumento del numero di giovani infermieri maschi, in particolare tra i nuovi iscritti agli Albi. Attualmente un infermiere su 4 è maschio. Secondo IPASVI (2018), alla fine del 2012 gli infermieri professionali uomini erano il 27,9% dei nuovi iscritti agli Albi provinciali, contro il 22,3% del 2007. L'importante e massiccia presenza del genere femminile è spiegata dal fatto che l'ingresso degli uomini nella professione infermieristica risale soltanto al 1971 con la legge n. 124 che ha esteso al personale maschile l'esercizio della professione di infermiere professionale.

Leggendo congiuntamente i dati sulle generazioni e quelli sul genere, si nota come le fasce di età che contano il maggior numero di professionisti sanitari sono quelle tra i 45 e i 64 anni. Un'età media avanzata, che fa riflettere su quante poche giovani leve siano state inserite nel settore sanitario negli ultimi anni. La percentuale di giovani è infatti molto bassa, anche rispetto al resto dell'Europa. La mancanza di un adeguato turnover e l'invecchiamento progressivo dei lavoratori, oltre a causare negli anni un progressiva penuria numerica di professionisti, come abbiamo visto in precedenza, riduce l'apporto di nuove professionalità e nuove energie nel settore pubblico: un ambiente lavorativo ricco di nuove competenze e, quindi, di innovativi approcci alla cura e di nuove energie può influire positivamente sull'organizzazione e sull'erogazione del servizio, aumentandone la qualità e andandosi a completare con l'esperienza apportata dal personale con anzianità di servizio maggiore.

Verrebbe inoltre favorito il transito generazionale con un trasferimento graduale di conoscenze, spesso complesse, da una generazione all'altra. Un ambiente di lavoro più ricco di giovani professionisti potrebbe giovare anche ai lavoratori delle precedenti generazioni, che vedrebbero un aumento delle loro conoscenze e abilità soprattutto nell'utilizzo del digitale, ambito in cui i giovani lavoratori sono oggi molto competenti.

L'aumento delle donne nella Sanità, per contro, fa riflettere su come, nel corso degli anni, il genere femminile sia riuscito ad affermare la propria capacità professionale anche in un mondo, quello medico, che nasce e cresce al maschile. Le donne delle nuove generazioni sono più culturalmente abituate al concetto di parità tra i generi grazie anche agli sviluppi di una diversa cultura sociale e politica degli ultimi decenni. Appaiono consapevoli delle proprie capacità e dei propri mezzi e non sono inclini ad accettare limitazioni o discriminazioni legate al genere. La distribuzione verticale delle donne in Sanità non è però ancora equa rispetto alla controparte maschile. In particolare le posizioni apicali e dirigenziali sono composte ancora in larga parte da uomini. Un'analisi condotta dall'Istituto Besta (2020) rileva che, se si considera il personale dirigenziale, le donne non vanno oltre il 57% del totale e se poi consideriamo i direttori di Unità Operativa, le donne solo il 33%. La percentuale diminuisce all'11% se si considera "l'alta dirigenza", cioè i capi dipartimenti gestionali, direttori scientifico, sanitario, amministrativo e generale. È auspicabile che nel prossimo futuro la distribuzione di donne raggiunga

maggiormente anche i vertici della piramide. Un SSN al femminile implicherà nel futuro anche cambiamenti nel modello professionale, oggi costruito a misura di uomo, adeguandosi agli obblighi familiari extra lavorativi, tipici del mondo femminile, e implementando gli strumenti di integrazione vita-lavoro che permettono una più flessibile gestione del proprio tempo, come i contratti part-time, banca delle ore, flessibilità degli orari, permessi, i congedi parentali, congedi di maternità e paternità, nidi aziendali, servizi baby-sitting.

Tabella 2. Suddivisione del personale sanitario per età e per genere

CATEGORIA PROFESSIONALE	< 35 ANNI	35 – 55 ANNI	> 55 ANNI	DONNE SUL TOTALE
MEDICI *	8,6 %	35,6 %	55,8 %	40 % (60 % tra gli under 40) ***
INFERMIERI **	16,7 %	65,7 %	17,6 %	70 % ****

Fonti: * Eurostat 2018; ** Elaborazione dati Istat Rilevazione Continua sulle Forze Lavoro;
*** Elaborazione dati FNOMCEO 2021; **** Elaborazione dati FNOPI 2018

2.3 Tipologie contrattuali e nuove forme di lavoro

Pur restando la forma di lavoro come dipendente a tempo indeterminato la forma prevalente di collaborazione con il SSN, negli ultimi anni hanno preso largamente piede i contratti di tipo flessibile. Con il termine flessibile si fa riferimento a forme di lavoro che hanno come requisito principale la temporaneità. Il personale

flessibile considerato nella rilevazione è formato da: personale a tempo determinato, dipendenti con contratto di formazione e lavoro, lavoratori con contratto di somministrazione di lavoro. E' aumentato inoltre il lavoro autonomo, in forma di collaborazione libero professionale. Da un'analisi dei dati fino al 2017 si evidenzia come vi sia stato, nel comparto Sanità, un lento ma graduale aumento del numero dei lavoratori con contratti flessibili. Secondo l'elaborazione dati della Corte dei Conti (2017), infatti, dal 2012 al 2017 il personale sanitario, tecnico, professionale e amministrativo dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere e Universitarie e gli IRCCS pubblici del territorio italiano è passato da 653.000 a 626.000 con una flessione di circa 27.000 unità (-4%). Nello stesso periodo il ricorso a personale flessibile è cresciuto di 11.476 unità (+37,6%): si tratta infatti in prevalenza di posizioni a tempo determinato, che crescono del 36,5 per cento (passando da 26.200 a 35.800), e di lavoro interinale, che non sempre comportano una successiva stabilizzazione contrattuale.

Analizzando nello specifico le professioni emerge come il personale medico a tempo determinato sia passato dalle 6.849 unità del 2012 alle 9.265 del 2017, una crescita del 35,7%. Lo stesso aumento di contratti flessibili si è registrato nel settore infermieristico. Tra tempo determinato e interinali il loro numero è passato dalle 9.769 unità del 2012 alle 15.991 del 2017, una salita del 63%. Nello specifico i contratti a tempo determinato sono aumentati del 58% (+4.959 unità) e quelli interinali del 96% (+1.262 unità). Nel settore infermieristico il contratto di

dipendente resta ancora quello più largamente utilizzato. Secondo dati Istat, il 95,3% di chi pratica questa professione lo fa come dipendente. Tra gli infermieri gli autonomi sono il 4,8%, con una leggera prevalenza tra le donne. Va tuttavia segnalata una tendenza abbastanza decisa all'incremento del lavoro autonomo: gli infermieri che non lavorano alle dipendenze erano 12.000 nel 2012 passano a 18.000 nel 2016. (FNOPI, 2018)

Il SSN ha quindi seguito nel corso degli ultimi anni la tendenza, ormai diffusa, di utilizzare i contratti di lavoro flessibile, che contribuiscono a creare una situazione di precarietà e incertezza nel lavoratore. Tale tendenza va a contrapporsi con quella che per anni è stata la caratteristica del pubblico impiego, ossia l'occupazione stabile a tempo indeterminato, uno dei motivi per cui tale settore è risultato per anni molto ambito, in quanto fonte di stabilità nella vita professionale. L'utilizzo di forme contrattuali flessibili anche nel settore pubblico e, in particolare, nel delicato mondo della Sanità potrebbe generare alcuni risvolti non positivi nei lavoratori. Un contratto di tipo precario, infatti, favorisce il senso di incertezza e potrebbe tradursi in una percezione di svalorizzazione del personale e senso di non appartenenza all'organizzazione, anziché favorire una sua graduale integrazione e una conoscenza approfondita dell'ambiente e delle modalità di lavoro, caratteristiche di ogni singolo Ente. Tali aspetti sono da considerarsi specie nella valutazione della qualità delle cure e prestazioni erogate. L'aspetto umano e la buona predisposizione relazionale, infatti, sono parti integranti nello svolgimento di ruoli sanitari e una

posizione lavorativa poco soddisfacente e incerta potrebbe causare vissuti negativi verso l'esperienza ospedaliera con ripercussioni sulla qualità del servizio erogato. Le sensazioni di incertezza e la connessa preoccupazione per il proprio futuro professionale potrebbero generare effetti nel lavoratore che, non sentendosi parte integrante dell'organizzazione o percependosi come forza lavoro solo temporanea potrebbe non sentirsi motivato nell'esprimere al meglio le proprie competenze. Potrebbero poi diventare, per tali professionisti, più interessanti altre proposte occupazionali provenienti dal mondo privato o dall'estero, spingendo quindi il lavoratore ad essere proiettato al di fuori dell'organizzazione, anziché al suo interno.

Tabella 3. Lavoro flessibile di medici e infermieri

LAVORO FLESSIBILE	2012	2017	VARIAZIONE
MEDICI	6.849	9.265	+ 35,7 %
INFERMIERI	9.769	15.991	+ 63 %

Fonte: *Elaborazione dati Corte dei Conti*

3. LA PANDEMIA E I NUOVI INTERVENTI IN SANITA'

3.1 Evoluzione degli interventi normativi

La pandemia si è abbattuta in un SSN già in forte carenza di personale, proveniente da anni di tagli alla spesa pubblica e organizzativamente e strutturalmente non

pronto a fronteggiare una sfida di simile portata. Oltre agli ammanchi di personale già precedentemente citati, nel corso dei mesi di pandemia (in particolare durante la prima ondata e, dopo l'estate, durante la seconda) molti dei lavoratori impiegati in prima linea nella cura del Covid si sono ammalati durante il lavoro e ciò ha comportato ulteriori ammanchi di personale e turni di lavoro massacranti per il personale rimasto. Dal punto di vista normativo, la drammaticità della crisi sanitaria ha accelerato le dinamiche già messe in atto dal c.d. Decreto Calabria nel 2019, che determina l'apertura delle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza ai medici in formazione specialistica e ai medici veterinari iscritti all'ultimo anno, agevolando quindi l'ingresso di nuove leve nel mondo del lavoro pubblico. Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, in deroga alla disciplina vigente. Ciò ha permesso al Servizio sanitario di contrastare la crisi epidemiologica in atto nelle regioni più colpite fino al termine dello stato di emergenza (31 luglio, successivamente prorogato al 15 ottobre 2020, poi al 31 gennaio 2021, poi 31 Luglio 2021, poi al 31 Dicembre 2021) prevedendo al contempo azioni a lungo termine, quali il reclutamento di medici ed infermieri, anche militari. Vengono disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e la possibilità di esercitare la professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia senza sostenere l'esame di abilitazione.

La situazione emergenziale ha fatto in modo che si varassero, già nelle prime fasi dell'emergenza da Covid-19, nuove norme per contrastare la penuria di personale. L'art. 23 del decreto legge n.9 del 2020 consente, in via transitoria, la stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico, in deroga alle norme che, per le pubbliche amministrazioni, limitano sia le possibilità di ricorso a tale tipo di contratti sia il conferimento di incarichi a soggetti già titolari di un trattamento di quiescenza. In seguito all'aggravarsi dell'emergenza sanitaria collegata al Coronavirus, l'art. 2-bis del decreto legge n.18 del 2020 estende a tutto il territorio nazionale la portata delle norme transitorie relative alla stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico, con la specifica finalità di incrementare il personale necessario per rafforzare i reparti di terapia intensiva e sub intensiva necessari per la cura dei pazienti affetti Covid-19. Le norme sono state inizialmente prorogate fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 30 aprile 2021. Successivamente la loro efficacia è stata estesa al 31 dicembre 2021.

Nel dettaglio, il citato art. 2- bis consente il conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN, dei seguenti incarichi:

- Incarichi di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa di durata non superiore a sei mesi) a soggetti iscritti agli albi delle professioni sanitarie;

- Contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e con orario a tempo parziale, di professionisti sanitari regolarmente iscritti a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica, utilmente collocati nella graduatoria delle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo;
- Incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza;
- Conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, estendendo tale possibilità anche per i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

Infine, l'art. 2-ter, del decreto legge n. 18 del 2020 consente, in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie⁴ e ad operatori socio-

⁴ Il conferimento può riguardare i soggetti iscritti agli albi professionali degli ordini: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi.

sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, estendendo tale possibilità anche per i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione. Le attività professionali svolte in base a questi incarichi a termine costituiranno titoli preferenziali nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale.

Un successivo decreto, il D.L. 34/2020 (cosiddetto D.L. Rilancio) all'articolo 3-bis opera un'estensione ad altri professionisti sanitari in formazione specialistica - odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi - dell'ambito di applicazione di una disciplina ai medici e veterinari in formazione specialistica. Tale disciplina prevede la possibilità di partecipazione alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza pubblica del ruolo sanitario con la conseguente formazione di una graduatoria separata, oltre che la possibilità, in via transitoria, fino al 31 dicembre 2022, per i soggetti utilmente collocati nelle suddette graduatorie separate, di assunzione a tempo determinato in enti ed aziende SSN e con orario a tempo parziale, prima del conseguimento del titolo di formazione specialistica; è previsto il successivo inquadramento a tempo indeterminato, a decorrere dalla data del conseguimento del medesimo titolo, nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

La normativa prevede inoltre delle indennità al personale operate nel contesto della pandemia da Covid-19. La legge di bilancio 2021 (L. n. 178 del 2020, art. 1)

determina infatti che, a decorrere dal 1° gennaio 2021, vengano erogate specifiche risorse per la valorizzazione del personale medico e sanitario, mediante un'indennità infermieristica, da corrispondere agli infermieri dipendenti dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale; un' indennità di esclusività dei dirigenti medici, veterinari e sanitari (amministrativi, tecnici e professionali) degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale; un'indennità in favore dei dipendenti appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie, di ostetrica e di assistente sociale, o appartenenti alla categoria degli operatori socio-sanitari. Inoltre, l'articolo 18-bis del decreto legge n. 41 del 2021 riconosce un'indennità connessa all'emergenza da Covid-19 in favore dei lavoratori in somministrazione del comparto sanità, in servizio alla data del 1° maggio 2021. L'art. 2 della L. 178/2000 dispone poi un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Servizio sanitario nazionale mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da Covid-19 in corso.

A tale scopo si prevede un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva di circa il 70% rispetto al numero di posti letto preesistenti. (Servizio Studi Camera dei, 2021)

3.2 Le acquisizioni di personale sanitario durante la pandemia

Grazie alle normative sopra descritte è stato possibile l'ingresso di nuovo personale nella sanità italiana. Alla data 24 Novembre 2020, la Corte dei conti riferisce che il totale delle nuove assunzioni nel comparto sanità a seguito dell'emergenza Covid-19 ammonta a 36.335 tra medici, infermieri e altri operatori della sanità. Secondo dati più recenti provenienti da un'analisi condotta da Fiaso con il supporto di SDA Bocconi emerge che dall'inizio dell'emergenza Covid sono stati reclutati con modalità straordinarie 66.029 precari, utilizzati per rispondere alla crisi sanitaria in attività come l'assistenza ospedaliera, il contact tracing, l'incremento del numero di tamponi e la campagna di vaccinazione. Nello specifico, il personale reclutato è rappresentato da 20.064 medici e da 23.233 infermieri. Le restanti 22.732 unità sono costituite da operatori sociosanitari e altri professionisti (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, etc). Dalla platea complessiva di 66.029 precari, vanno sottratti i medici abilitati non specializzati, gli specializzandi iscritti al quarto e quinto anno e il personale collocato in quiescenza ma reclutato con incarichi di lavoro autonomo. Il numero di precari interessati ad un'eventuale procedura di stabilizzazione sarebbe dunque pari a 53.677. (Fiaso – SDA Bocconi, 2021)

Il numero dei professionisti reclutati è diverso nelle varie regioni del territorio italiano, andando a raggiungere le quote massime nelle regioni maggiormente

colpite, come Lombardia, Emilia Romagna, Veneto. I dati regionali, forniti dallo studio, sono quelli riportati in tabella.

Tabella 4. Acquisizione di personale sanitario e numero di precari per professione

REGIONE	Totale	Precari	Precari%	Medici	Infermieri	Altro
Piemonte	6.099	4.783	78.42 %	346	1.525	2.912
Valle d'Aosta	213	184	79.65 %	40	62	82
Lombardia	12.680	8.955	70.62 %	1.785	3.711	3.459
Liguria	1.845	1.608	87.15 %	210	590	808
P.A. Bolzano	708	553	78.10 %	80	145	328
P.A Trento	337	252	74.77 %	58	76	118
Veneto	5.025	1.780	35.42 %	492	835	453
FVG	1.375	847	61.6 %	236	295	343
EmiliaRomagna	10.660	5.979	56.08 %	1.113	2.846	2.020
Toscana	7.468	2.541	30.02 %	755	732	1.054
Umbria	976	869	89.03 %	163	389	317
Marche	1.411	1.246	88.30 %	292	601	353
Lazio	6.137	4.034	65.73 %	822	1.486	1.726
Abruzzo	1.939	1.808	93.24 %	102	914	792
Molise	279	264	94.62 %	5	143	116

REGIONE	Totale	Precari	Precari%	Medici	Infermieri	Altro
Campania	7.240	5.565	76.86 %	834	2.978	1.753
Puglia	7.638	4.453	58.30 %	401	2.436	1.616
Basilicata	400	363	90.75 %	20	207	136
Calabria	1.474	1.258	85.34 %	206	717	335
Sicilia	7.711	7.068	91.66 %	1.360	1.993	3.715
Sardegna	1.565	937	59.87 %	89	552	296

Fonte: Fiaso – SDA Bocconi, elaborazione dati della Corte dei Conti, ottobre 2021.

Il numero dei precari risulta quindi molto elevato. Il personale neo assunto in sanità si compone in larga parte di giovani: medici e infermieri neolaureati che hanno visto nell'opportunità generata dalla pandemia l'occasione per iniziare il lavoro dopo breve tempo dalla laurea. Molti neoassunti si sono ritrovati in pochi mesi dai banchi universitari alle corsie ospedaliere. Se da un lato l'intraprendenza e la voglia di mettersi in gioco hanno sicuramente avvantaggiato questi professionisti, dall'altra hanno pagato l'inesperienza professionale che ha coinciso con un periodo molto delicato per la Sanità: il loro ingresso tempestivo in corsia non ha forse permesso che questi giovani godessero della formazione graduale e guidata dai colleghi di anzianità maggiore, in condizioni di tranquillità e sicurezza. Il nuovo personale si compone inoltre di infermieri precedentemente occupati nelle RSA e che hanno

visto nell'incarico ospedaliero un vantaggio in termini economici dovuti ad un miglior inquadramento retributivo (del CCNL Sanità Ospedaliera rispetto al CCNL Enti Locali con cui sono inquadrati i lavoratori delle RSA, o del CCNL Cooperative Sociali) oltre che di possibilità di acquisizione di titoli per graduatorie future. Il passaggio dal privato sociale alla sanità pubblica era limitato prima dell'epoca Covid, a causa del blocco delle assunzioni messo in atto negli ultimi anni. Dopo lo sblocco dovuto alla pandemia, però, gli infermieri sono stati rapidamente reclutati dapprima per rafforzare l'organico dei reparti ospedalieri o successivamente per la campagna vaccinale anti-covid. Questo ha tuttavia generato una carenza di personale nelle residenze per anziani, in particolare in quelle gestite da cooperative che operano nel privato sociale. Solo nella regione Lombardia si stima un ammanco di circa 1200 unità, transitate nel settore pubblico nell'ultimo anno e mezzo (Confcooperative Federsolidarietà Lombardia, 2021). Per quanto riguarda il personale medico, come già visto in precedenza, si è rilevata una graduale ma costante fuga dalla Sanità pubblica, a favore invece del settore privato. La pandemia da Covid-19, secondo uno studio ANAAO-ASSOMED, sarà una ulteriore spinta affinché diversi medici, già stabilizzati, cerchino nel privato maggiori gratificazioni professionali e ritmi di lavoro più sostenibili. Secondo lo studio, infatti, la stragrande maggioranza degli ospedalieri (75%) ritiene che il proprio lavoro non sia valorizzato a dovere. E questo indipendentemente dalla pandemia. Sempre secondo lo stesso studio, più della metà dei medici ospedalieri sta pensando di

abbandonare l'ospedale nei prossimi due anni. Tali fuoriuscite si noteranno presumibilmente dopo il 2021, al cessare dell'emergenza sanitaria poiché, finora, lo spirito di servizio ha certamente contribuito a posticipare la scelta di dimettersi. Una ulteriore importante riflessione è che, a differenza del personale medico, a cui è permessa l'attività libero professionale extra-moenia, il vincolo di esclusività è invece presente per il personale infermieristico che, accettando l'incarico nel settore pubblico, deve certamente lasciare qualunque altro impiego. Sarebbe utile ragionare sulla possibilità, anche per questi professionisti, di svolgere la libera professione oltre all'incarico ospedaliero, specie in questo periodo di grande domanda di personale. Tale soluzione permetterebbe di non lasciare scoperti importanti settori come quello delle RSA e dell'assistenza domiciliare privata e di prendere tempo in attesa di ulteriori adeguamenti sul piano, ad esempio, dell'aumento dei posti messi a concorso per i corsi di Laurea.

L'obiettivo delle nuove assunzioni non può quindi certo esaurirsi nel portare aiuto e compensare le carenze di personale in questo particolare momento storico: i dati in nostro possesso evidenziano che la necessità di personale rimarrà, anche una volta terminata l'emergenza sanitaria. Le difficoltà nel sistema sanitario hanno, come abbiamo visto, radici profonde e l'opportunità generata dalla situazione pandemica può essere un punto di partenza per rivedere le scelte organizzative e la distribuzione delle risorse. I contratti stipulati ai nuovi lavoratori sono però in larga parte a termine e questo lascia molti dubbi su quale sarà il futuro dei nuovi

professionisti sanitari alla scadenza del periodo di contratto. Questi nuovi ingressi, se venissero stabilizzati all'interno del SSN, porterebbero ad una parziale compensazione del turnover generazionale, ad un abbassamento dell'età media e apporterebbero nuove energie e approcci innovativi alla cura, potendo contare su personale formato in un periodo complesso e quindi sin da subito operativo nelle dinamiche di reparto. La stabilizzazione del personale apporterebbe inoltre gratificazione, valorizzazione e senso di riconoscimento che potrebbe stimolare i giovani sanitari a rimanere nel sistema sanitario italiano, anziché emigrare altrove, superando quella sensazione di “eroi usa e getta”, cioè professionisti utilizzati per fronteggiare la pandemia ma successivamente non gratificati adeguatamente. Una recente iniziativa che spinge in questa direzione è quella guidata da Fiaso che propone l'inserimento nella Legge di Bilancio di un capitolo dedicato alla stabilizzazione del personale sanitario. In particolare, si propone di portare da 36 a 18 mesi il requisito per la stabilizzazione dei precari assunti durante l'emergenza (di cui 6 mesi necessariamente lavorati nel periodo gennaio 2020-giugno 2022). La possibilità di reclutare a tempo indeterminato, tuttavia, è legata ai tetti di spesa: occorrerà superare quei tetti ancorati a parametri datati 2004 che non consentirebbero a tutte le aziende, soprattutto a quelle delle Regioni che sono o sono state in piano di rientro, di adeguare il personale allo standard necessario. L'assunzione a tempo indeterminato consentirebbe non solo di colmare le carenze di personale, ma anche di adeguare le dotazioni organiche alle nuove esigenze del

PNRR. La stabilizzazione anticiperebbe, infatti, parte del fabbisogno del personale dei prossimi anni: secondo le elaborazioni di Fiaso, il numero dei precari si sovrappone in modo quasi coincidente con il fabbisogno medico, infermieristico e di altro personale nei prossimi anni.

Una ulteriore riflessione da compiere è quella di quanto questa diversificazione tra personale stabilizzato e precario possa contribuire ad aumentare le fratture all'interno delle professioni. Se già sono presenti fratture dovute alle diverse specializzazioni e ai diversi ruoli ricoperti, la distinzione contrattuale, se mantenuta a lungo nel tempo, potrebbe generare ulteriore diversificazione, determinando un gruppo di lavoratori garantiti e un gruppo invece di non garantiti, bloccati in una situazione di incertezza e di attesa circa la proroga o meno. Tale diversificazione, se già presente per alcune categorie come gli OSS e gli infermieri (coloro che cioè si interfacciano con il privato e il privato sociale, che già da tempo utilizza tali modalità contrattuali), appare invece una novità per il profilo dei medici, la cui precarietà lavorativa è una novità emergente. Tale condizione modifica in modo importante la solidità e l'unitarietà della categoria che per anni ha goduto di grande coesione interna e, se mantenuta nel tempo, potrebbe infatti modificare sostanzialmente i modelli professionali fino ad oggi conosciuti.

4. L'INDAGINE QUALITATIVA

4.1 Lo scopo dell'indagine

La parte empirica del presente lavoro si basa su un'indagine qualitativa realizzata attraverso interviste di profondità fatte a medici e infermieri che hanno prestato servizio in un grande presidio ospedaliero del nord Italia, nella città di Padova, durante il periodo Covid. Lo scopo è quello di raccogliere le impressioni e riflessioni di chi in prima persona è entrato in contatto con questa inedita realtà lavorativa.

Alla luce dei dati precedentemente raccolti ed elaborati, infatti, è emersa la condizione di sofferenza dagli organici negli ospedali italiani, come siano in evoluzione le professioni dal punto di vista generazionale e del genere e come si stia espandendo, anche nel settore sanitario, la precarietà contrattuale.

La domanda che ci si pone quindi è in che misura questa situazione emergenziale, legata alla pandemia da coronavirus, possa aver ulteriormente aggravato le criticità già esistenti, focalizzandoci in particolare su quelle inerenti le professioni medica e infermieristica.

Prima di tutto, essendoci state numerose assunzioni straordinarie di personale, si vuole comprendere chi sono i professionisti acquisiti dalla sanità italiana: da quale situazione lavorativa provengono, quali motivazioni li hanno spinti a prestare servizio in periodo di pandemia. Sono quindi stati inizialmente rilevati alcuni dati

socio anagrafici, che hanno permesso di conoscere l'età, la professione svolta, l'anno di laurea e quindi l'anzianità professionale, il luogo di lavoro e la tipologia contrattuale con cui l'intervistato ha prestato servizio, sia prima che durante la pandemia. In particolare, è stato chiesto se il luogo di lavoro precedente alla pandemia fosse il settore pubblico o privato e sono state approfondite le eventuali dinamiche e motivazioni che hanno portato all'eventuale passaggio privato-pubblico. Come abbiamo precedentemente visto, infatti, il settore pubblico da tempo non è più il luogo ambito per il professionista sanitario, che cerca sempre di più di inserirsi nel mercato privato. Ci si chiede quindi se la situazione pandemica possa aver rilanciato o meno l'immagine della sanità italiana, interrogandoci su quali motivi abbiano spinto molti professionisti ad avvicinarsi. Si vuole, in sostanza, conoscere qual è il profilo di quelle migliaia di medici e infermieri neoassunti.

Lo scopo dello studio è inoltre quello di indagare come l'aver vissuto in prima linea dell'esperienza pandemica abbia modificato la percezione della propria professione e le prospettive sul futuro professionale. Sappiamo, infatti, che per gran parte della popolazione la situazione vissuta è stata stressante e frustrante e si vuole riflettere su come questi vissuti personali possano aver influito sulla percezione di sé in quanto professionisti sanitari. In altre parole, si è chiesto quanto di ciò che, come persona, è stato vissuto in periodo di pandemia (ad esempio situazioni di ansia, apprensione, incertezza) sia stato poi trasferito nell'esperienza lavorativa,

trasformandosi in frustrazione e scontentezza anche dal punto di vista professionale e mettendo forse in discussione anche la prosecuzione del proprio operato in sanità. Così come la situazione personale può influire sul lavoro, è vero anche che il lavoro stesso può influire sul vissuto personale: l'insicurezza lavorativa può compromettere il benessere psicofisico della persona, specie quando si associa a mansioni gravose, a contesti o condizioni di vita sfavorevoli, come quelli della situazione pandemica vissuta. L'instabilità della condizione lavorativa può influire su scelte di vita fondamentali e ripercuotersi negativamente durante lo svolgimento dell'attività lavorativa (Costa, 2012).

Ci si interroga poi su come le nuove modalità organizzative all'interno dei luoghi di lavoro sviluppatesi in questo periodo, abbiano contribuito ad implementare alcune abilità, sia personali che professionali e come si siano modificate le dinamiche all'interno della stessa professione e tra le professioni, creando nuove modalità di interazioni e di reti tra operatori. Le realtà lavorative ospedaliere vissute a partire dal marzo 2020 sono infatti profondamente distanti da quella che era la pratica operativa e organizzativa precedente: moltissime procedure si sono modificate, basti pensare alle nuove e precise norme di prevenzione riguardanti i distanziamenti, la sanificazione degli ambienti, le meticolose procedure di vestizione e svestizione in caso di lavoro in ambiente contaminato. Se già presenti in alcuni reparti (come le malattie infettive o le aree chirurgiche) tali processi sono del tutto nuovi per la gran parte del personale, che ha visto la modifica di molte

attività che prima seguivano un operato diverso. Al fine di adeguarsi alle nuove procedure di prevenzione e di lavoro, si sono creati nuovi meccanismi e dinamiche di lavoro tra i diversi professionisti, rendendo indispensabile una sinergia coordinata di azioni e una collaborazione tra il personale, anche appartenere a categorie diverse. A riguardo si pensi, ad esempio, alle procedure di entrata ed uscita dai reparti mediante apposita vestizione e svestizione in cui è indispensabile l'aiuto di una seconda persona nell'indossare i DPI⁵; si pensi alle procedure di contact tracing e di messa in sicurezza e isolamento di interi reparti alla notizia di una positività al loro interno che prevede in alcuni casi anche una totale riorganizzazione del reparto stesso.

Ci si domanda poi se la situazione vissuta possa aver incentivato la creazione di maggior unitarietà tra i professionisti e la creazione di reti, specie tra chi è accomunato dall'aver fatto il suo ingresso in sanità con la stessa tipologia precaria di assunzione.

Per rispondere a tali quesiti è stata predisposta una traccia di intervista basata su domande a risposta aperta, sottoposta a medici e infermieri. Il numero totale degli intervistati è di 10, dei quali 7 medici e 3 infermieri. Le prime domande sono state pensate per il personale assunto a tempo determinato o con altre tipologie contrattuali di tipo precario e flessibile, come il regime di libera professione: a tali

⁵ Dispositivi di protezione individuale, tra cui: tuta integrale, visiera, calzari, guanti

lavoratori è stato chiesto se percepissero differenze rispetto ai loro colleghi che lavorano con contratti a tempo indeterminato e che cosa abbia comportato per loro, dal punto di vista lavorativo e di identità professionale, la precarietà e l'incertezza contrattuale e del periodo pandemico vissuto.

Lo scopo di queste domande è di indagare su come la tipologia contrattuale possa influire sullo svolgimento del lavoro, sul senso di appartenenza professionale e sulla creazione di reti: ci si domanda, infatti, come la condizione di precariato impatti durante lo svolgimento dell'attività e se ne comprometta la qualità; se l'essere accomunati dalla stessa situazione di incertezza professionale possa spingere a creare legami trasversali, cioè con personale con ruoli diversi ma che condivide la stessa situazione; se si viene a creare una differenza all'interno del luogo di lavoro rispetto ai professionisti stabilizzati.

La successiva domanda indaga come siano migliorate le soft skills⁶ dei lavoratori, in particolare come sia evoluta la capacità di gestione dello stress, di comunicazione con i pazienti e con il personale, di team building. Sappiamo infatti che l'essere inseriti in una situazione difficile stimola lo sviluppo di diverse abilità. La pandemia ha infatti insegnato che la chiave della sopravvivenza in una situazione

⁶ Le soft skills sono le competenze non specifiche di una professione, che si riferiscono a caratteristiche della personalità, del linguaggio e degli atteggiamenti: capacità di lavorare in team, capacità di lavorare sotto stress, problem solving, determinazione nel raggiungimento di obiettivi, elasticità e capacità organizzativa, gestione dell'imprevisto, competenze comunicative, leadership, empatia.

emergenziale sta nella capacità di adattamento a situazioni lavorative diverse. Si vuole quindi indagare se i lavoratori hanno percepito in se stessi lo sviluppo di alcune migliori abilità. Viceversa, ci si chiede se per loro tale periodo abbia portato ad un impoverimento di abilità precedentemente esistenti che non hanno avuto invece più modo di essere espresse. Per più di qualcuno, infatti, il periodo in reparti Covid ha comportato per diversi mesi una sorta di alienazione dal resto del lavoro ospedaliero e la focalizzazione totale su un'unica patologia.

Si indaga successivamente l'aspetto motivazionale, inteso sia come spinta interna verso lo svolgimento del proprio lavoro, sia come spinta esterna proveniente dall'Ente al fine di valorizzare il lavoratore. La riflessione che ha portato al sottoporre tale domanda risiede nel fatto che si ritiene importante indagare come, a causa del delicato periodo vissuto, la motivazione professionale e la spinta a portare il proprio valore nel lavoro possa essersi affievolita, specie nel protrarsi dell'epidemia per svariati mesi. Un sondaggio di NurSind Udine (2020) svolto durante il periodo Covid, a cui hanno risposto 412 infermieri, rileva che per il 90% di essi il lavoro ha creato disagi familiari e la metà confessa di soffrire di ansia, paura, insonnia e provare delusione. Il 68% del personale infermieristico ed ostetrico è demotivato. Questo processo è dato anche dalla crescente sfiducia nella direzione generale, (segnalata dal 70% degli intervistati), dalla disorganizzazione aziendale e dai turni massacranti e crescente carico di lavoro. Tali categorie di lavoratori sono state largamente provate dall'esperienza e ci si chiede che cosa li

abbia motivati, giorno dopo giorno, a mettersi in gioco, fronteggiando notevoli rischi per la loro stessa incolumità. Ci si domanda che cosa abbia mantenuto quello spirito di servizio che ha permesso la gestione efficace della pandemia, o cosa abbia spinto chi prima era estraneo al mondo ospedaliero ad inserirvisi. Ci si chiede inoltre se l'organizzazione ospedaliera abbia compensato e coadiuvato il lavoratore in tale periodo delicato, facendo percepire la propria solidità e vicinanza ed eventualmente incentivandolo in qualche modo. In un periodo di grande sconforto e, per alcuni, di smarrimento e impoverimento dell'entusiasmo professionale, si vuole comprendere se l'Ente si è fatto carico di compensare e gratificare il lavoratore al fine di rendere tale periodo complesso più sereno e stimolante ed evitare quindi l'istaurarsi di insoddisfazione e di rischi di burnout. Sappiamo infatti che esso dipende, tra le altre cose, anche da chi organizza il lavoro, che deve tenere in conto il fattore umano dell'azienda in cui opera. Per prevenire la sindrome, infatti, è necessario che ci sia consapevolezza di questo da parte dell'organizzazione di riferimento. È molto importante avere, all'interno del contesto di lavoro, delle figure di riferimento e un gruppo con cui confrontarsi e assieme al quale affrontare le situazioni critiche. Questo dovrebbe però, in primis, essere deciso e portato avanti dall'azienda stessa, tramite politiche interne di valorizzazione delle reti e dei gruppi, al fine di favorire gli scambi, i confronti, la comunicazione tra i lavoratori ma anche tra essi e il comparto dirigenziale, mostrandosi aperti ad accogliere le istanze provenienti dai professionisti, tramite, ad esempio, uno spazio di condivisione delle

preoccupazioni e al rafforzamento dei legami del gruppo, condividendo insieme le emozioni del momento critico. Si vuole conoscere quindi il comportamento adottato in merito a questo dagli ospedali in cui gli intervistati hanno prestato servizio.

Un'ulteriore domanda riguarda la creazione di reti professionali, intesa come sviluppo del lavoro in team interprofessionale e dell'approccio multidisciplinare nella gestione dell'emergenza e del paziente. In un'epoca in cui parla ampiamente di condivisione di competenze e di fare squadra, ci si domanda se tale modalità sia stata effettivamente sviluppata ed utilizzata durante i mesi di ondate pandemiche.

Ci si domanda se l'Ente abbia per primo supportato nello sviluppo tali reti di lavoro tra professionisti con interventi di qualche tipo, volti ad incentivare la multidisciplinarietà nell'approccio al paziente Covid, oppure come abbia definito una nuova suddivisione di ruoli e mansioni all'interno del gruppo di lavoro o abbia verificato se quella attuale sia adeguata. Si vuole inoltre indagare se si è sviluppata rete, intesa come maggior unione tra quei professionisti che hanno condiviso lo stesso momento di ingresso nella sanità e accomunati dallo status contrattuale precario, unendosi in gruppi distinti da quelli dei colleghi stabilizzati e creando una condivisione dei loro vissuti e criticità contrattuali, creando nuove solidarietà.

La penultima domanda riguarda l'interazione e la relazione tra le due professioni considerate, quella medica e quella infermieristica. La storia delle due professioni vede infatti da sempre una posizione di dominanza da parte della prima, detentrica di una condizione di supremazia e controllo all'interno dell'organizzazione

ospedaliera, e una posizione subalterna della seconda, quella infermieristica. Quest'ultima, infatti, nasce come professione ancillare rispetto alla medicina. L'infermiere, per lungo tempo è stato visto come un semplice esecutore di ordini medici e la divisione tra i professionisti appartenenti alle due diverse discipline era netta. I medici, pur detenendo ancora ampio potere, vedono già da diversi anni una parziale rimodulazione del loro controllo esercitato sugli altri professionisti sanitari, in primis gli infermieri, oggi più autonomi, con un livello di istruzione più elevata e uniti in albi professionali. (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). Ci si chiede, quindi, se la situazione pandemica possa aver modificato le differenze tra le due professioni e messo ulteriormente in discussione la dominanza medica, portando ad attenuare il divario e facendo perdere ai medici, almeno parzialmente e temporaneamente, il ruolo di controllo sulla gestione del reparto e del lavoro degli altri professionisti.

Come ultima domanda si chiede al professionista intervistato se ritiene nel suo futuro professionale di praticare ancora il lavoro svolto finora. La domanda nasce dalla constatazione di come per molti la situazione lavorativa vissuta sia stata drammatica e ci si chiede se tale condizione possa essere ulteriore spinta per i professionisti ad abbandonare un settore, quello sanitario, già in profonda sofferenza. Se già in epoca pre-Covid l'allontanamento era considerevole, si vuole capire se c'è da aspettarsi un ulteriore ammanco o se invece la pandemia possa aver in qualche modo rafforzato e rilanciato il lavoro di medici e infermieri nei reparti

ospedalieri. Nel caso, infatti, che anche i giovani professionisti siano già intenzionati a non proseguire in questo ramo lavorativo, si creerebbe una situazione drammatica e si prospetterebbe una penuria ancora peggiore di quella stimata precedentemente: se le nuove leve, ora inserite, fossero spinte ad abbandonare la realtà ospedaliera, verrebbe ulteriormente messo in crisi un settore già largamente provato. Per tale motivo si ritiene importante, nel prossimo futuro, valorizzare ampiamente queste categorie professionali e in particolare i giovani entrati, ristrutturando l'immagine del SSN al fine di rendere il lavoro ospedaliero di nuovo un luogo di lavoro ambito in cui il professionista si senta valorizzato e in cui, anziché fuggire, desideri restare.

Questo ovviamente richiede riflessioni e interventi profondi che forse, al momento attuale, con una situazione emergenziale non ancora totalmente risolta, non hanno avuto modo di prendere vita in modo totale.

4.2 Il metodo dell'indagine

Gli intervistati sono stati medici e infermieri che hanno prestato il loro servizio negli ospedali della provincia di Padova. Tutti i lavoratori sono accomunati dal fatto di avere svolto almeno un periodo nelle corsie ospedaliere in pandemia, ossia dal marzo 2020 ad oggi. Le domande sono state poste agli intervistati mediante un colloquio in presenza o telefonico, secondo lo schema dell'intervista (Allegato A).

Dopo aver ottenuto il loro consenso, le risposte sono state registrate e successivamente trascritte ed elaborate.

Gli intervistati sono un totale di 10, di cui 3 medici e 7 infermieri. La provenienza lavorativa è dell'Azienda Ospedaliera e delle Asl del territorio del padovano. Gli intervistati si compongono di 4 donne (tutte infermiere) e 6 uomini (di cui 3 infermieri e 3 medici specializzandi), con un'età compresa tra 27 e 36 anni. Ogni lavoratore ha svolto almeno un periodo di lavoro in reparti adibiti al Covid o, nel caso di medici, vi ha prestato consulenza in modo continuativo partecipando quindi alle attività del reparto.

La provenienza di tali lavoratori è diversa: sei di loro lavoravano già all'interno nel medesimo ospedale, in qualità di medici specializzandi o di infermieri a tempo indeterminato. Per loro l'inserimento nei reparti Covid è stato determinato da una redistribuzione del personale che ha richiesto la loro presenza in aree adibite al ricovero dei malati Covid. Una degli intervistati è invece un'infermiera proveniente dalla realtà del privato sociale all'interno di una RSA, che ha vissuto per un breve periodo l'esperienza pandemica nella residenza per anziani prima di passare al reparto Covid ospedaliero dopo la vittoria di un concorso. Un altro era precedente inoccupato, in cerca di occupazione dopo la scadenza recente di un contratto. Due, infine, collaboravano precedentemente presso altre realtà private in regime di libera professione. Per questi ultimi intervistati, quindi, l'esperienza ospedaliera è stata del tutto inedita rispetto alla loro situazione occupazionale precedente.

Una volta completate le trascrizioni delle interviste si è proceduto ad analizzarne il contenuto, elaborando un file Excel che permettesse di ordinarle, evidenziandone le aree tematiche emerse durante il colloquio. La procedura di analisi dei campi tematici è stata condotta con una “lettura dal basso”; è stata cioè riletta integralmente l’intervista e ne sono stati estrapolati i temi rilevanti. Si è notato come, accanto ai temi principali oggetto delle domande dell’intervista, ne siano emersi alcuni inediti, non facenti parte cioè dello schema di domande originario. Il dialogo con gli intervistati ha quindi reso evidenti ulteriori importanti tematiche, non inizialmente considerate e valutate nella fase di ideazione dei quesiti da sottoporre. Tale modalità di lettura dell’intervista ha permesso quindi una più ampia analisi e ha consentito di porre attenzione anche su argomenti sollevati dagli intervistati stessi e, per tale ragione, fortemente rilevanti nell’analisi globale dei loro percorsi di inserimento lavorativo. Alcune di queste tematiche inedite si sono rivelate condivise tra più intervistati e hanno permesso quindi di tracciare una linea comune nelle loro esperienze.

Dopo aver identificato le aree tematiche rilevanti, queste sono state analizzate osservando la frequenza con cui il contenuto è emerso e con particolare attenzione alla variabile legata alla categoria professionale, identificando le differenze di risposta tra quella medica e quella infermieristica. Si è notato come alcune osservazioni, infatti, fossero esclusive di una delle due professioni, mentre la percezione riportata dall’altra appariva sostanzialmente differente.

Le aree tematiche, ai fini dell'analisi, sono state suddivise in sotto-categorie. Tale scelta deriva dal fatto che i diversi professionisti hanno dato una interpretazione anche molto diversa dello stesso tema, facendo emergere varie sfaccettature di significati e riflessioni attribuiti all'esperienza vissuta e richiedendo quindi un approfondimento delle stesse da più punti di vista. Ogni categoria e sotto-categoria tematica è stata quindi commentata e confrontata rispetto alla letteratura riportata nei capitoli precedenti e corredata da citazioni emerse dalle interviste: questo ha permesso di cogliere al meglio il sentire dei professionisti e i personali significati contenuti nelle loro parole.

Al fine di una più corretta analisi, il tutto è stato elaborato tenendo conto della provenienza, dell'esperienza lavorativa e dell'età dei professionisti stessi, che sono condizioni eterogenee. Sebbene tutti, infatti, abbiamo avuto come punto comune l'esperienza in reparto Covid, la loro carriera professionale pregressa è fortemente diversa; si è quindi tenuto in considerazione se le riflessioni derivassero da un lavoratore neolaureato o, invece, da un lavoratore già in servizio ospedaliero o abituato a prestare servizio in situazioni emergenziali. Tale differenza appare importante poiché alcune delle osservazioni sono state e riportate in modo sostanzialmente differente a seconda dell'esperienza e della provenienza del professionista. Se ne deduce quindi che il vissuto individuale e la reazione del professionista al suo percorso di inserimento, in particolare nella gestione delle situazioni di difficoltà, di incertezza, di rapporto coi colleghi e con gli altri

professionisti, sia strettamente correlata all'esperienza lavorativa precedente. Nonostante la medesima esperienza in reparti Covid, le opinioni e le riflessioni dei singoli appaiono quindi sostanzialmente differenti e talvolta tra loro opposte.

4.3 L'analisi: risultati e riflessioni

Il primo tema analizzato è quello riguardante **l'incertezza vissuta e percepita durante il periodo lavorativo nel contesto pandemico**. Il termine "incertezza", contenuto nella domanda posta all'intervistato, è un termine generico: ognuno di essi ha infatti attribuito uno o più diversi significati, a seconda dei rispettivi vissuti. Si sono riscontrate quindi diverse sottocategorie:

- Incertezza dal punto di vista della precarietà contrattuale, legata all'aspetto economico: tale condizione è emersa in particolar modo in una lavoratrice proveniente dal regime di libera professione, che ha visto nella prima ondata pandemica ridursi notevolmente le ore lavorate e quindi gli introiti economici. Questa lavoratrice evidenzia come: *"...ero semplicemente preoccupata di avere un qualche tipo di sussidio monetario"*. Tale condizione è stata fortunatamente momentanea e frutto di un iniziale stop alle prestazioni non essenziali erogate nelle prime fasi dell'emergenza, in cui si è assistito a un impiego totale delle risorse nella gestione del virus a discapito di altre attività e servizi sanitari, specie di regime ambulatoriale.

Per i lavoratori che svolgevano questo tipo di lavoro è possibile si sia verificata una interruzione improvvisa delle attività, vissuta in un momento storico di grande incertezza a causa della novità della situazione che il Paese si è trovato a vivere. La stessa infermiera riferisce che *"...ho vissuto con un senso di incertezza e con un senso appunto di "inferiorità" rispetto ai miei colleghi perché loro avevano una sicurezza diversa."* Quest'incertezza si traduce anche in una percezione della differenza tra il libero professionista e il lavoratore dipendente: la pandemia ha infatti penalizzato in misura maggiore il lavoratore autonomo in ogni categoria professionale ed anche nel campo sanitario quando le prestazioni erogate, almeno nelle prime fasi, sono state interrotte per concentrare le attenzioni sul contenimento del contagio e differendo le prestazioni non urgenti. Questo ha comportato quindi l'esistenza di una fetta di lavoratori con contratto garantito e una fetta invece di lavoratori che hanno visto ridursi anche notevolmente gli introiti economici. Tale aspetto è stato tuttavia espresso da una singola intervistata, che ha successivamente iniziato una collaborazione in regime di dipendenza. Questa differenza tra la partita iva ed i dipendenti si ritiene quindi possa essersi appianata dopo le prime settimane di emergenza, complici le importanti assunzioni a tempo determinato o indeterminato che non hanno più reso possibile - per l'evoluzione stessa della pandemia - avere infermieri in "panchina": gran parte di quelli disponibili al lavoro, dopo una

prima fase di assestamento e di organizzazione, sono infatti stati impiegati in modo massiccio nelle strutture ospedaliere o territoriali.

- Incertezza lavorativa per la differenza tra il dipendente a tempo determinato e il dipendente a tempo indeterminato: tale differenza, che si riteneva in sede di stesura del questionario essere rilevante, non è stata però vissuta come tale dagli intervistati: i due assunti a tempo determinato durante la pandemia hanno espresso di non percepire una sostanziale differenza rispetto ai loro colleghi con contratto garantito e, anzi, di nutrire buone speranze nell'essere poi stabilizzati oltre che di sapere di poter acquisire titoli per futuri concorsi. L'evoluzione stessa della pandemia e le massicce assunzioni effettuate (come riportato nel capitolo 3.2) dimostrano che la sensazione vissuta da questi professionisti si è rivelata poi reale. Uno di loro, infatti, sostiene *"...personalmente non ero preoccupato, anzi. Il lavoro nel mio settore non è mai mancato e sapevo che avrei continuato. Non ho sentito precarietà."* Un'altra infermiera riferisce *"...io comunque sapevo che dopo l'anno avrei avuti buone possibilità di rimanere ed essere rinnovata, perché esigenza ce n'era perché il mio responsabile me lo aveva anticipato."* Le necessità di personale erano quindi conosciute anche dai responsabili organizzativi, che possono aver contribuito a rassicurare i lavoratori. Questi aspetti hanno fatto in modo che, tra gli intervistati, pur con un contratto di tipo determinato, non venisse percepita la precarietà tipica del contratto a termine. Tale

condizione non si può ritenere essere valida per tutti i professionisti della sanità italiana: sappiamo infatti, come riportato in tabella 4, che le assunzioni di personale sono state diverse per tipologia e numerosità nelle diverse regioni italiane. È possibile che in altre realtà il lavoratore sia stato meno rassicurato circa la continuità contrattuale e che abbia percepito maggiormente la differenza rispetto ai suoi colleghi stabilizzati.

— Incertezza per il rischio di contagio e di trasmissibilità della malattia ai familiari: tale aspetto è stato riportato da quattro lavoratori. *"La preoccupazione c'è stata, specie quella di contagiare i miei familiari."*, *"La precarietà che percepivo era quella relativa alle condizioni di salute, essendo una malattia così subdola. Pensavo di potermi ammalare, grazie a Dio non è successo."* Da queste dichiarazioni è facile immaginare lo stato d'animo con cui il lavoratore viveva le sue giornate. Quello che si è compreso, pur in un gruppo ridotto di intervistati, è che la paura e la conseguente ansia provata abbiano largamente contribuito a non far vivere a quei lavoratori dei mesi sereni. Come già esposto dallo studio di NurSind, nel paragrafo 4.1, questi lavoratori hanno avuto un peso emotivo importante da sostenere. Tale aspetto emerge anche dalle parole di un'intervistata che riferisce *"...avevo una sensazione di ansia costante"*. L'ansia era inoltre mantenuta da una cattiva organizzazione del lavoro; la stessa infermiera dice che *"...non sapevo cosa avrei fatto il giorno dopo, perché si continuava*

a cambiare di reparto. Non sapevo come sarebbe stato organizzato il servizio. Si chiudevano gli ambulatori dall'oggi al domani, non sapevo dove sarei stata destinata.” Si conferma quindi la relazione importante tra chi organizza il lavoro e il lavoratore stesso nella creazione di situazioni di disagio, esasperante durante la pandemia da una situazione emotiva complessa per ogni singolo cittadino. Dalle interviste svolte si conferma inoltre quanto riportato nello studio di Costa (2012), ossia che la condizione di incertezza (in questo caso data dalla situazione pandemica) si ripercuote sull'aspetto lavorativo, che necessariamente ne verrà modificato (ad esempio, vivendo la giornata lavorativa con sensazione di agitazione o ansia e modificando quindi le modalità operative del lavoratore).

La seconda area tematica analizzata riguarda proprio la **modifica delle modalità organizzative e operative nel lavoro**. Quest'area è una di quelle “inedite”, emerse cioè dopo l'analisi dei colloqui con gli intervistati. Si è visto infatti come per alcuni di essi sia stato importante sottolineare come si siano modificate alcune loro modalità di lavoro rispetto al periodo pre-pandemia. Si evidenzia come queste differenze non siano da attribuirsi esclusivamente a procedure nuove, ma come siano una risposta individuale del singolo di fronte alla situazione emergenziale vissuta: si potrebbe pensare che la paura del contagio e il rischio nel lavoro svolto abbia portato il lavoratore a modificare alcune parti di sé, interiorizzando una

maggior scrupolosità e attenzione rispetto a prima. Se tali cambiamenti possono essere letti in chiave positiva, è da tenere però conto che essi possono altresì derivare da una reazione allo stato di ansia e paura vissuto quotidianamente: *"...il mio lavoro è stato fatto in modo più prudente, dovuto alla paura di base..."*. Alcune delle nuove modalità lavorative hanno determinato anche una sostanziale modifica dei momenti di pausa e di convivialità tra colleghi *"Durante il lavoro ha comportato più prudenza, più attenzione, il diventare ancor più meticolosi nelle procedure di igiene e distanziamento, nell'evitare i contatti senza mascherina. Cose anche banali come non bere più il caffè in gruppo, non fumarsi più la sigaretta insieme"*. Un'altra infermiera riferisce che *"Le pause durante il turno erano una o due, per non sprecare DPI."*. Appare quindi evidente come queste nuove modalità lavorative (dovute in parte alle procedure, in parte alla paura), abbiano modificato di molto il lavoro ospedaliero, ridotto i momenti conviviali ed anche la possibilità di prendersi una pausa dal turno. A ciò si unisce una modifica alle modalità di interazione con i pazienti, parte essenziale nel lavoro di cura, diventate più fugaci e contraddistinte da una base comune di paura: *"...anche per il rapporto col paziente, si stava con loro lo stretto indispensabile e si era meno liberi."*; *"...ho dovuto usare sempre precauzioni e spiegare sempre ai pazienti in che situazione eravamo e cosa fare per proteggerci"*. Le relazioni interpersonali tra il professionista sanitario e il malato non appaiono più il luogo primario di esercizio della professione, ma diventano un terreno in cui sostare il meno possibile,

riducendo il tempo in cui si è a disposizione dell'altro, di esecuzione delle procedure e di interazione con il paziente. Viene quindi meno la possibilità di trovare appagamento e gratificazione all'interno della relazione di cura, diventata in questo contesto non più un momento da vivere assieme al malato, da cui invece ci si allontana. Si riduce il contatto, sia fisico che umano e per il professionista tale relazione diventa contraddistinta da una sensazione di incertezza costante. Alla luce di questi dati non appare difficile pensare che per molti di questi professionisti possa essersi verificato il rischio concreto di un burnout professionale.

Direttamente collegato al precedente emerge un ulteriore tema, quello cioè relativo **alle difficoltà riscontrate dai professionisti nello svolgimento del loro lavoro.** Alcuni di loro hanno riferito spontaneamente durante il colloquio di situazioni particolari che hanno comportato notevole difficoltà lavorativa. Un esempio è la grande responsabilità affidata ai professionisti *"...avere una così grande responsabilità in così poco tempo, passare da 0 a 100 in breve tempo. Non ero abituato"*, condizione che emerge da un lavoratore precedentemente estraneo alla realtà ospedaliera. Come già evidenziato nel paragrafo 3.2, i neoassunti, pur spinti dalla voglia di mettersi in gioco, possono aver pagato il prezzo della loro poca esperienza ed essere quindi stati sopraffatti dal timore della novità, essendo stati inseriti in una realtà nuova e senza una adeguata formazione preliminare che potesse rendere più morbido il loro ingresso. Come già detto, i tempi e la particolarità del

momento storico non hanno permesso un inserimento graduale. Una dichiarazione di un infermiere a tempo indeterminato, già operativo nelle realtà ospedaliere da diversi anni, spiega infatti che “...*la formazione dei nuovi che sono arrivati è stata abbastanza scarsa, i tempi erano stretti, l'emergenza era già esplosa e quindi impossibile riuscire ad assicurare i sei mesi di affiancamento di formazione*”.

Questa carenza formativa nei confronti dei neoassunti può aver generato ulteriori motivi di stress all'interno della professione, facendo percepire al professionista la sua inadeguatezza di fronte al lavoro. Si sottolinea a tal proposito la differenza rispetto alle dichiarazioni di un medico specializzando, inserito già da diversi anni nello stesso ospedale, che riferisce “*Dal punto di vista della gestione dello stress e quant'altro, lavorando già in ospedale di terzo livello non è che abbia portato molto di più il Covid*”. Questo fa riflettere ancora su come, nel determinare le difficoltà e i vissuti riferiti difficili, contribuisca anche la formazione e l'esperienza pregressa, generando vissuti lavorativi - e quindi anche personali - sostanzialmente diversi e addirittura opposti. Probabilmente, con una adeguata formazione preliminare, tali situazioni stressanti avrebbero potuto essere ridotte. Sarebbe utile capire con quali modalità possa essere ora ridimensionato il vissuto lavorativo che il professionista neoassunto inevitabilmente porterà con sé e che potrebbe modificare, nel prossimo futuro, la percezione del suo lavoro, condizionando potenzialmente le scelte professionali.

Un ulteriore aspetto legato a difficoltà riscontrate durante il lavoro e riferite da una infermiera, è quello della scarsa compliance dei pazienti verso le misure di precauzione adottate: “...non è stato facile cercare di ottenere i requisiti minimi di sicurezza in alcuni casi particolari, con alcuni pazienti particolari, che non rispettavano le indicazioni”; “...le relazioni coi pazienti sono state e sono tuttora difficoltose, ci sono diversi tipi di pazienti con differenti idee riguardo la pandemia e alle norme, e riguardo al rispetto o meno delle norme”. Tale condizione si è verificata in reparti sicuramente non di tipo intensivo e in momenti in cui la condizione clinica del paziente, pur positivo al virus, non era ancora grave. Questo aspetto ha reso quindi ulteriormente difficoltosa la relazione di cura, andando ad aggiungere alle criticità già evidenziate precedentemente e che determinano ulteriori motivi di tensione per il professionista durante il suo lavoro. La scarsa collaborazione di alcune tipologie di pazienti è un aspetto noto in ogni realtà sanitaria ma nel periodo particolare vissuto, in cui la prevenzione passa inevitabilmente attraverso norme precise di igiene a cui il paziente si deve attenere, diventa un potenziale pericolo per la diffusione del contagio. La gestione di questa poca collaborazione nel contesto Covid è quindi maggiormente complessa rispetto alle situazioni passate. Tale riflessione si può applicare anche ad ambienti non prettamente ospedalieri: gli utenti, anche ambulatoriali che non rispettano le norme previste diventano ulteriore motivo di preoccupazione di cui i professionisti che li assistono si devono far carico.

La quarta domanda posta nell'intervista riguarda il potenziamento, o l'eventuale impoverimento, delle soft skills dei professionisti sanitari, andando quindi a delineare l'area tematica delle **nuove abilità acquisite**. Dall'analisi emerge quanto segue:

- La quasi totalità degli intervistati riferisce come sia migliorata la propria capacità di gestione dello stress. È da verificare se quello che si intende sia un'effettiva acquisizione di modalità funzionali di reazione a situazioni stressanti o se sia una sorta di “abitudine” allo stress che si è instaurata. Probabilmente, come emerge dalle affermazioni precedenti riguardanti le nuove modalità operative, per alcuni di loro l'abilità di gestire lo stress è in realtà un adattamento alle condizioni sfavorevoli, che poco ha a che vedere con una corretta gestione della situazione. Sarebbe utile considerare, alla luce dei momenti difficili vissuti, la possibilità di fornire a tali professionisti le competenze specialistiche per elaborare ciò che si è esperito e per fronteggiarlo, in un eventuale futuro, con strumenti diversi. L'aspetto del benessere psicologico di chi lavora in sanità è infatti poco considerato e poco validato. Un'analisi ulteriore di questo aspetto a distanza di tempo sarebbe infatti utile per comprendere quali ripercussioni questo vissuto possa lasciare nei lavoratori.

- Alcuni intervistati riferiscono un miglioramento nell'empatia: *"...si è creata una maggior empatia specie nelle situazioni di sofferenza che vedevo e che sono state anche abbastanza dure da digerire e da elaborare ma che comunque mi hanno fatto crescere molto come professionista"; "...il fatto di saper gestire un paziente in isolamento e rapportarsi con un paziente che non ha altro modo di avere contatti con l'esterno ecco, questa è stata una cosa in più, imparare a fare da tramite tra il paziente e le sue necessità e il mondo esterno"*. Tali riflessioni provengono rispettivamente da un'infermiera e da un medico e dimostrano come ci si sia dovuti abituare ad indossare i panni del malato e a capirne le necessità, diventate nuove rispetto al passato, poiché molti di essi hanno vissuto il periodo in condizione di isolamento totale all'interno della propria stanza di degenza. Il rapporto con il paziente, specie isolato, ha necessitato che il professionista adottasse nuove modalità di interazione, di comunicazione e di gestione della sofferenza e della solitudine di chi, oltre che malato, si è trovato anche solo.
- Molti lavoratori riferiscono un miglioramento nelle capacità di comunicazione coi colleghi e nel lavoro in team. *"Ho lavorato molto in team. Dovevo essere molto preciso. La comunicazione con gli altri è migliorata molto"; "È migliorata senz'altro la capacità di lavorare in team, di darci una mano tra tutti, di confrontarci, supportarci..."*;

“Comunicazione sì, migliorata perché spesso le procedure venivano modificate anche nel giro di pochi giorni, abbiamo fatto spesso incontri per capirci su come era da organizzare la sala e l’intervento”. Uno dei – pochi – aspetti positivi della situazione emergenziale è quello di aver sviluppato l’unione tra le persone e rafforzato l’identità dei lavoratori come gruppo: sarebbe stato infatti impossibile gestire efficacemente il lavoro senza un’azione coordinata e senza la collaborazione di tutti. Tale solidità come gruppo di lavoro andrebbe valorizzata ed implementata, affinché possa essere sviluppata e quindi utilizzata anche in futuro. La rete di professionisti migliora infatti l’output di cura sul paziente stesso, promuovendo una condivisione di idee, procedure e modalità di lavoro che vengono integrate dalle competenze e dalle abilità professionali dei singoli e che si ripercuotono positivamente sul servizio erogato all’utente.

In alcuni intervistati emerge, inoltre, un importante **sviluppo delle competenze specialistiche** durante il periodo di pandemia. Tale aspetto è stato espresso dall’intera categoria medica intervistata. Le tre dichiarazioni rilasciate sono le seguenti: *“Siamo tutti diventati credo più abili nel riconoscere i sintomi, più attenti, più tempestivi nella richiesta di esami e adeguamenti delle terapie è stata un’esperienza davvero formativa”*; *“Abbiamo tutti imparato molto, specie per uno*

specializzando è stata una grande crescita.”; “...dal punto di vista teorico e pratico mi ha portato ad approfondire le conoscenze pratiche ma anche un modo migliore per affrontare la malattia. È stato interessante”. La categoria medica riconosce nel Covid una grande opportunità di crescita professionale e di acquisizione di nuove competenze. Gli intervistati ritengono di essere diventati più abili nella gestione della malattia da Covid-19. Si stanno infatti formando in discipline come l’Anestesia, la Fisiopatologia Respiratoria e le Malattie Infettive: indubbiamente per queste specialità l’esperienza Covid è stata una grande occasione di approfondimento. La componente infermieristica intervistata non ha invece sollevato le stesse riflessioni e non traspare, nelle parole di questi professionisti, che essi si siano soffermati sullo studio della patologia. Per gli infermieri, come abbiamo visto, la novità prevalente risiede nel cambiamento delle modalità e delle dinamiche lavorative e di interazione con pazienti e colleghi, ma il lavoro durante il Covid non è diventato occasione per la formazione e l’approfondimento. Per il medico, invece, il lavoro è stato contraddistinto da una estrema novità specialmente dovuta all’occasione formativa che la patologia ha creato.

Comune alle due professioni è il tema emergente della **ripetitività del lavoro svolto**. Pur essendo, almeno per il medico, un momento formativo, l’esperienza prolungata con il Covid ha portato al concentrarsi unicamente su una patologia. Per il medico l’aspetto che emerge è quello di un impoverimento formativo verso altri

tipi di malattie o verso altri progetti di studio: "... essendo medico in formazione ... il Covid ci ha portato a concentrarci su un'unica patologia, un unico tipo di paziente"; "Ne ha risentito il progetto che stavo portando avanti su altre patologie, come specializzando. Sono stati riorganizzati i reparti e la priorità per noi è diventata solo il Covid." Se, da un lato, vi è stato un arricchimento di competenze verso il Covid, dall'altro vi è stato un impoverimento dell'apprendimento scientifico di altre malattie. Tale aspetto diventa importante per un medico in formazione, che deve sfruttare al massimo questi anni che lo separano dall'esercizio completo della sua professione. Tale mancanza potrebbe generare nel futuro medico delle lacune importanti. Per l'infermiere invece la ripetitività del lavoro si evidenzia nell'esecuzione, quasi macchinosa, delle stesse procedure: "...il lavoro non è stato svolto come un lavoro diciamo in condizioni normali ma era molto meccanico, seguendo i protocolli, le indicazioni alla lettera, procedure ferree per qualunque cosa si facesse"; "Dal punto di vista professionale ne ha risentito il fatto che il paziente Covid è uguale ad un altro paziente Covid, cioè i trattamenti che andavamo a fare erano più o meno simili". Si evidenzia quindi nuovamente la differenza di come medico e infermiere abbiano interpretato l'esperienza, anche dal punto di vista della "ripetitività". Quella che si ripercuote sulla carenza di formazione verso il resto delle patologie pare esserci stata prevalentemente per la componente medica; l'infermiere invece riflette maggiormente sulle procedure operative che si ripetono tali e quali in ogni paziente. Emerge ancora una volta come

l'infermiere rifletta maggiormente sulle modalità operative e sulle procedure attuate. Le due categorie prese in considerazione svolgono indubbiamente mansioni, ruoli e tipologie di lavoro diversi all'interno del reparto e questo si evidenzia dalle impressioni che gli intervistati hanno espresso: il medico si occupa di delineare il percorso di cura migliore per il paziente e lo studio puntuale della patologia diventa quindi essenziale; per l'infermiere la sfera di azione prevalente è quella pratica e, sotto questo aspetto, emerge per la categoria la "ripetitività" lavorativa.

Ulteriore tema analizzato per mezzo dell'intervista è quello dei **rapporti lavorativi tra le professioni di medico e infermiere** durante la pandemia.

— Da parte di entrambe le categorie emerge come sia senza dubbio l'infermiere la figura a trascorrere più tempo con il malato: gli stessi medici riconoscono questo aspetto, dichiarando che *"...la persona che ci passava più tempo e che notava magari anche la fatica del lavoro in isolamento era l'infermiere o l'OSS"*. Dal punto di vista del medico, la comprensione dell'importanza della figura dell'infermiere porta uno di loro a dichiarare che *"...c'è stata una maggiore fiducia verso di loro che trascorrevano più tempo col paziente, anche nella gestione dei parametri. Forse rispetto al periodo pre-pandemia c'era più attenzione verso quello che veniva svolto dall'infermiere"*. Anche un altro medico esprime un sentimento di fiducia

verso gli infermieri che hanno collaborato con lui: *"...mi fido molto degli infermieri, specie di alcuni, si lavora meglio sapendo che hai chi ti segnala tempestivamente cosa succede e io posso quindi intervenire tempestivamente, è un lavoro di squadra."*; *"L'infermiere ha un rapporto più stretto col paziente e la fiducia verso loro è d'obbligo"*. Il medico intervistato riconosce quindi la centralità della figura infermieristica specie nell'assistenza diretta al malato. Le parole riferite evidenziano la stima provata dai medici intervistati nei confronti della categoria. Il tema della fiducia è evidenziato anche da un infermiere di terapia intensiva, che spiega come *"...ho assistito a un grande aumento della fiducia verso gli infermieri..."* Il terzo medico intervistato descrive invece la relazione con l'infermiere da un'angolazione leggermente differente, spiegando come il Covid abbia, dal suo punto di vista, ridimensionato l'operatività dell'infermiere stesso, rendendolo, vista la delicatezza della situazione, meno libero del solito nell'esecuzione di alcune procedure. Egli riferisce infatti che *"coi pazienti Covid diverse cose erano prese in carico prima da noi, cose che con altre tipologie di pazienti avremmo lasciato in carico all'infermiere."* Emerge dalle parole dei medici intervistati un importante riconoscimento e fiducia verso la figura infermieristica, specialmente all'interno della relazione di cura che si crea con il paziente. Il rapporto quotidiano uno a uno con il malato, infatti, viene affidato prevalentemente

agli infermieri del reparto e il medico vi partecipa solo limitatamente, mantenendo invece il controllo del percorso medico e farmacologico. Risulta importante riflettere sul motivo per cui all'infermiere viene quasi interamente affidata una componente così importante, come la relazione terapeutica col paziente. Potrebbe essere utile, per rispondere a questo interrogativo, sondare le opinioni dei medici circa l'importanza che essi riconoscono all'aspetto relazionale ai fini dell'output di cura.

— Analizzando le impressioni degli infermieri, è possibile dare una parziale risposta alla domanda precedente. Una infermiera, in merito al rapporto coi medici, dichiara infatti *"...Come se il lavoro fatto fosse stato fatto dai medici, quando invece non è così perché il medico ha fatto anche poco rispetto a noi, che siamo stati in prima linea."* Un'altra riferisce che *"...noi ci troviamo spesso ad avere rapporto a tu per tu con il paziente a differenza del medico, ci ritroviamo più spesso a dover parlare con loro"; "...Loro (i medici) si sono sì sacrificati in reparto certo, come noi, ma hanno mantenuto il loro ruolo diverso e più distaccato rispetto al nostro."* Da queste considerazioni emerge quindi come la relazione di cura sia delegata nei reparti alla componente infermieristica. Probabilmente la modalità lavorativa del medico lo porta a far prevalere la cura fine a se stessa anziché il rapporto globale con l'assistito. Dalle dichiarazioni degli infermieri emerge una certa insofferenza data dal mancato riconoscimento del loro

ruolo all'interno della relazione e della fatica del dover gestire dal punto di vista umano il paziente, specie in questo contesto delicato. Questo appare evidente in questa dichiarazione *"Io credo che sia più che altro il medico a dover imparare a entrare in contatto con noi professionisti sanitari, perché spesso non si rendono nemmeno conto del nostro lavoro, delle tempistiche, di quello che realmente facciamo"*. Molti degli infermieri intervistati si sentono infatti poco considerati dai medici del loro reparto, a cui attribuiscono la poca capacità di comprendere le loro reali condizioni lavorative. Emergono, quindi, sentimenti di insoddisfazione nel rapporto verso i medici in molti degli infermieri intervistati e una loro richiesta di maggior comprensione e valorizzazione.

— Un'eccezione è sollevata da un'infermiera che sottolinea la differenza tra il medico ospedaliero e il medico operante nella RSA da cui la professionista proviene: *"Posso fare un confronto rispetto alla RSA dove il medico era molto presente e attivo, molto disponibile a domande e confronti. In ospedale questa cosa non l'ho notata, pur essendo molti, molti specializzandi, ho notato più distacco anche nel rapporto con noi (infermieri)"*. Il lavoro in strutture assistenziali è infatti sostanzialmente differente e implica un maggior contatto umano rispetto alle corsie ospedaliere, anche per i professionisti medici. Anche all'interno della stessa categoria professionale, il luogo di esercizio della professione e le

dinamiche interne dell'istituzione in cui si opera può determinare differenze importanti nella modalità di esercizio della propria professione e di interazione con l'utenza, nella qualità di legami che si creano e nella vicinanza alle altre figure con cui il medico collabora.

- Un infermiere solleva il tema del differente riconoscimento in termini economici e di gratificazione personale: “...o sei medico che ti va bene e ti gratificano, o tutto il resto del personale non ha ricevuto gratificazioni.”. Tale aspetto si ricollega al delicato tema dell'adeguamento contrattuale dei professionisti sanitari non medici, che godono di stipendi nettamente inferiori rispetto ai colleghi nel resto dell'Europa. Inoltre, il contratto con cui sono inquadrati è considerato, dai sindacati del settore, poco adeguato alla categoria. Le sigle sindacali chiedono infatti che agli infermieri venga riconosciuto l'accesso all'area elevata qualificazione, attraverso un nuovo sistema di classificazione del personale e successivi adeguamenti economici e possibilità di progressioni di carriera (NurseTimes, 2021). La gratificazione dell'infermiere passa anche, quindi, attraverso la componente economica e il confronto con il medico, maggiormente retribuito e maggiormente valorizzato ed encomiato, determina ulteriore motivo di attrito tra la professione infermieristica e quella medica.

Nell'intervista viene poi indagato il tema **della motivazione e valorizzazione personale**. Si chiede ai professionisti cosa li abbia spinti e motivati nel prestare servizio in un periodo così complesso. Dalla raccolta delle impressioni, emergono tre sottocategorie rilevanti:

- Alcuni professionisti, in particolare due infermieri, si sono sentiti motivati e valorizzati dall'importanza sociale e dalla gratificazione ricevuta per il servizio prestato. Il riconoscimento della bontà del loro operato da parte dell'utenza è stato lo stimolo per proseguire nel lavoro e per dare quella motivazione a continuare. *"Mi ha motivato il fatto che molte persone hanno compreso l'importanza del mio lavoro e l'impegno di noi professionisti."*; *"...valorizzazione come professionista, da parte dei pazienti, specie con alcuni. Molto riconoscenti."*
- Per altri la motivazione è stata data dall'accrescimento personale e dalla formazione che si stava compiendo. I tre medici e uno degli infermieri coinvolti nell'indagine hanno infatti spiegato che l'esperienza che stavano vivendo avrebbe apportato qualcosa di nuovo alla loro professionalità e alla loro personalità, e questo li ha fortemente motivati: *"...sentivo che stessi facendo dell'esperienza, dell'ottima formazione anche per quanto riguarda come detto prima la fortificazione del proprio spirito, del proprio carattere"*; *"...trovarsi in una situazione di pandemia e doverla gestire ti permette di crescere come professionista ... pur nella difficoltà del momento"*

devo dire che mi è stato utile". L'esperienza di lavoro in pandemia diventa quindi per alcuni anche un momento di crescita sia professionale che personale. Tali professionisti dimostrano come si sia potuta trasformare una difficoltà in un'opportunità di crescita. Anche il miglioramento formativo ha contribuito a motivare i professionisti: "... sicuramente c'era più voglia di studiare, mi ha spinto ad approfondire sicuramente, soprattutto essendo una patologia del mio campo di studio."; "Ripeto per me è stato davvero interessante. La motivazione è stata quella che andavo a lavorare e facevo un lavoro che mi piaceva".

— Uno dei medici intervistati sottolinea come la spinta motivazionale sia provenuta anche dal riconoscimento dei propri superiori che gli hanno affidato maggiori responsabilità professionali: *"Mi sento valorizzato, dagli strutturati come pure dal primario perché ho preso in mano assieme agli strutturati diverse consulenze in reparto e ho seguito per diversi mesi le consulenze"*.

— Altri intervistati riferiscono invece come spinta motivazionale maggiore il fatto di sentirsi d'aiuto per i malati: *"...la motivazione è stata quella di aiutare tanta gente che stava male ... È stata più che altro una spinta morale che mi ha fatto andare avanti."; "...c'era la voglia di fare, di assistere queste persone e ridurre i danni"*. Oltre che verso i pazienti, questo aiuto si orienta anche verso i propri colleghi: *"La motivazione sta nell'essere d'aiuto ai*

pazienti ma anche ai colleghi e al reparto, che già eravamo sotto organico per via dei trasferimenti". Questi professionisti, che sono sia medici che infermieri, nei loro racconti enfatizzano maggiormente l'aspetto di relazione di aiuto nell'esercizio della propria professione.

- Due infermiere sono state motivate semplicemente dal proprio dovere professionale. La prima, lavoratrice a tempo determinato proveniente dalla libera professione, si è sentita spinta nel continuare a lavorare dalla gratificazione di avercela finalmente fatta ad entrare nella sanità pubblica: *"Quello che mi ha motivato era più che altro il fatto di essere comunque entrata finalmente a lavorare in sanità pubblica... almeno ero entrata in ospedale e sapevo che da lì sarebbe stato più facile essere stabilizzata"*. La seconda, già lavoratrice a tempo indeterminato, riferisce che la sua motivazione risiede nel tentare di sopperire alle carenze di reparto: *"Sapevo che se non ci fossi stata ci sarebbero state difficoltà in reparto, quindi sentivo il dovere di andare"*. Anche in questo secondo caso lo spirito di dovere lavorativo appare come elemento motivante. Non emerge in queste professioniste una riflessione su ciò che di diverso possa aver portato l'esperienza Covid, su cui esse riflettono puramente come contesto lavorativo.
- Un infermiere riferisce infine che la motivazione a prestare servizio in periodo pandemico è stata ben più semplice e concreta: *"Beh il motivo*

principale era proprio il lavoro. Non avrei potuto fare altrimenti in quel momento... La componente economica mi ha motivato"

Ogni professionista ha quindi svolto il proprio lavoro mosso da sentimenti anche molto diversi tra loro: per alcuni l'aspetto umano ha avuto la precedenza sul resto, per altri il riconoscimento esterno del proprio valore professionale. Per altri ancora è stato solamente un lavoro che doveva essere svolto per esigenze di servizio e per l'introito economico che ne è derivato.

L'intervista prosegue analizzando il **ruolo che ha avuto l'Azienda ospedaliera nel fornire motivazione e gratificazione ai professionisti**. I lavoratori hanno lavorato all'interno di un contesto molto delicato e si vuole comprendere come l'Ente ospedaliero stesso possa aver agevolato medici e infermieri nello svolgimento del loro lavoro. Le impressioni raccolte sono molto critiche nei confronti dell'organizzazione ospedaliera e dei reparti e nella gestione della situazione pandemica. Da quello che traspare, i professionisti si sono sentiti poco supportati e poco valorizzati dall'Ente, facendo emergere un clima di sfiducia nei confronti dell'organizzazione per cui prestano servizio. Un infermiere afferma infatti: *"io credo l'organizzazione specie logistica, i tracciamenti, le attività di screening e prevenzione siano state davvero pessime, come i DPI che non arrivavano mai. E credo che nei primi mesi la mancata presa di posizione dell'azienda e i ritardi nel decidere il da farsi abbia contribuito a creare negli ospedali una marea di*

contagi.”. Per altri, la mancanza di valorizzazione nasce dalla poca presa in carico delle difficoltà dei lavoratori stessi, che non hanno ricevuto grandi riconoscimenti economici, tematica che vede in accordo la quasi totalità degli intervistati: *“...ho accumulato più di 160 ore di straordinario che mi sono state retribuite solo in parte, e dopo averlo richiesto più volte. In più non ho avuto premi di produttività o altro. Questo mi ha demoralizzato”*; *“...noi non siamo stati elogiati o valorizzati, nemmeno coi introiti economici, quindi a parte l’indennità di malattie infettive che comunque prendono tutti quelli che ci lavorano, io altro non ho ricevuto, né dal punto di vista economico né come lettere di ringraziamento da parte dell’ente.”*; *“...non mi sono sentita sufficientemente valorizzata nel senso che ho visto che gran parte del riconoscimento era stato dato ai dirigenti delle unità operative”*; *“Dall’ente per cui lavoro, direi di no, non molto. Valorizzazione economica oltre alle indennità di turno e di rischio biologico non c’è stata.”*

Due lavoratori ritengono invece che l’Ente abbia reagito in modo positivo al periodo, tramite l’assunzione di nuovi operatori per non sovraccaricare troppo chi già era in servizio *“L’azienda invece ci ha supportati ... reclutando nuovi operatori sanitari in modo da suddividere il carico di lavoro”* e limitando alcuni degli spostamenti tra i reparti: *“Personalmente però mi ritengo fortunata perché lavorando da anni in endoscopia non mi hanno spostata spesso come hanno fatto con altri. So di colleghe sbattute qua e là per tappare buchi malattie ferie, cosa che con me non hanno fatto.”* Quest’ultima affermazione è tuttavia espressione di una

situazione singolare, mentre nella realtà molti sono stati i trasferimenti e gli spostamenti apportati.

La quasi totalità dei commenti dimostra quindi come sia ampio il gap tra chi lavora “sul campo” e tra chi gestisce il lavoro dal punto di vista organizzativo, retributivo e manageriale. Si evidenzia dalle parole dei professionisti, anche tra chi ha dato impressioni positive nei confronti della gestione dell’Ente, come siano importanti le carenze gestionali e organizzative. La distanza tra i due piani, quello dirigenziale e quello operativo, non permette la creazione di un buon clima aziendale, rendendo il contesto ospedaliero, già fragile sotto diversi aspetti, ulteriormente debole. Senza dubbio gli Enti si sono trovati impreparati di fronte alle ondate pandemiche e hanno pagato il prezzo, come visto nel paragrafo 1.1, di anni di tagli e di cattiva gestione delle strutture. C’è da domandarsi, tuttavia, se tali tagli in termini economici siano sufficienti a spiegare l’incapacità, da parte dell’Azienda, di rendersi promotrice di iniziative e procedure volte a rendere più agevole il contesto lavorativo: è forse mancato, nel corso degli anni, il riconoscimento e la giusta considerazione di quelle figure che fanno da collegamento tra i lavoratori e i piani organizzativi e dirigenziali come, ad esempio, i Coordinatori delle diverse professioni sanitarie. Sarebbe utile approfondire se l’organizzazione stessa abbia provveduto ad un’indagine relativa al clima all’interno dei reparti e se abbia tenuto in considerazione le istanze provenienti dalle figure di coordinamento, che fungono da collegamento con i restanti lavoratori. Senza la consapevolezza di queste criticità

interne, risulta infatti difficile per l'Ente porvi rimedio. Un possibile intervento funzionale a risollevarlo il clima interno e in vista della futura riorganizzazione della sanità italiana, potrebbe essere quello di favorire la raccolta delle impressioni dei dipendenti, in modo che l'Ente possa porsi in ascolto delle loro istanze e di poter provvedere ad una loro migliore gratificazione, specie dopo due anni particolarmente difficili.

Per quanto riguarda la **creazione di reti professionali**, l'unanimità riferisce che il lavoro in periodo di pandemia ha fortemente unito il gruppo. Gli intervistati affermano che è stato valorizzato lo scambio di competenze tra i professionisti anche di discipline diverse. Si è vista, sia per necessità dovuta alla gestione malattia che per la necessità di creare una maggior coesione interna per affrontare il periodo, una maggiore solidità tra le professioni. Alcune dichiarazioni bene esprimono questi concetti: *"eravamo un bel gruppo e abbiamo fatto squadra. Eravamo uniti nell'emergenza, ognuno coi suoi compiti ma un gruppo ben formato e ci assistevamo molto a vicenda"*; *"...perché tra vari professionisti coinvolti anche di reparti diversi si creava spontaneamente, ma anche per necessità uno scambio e una rete di collaborazione. C'erano quindi riunioni, c'era scambio di informazioni, di esperienze, di conoscenze"*. La maggior collaborazione dal punto di vista professionale valorizza e fortifica anche i legami personali che, proprio nella difficoltà, diventano più solidi: *"...c'è stata una collaborazione importante coi miei*

colleghi, un venirsi incontro a vicenda, che è stato molto bello. C'è stata molta unione, molta rete coi miei colleghi. Ci siamo sostenuti a vicenda e si sono creati legami molto forti." L'importanza del lavoro in gruppo e della rete è sicuramente un punto di forza all'interno dei sistemi ospedalieri che andrebbe valorizzato in futuro. In particolare, D'Emilione (2020) elenca alcuni aspetti importanti dell'équipe: in primis, lo sviluppo del senso di appartenenza. Sentire di far parte di un gruppo che condivide obiettivi ha effetti positivi sulla gestione di fattori stressanti, rafforza le capacità di coping e il senso di autoefficacia. Una seconda dimensione significativa riguarda la corresponsabilità intesa come processo di assunzione delle decisioni tramite il dialogo e confronto tra i componenti del gruppo. Un terzo aspetto riguarda l'integrazione tra le differenti professioni. La mancanza di interazione porta, infatti, alla separazione di compiti e attività e non assicura continuità al servizio. Grazie al lavoro di gruppo, quindi, si migliorano le relazioni e si rende l'ambiente di lavoro più piacevole, si riduce il rischio di burnout perché ci si sente parte di una realtà più grande in cui si possono condividere anche le proprie impressioni ed emozioni e si migliora l'output di cura favorendo l'integrazione tra le diverse professionalità.

Gli intervistati sono tuttavia scettici circa la possibile valorizzazione di queste reti da parte dell'Ente. Alla domanda posta, in molti riferiscono di credere che all'Ente non importi di valorizzare il lavoro di rete e non credono che verranno nel futuro creati interventi a questo scopo: *"L'organizzazione non credo valorizzerà queste*

cose. Chiaro sarebbe utilissimo, magari si facesse. Ma non credo le priorità dell'azienda siano su questo fronte.” Tale scetticismo, già spiegato precedentemente, si riconduce a un SSN che ancora una volta viene descritto come incapace di prendere in considerazione le necessità dei propri lavoratori. Emerge anche sotto questo aspetto l'urgenza, da parte del sistema sanitario ospedaliero, di riscattare la propria immagine nei confronti dei dipendenti e di riguadagnarne la stima e la fiducia.

La domanda conclusiva dell'intervista analizza il tema della **percezione del futuro professionale** di questi lavoratori.

- La maggioranza (sei su dieci) afferma di voler proseguire nel lavoro all'interno degli ospedali, pur nella speranza non si ripresentino più condizioni emergenziali come quelle vissute negli ultimi due anni. In particolare, esprime questo desiderio la totalità dei medici intervistati: come abbiamo spiegato precedentemente, infatti, per loro l'esperienza è stata fortemente valorizzante dal punto di vista formativo e professionale ed appare indubbio il loro voler rimanere in sanità. Dei tre infermieri intervistati che ambiscono a rimanere nel contesto ospedaliero anche in futuro, uno spiega come desidera anche specializzarsi ulteriormente per poter, un giorno, arrivare alla qualifica di coordinatore.

- Altri tre infermieri, invece, appaiono dubbiosi sul loro futuro nel lungo periodo: l'esperienza ha segnato profondamente questi professionisti che affermano che, se dovessero ripresentarsi situazioni analoghe, preferirebbero rivolgere la loro attenzione fuori dall'ambiente ospedaliero: *"Se questa situazione si dovesse mantenere negli anni sarebbe pesante e poco gratificante, quindi io spero che non ricapiti più perché se dovesse capitare di nuovo quello sarebbe un motivo per cercare di spostarmi dagli ospedali e fare altro, magari in privato lontano dai reparti Covid";* *"Sicuramente il nostro è un lavoro difficile, per come la vedo io, quindi in futuro potrei valutare altro".*
- L'ultimo infermiere, infine, riferisce che già da tempo stava valutando altre possibili strade professionali. Questo lavoratore è un dipendente a tempo indeterminato già da diversi anni. Per lui la pandemia ha determinato la definitiva decisione di allontanarsi dal SSN. C'è da immaginare che, in questo caso, la situazione pandemica sia stato solo l'ultima di una serie di insoddisfazioni professionali: *"Già prima della pandemia pensavo di volerne fare altro nel mio futuro. Adesso dopo l'esperienza della battaglia al Covid-19 ho deciso di volerne accelerare i tempi"*. L'intervistato, nelle sue considerazioni, fa emergere un importante tema, quello della percezione della propria professionalità: *"ritengo un infermiere una figura sotto valorizzata dal punto di vista economico e sociale"*; senza dubbio,

mancando la valorizzazione e il riconoscimento della propria professionalità proveniente in primis da se stesso, appare difficile poter vivere la propria professione con gratificazione. Questo professionista considera la professione infermieristica *“da molto tempo, da troppo tempo sottovalutata”*. Appare rilevante per questo professionista la disparità tra le proprie competenze e responsabilità e la ricompensa economica percepita all'interno della sua realtà lavorativa: *“...l'infermiere è molto avanti rispetto al contratto con cui viene inquadrato”*. Venendo meno questi aspetti, è facile immaginare come questo lavoratore possa preferire dirigersi verso professioni dove possa sentirsi maggiormente valorizzato e appagato. Sarebbe utile conoscere se tali sentimenti sono espressi da altri professionisti della stessa categoria: in tal caso diventerebbe utile, al fine di prevenire l'abbandono della professione, conoscere le ragioni profonde di tale insoddisfazione. Sicuramente un adeguamento della componente retributiva sarebbe necessario. Da questo punto di vista, una sostanziale differenza tra la categoria medica e quella infermieristica è che la prima gode di un'unitarietà e di una rappresentatività, anche dal punto di vista politico e sindacale, difficilmente equiparabile alle altre categorie sanitarie. Sebbene anche la categoria infermieristica goda di un'ottima unitarietà essendo, tra le professioni sanitarie non mediche, quella maggiormente

rappresentata, rimane ancora una categoria debole dal punto di vista contrattuale.

CONCLUSIONI

Il lavoro di ricerca empirica condotto al fine della stesura del presente lavoro ha permesso di mettere a fuoco le carenze esistenti nel sistema sanitario italiano, facendo emergere una situazione fragile sotto diversi aspetti, specialmente riguardo agli organici. Essi risultano, come descritto precedentemente, fortemente in sofferenza e sottodimensionati. Le politiche restrittive adottate dai Governi si sono, negli anni, ripercosse a cascata sui lavoratori e sui pazienti, determinando una indubbia difficoltà nell'erogazione delle cure. Questo si è palesato specialmente nel periodo di pandemia da Covid negli ultimi 24 mesi, condizione che ha aggravato una situazione strutturale e organizzativa già delicata.

Le interviste, seppure non numerose, somministrate a medici e infermieri che hanno lavorato in periodo Covid hanno permesso di portare alla luce le impressioni degli attori principali del SSN, comprendendone i vissuti, ascoltando le difficoltà e le criticità da essi riscontrate e raccogliendo importanti spunti di riflessione, maturati grazie alla loro esperienza diretta nella realtà ospedaliera e durante il periodo pandemico. Proprio dai lavoratori potrebbero provenire, infatti, importanti idee per il rilancio della sanità italiana.

Se, infatti, poco è possibile fare per compensare il periodo di forte disagio e tensione nelle strutture ospedaliere vissuto dal personale in pandemia, molti potrebbero essere, da ora in avanti, i potenziali interventi volti a valorizzare un settore estremamente importante come quello sanitario e i professionisti che vi operano. Grazie ai fondi provenienti dal PNRR, lo Stato italiano potrà disporre di circa 15,6 miliardi di euro volti al rilancio della sanità. Alcuni degli interventi hanno già preso avvio, come evidenziato dalla relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, del 23 dicembre 2021. Sono state infatti effettuate le prime ricognizioni e istruttorie di importanti progetti inerenti l'assistenza territoriale, la telemedicina, l'ammodernamento tecnologico e strutturale degli ospedali italiani. Per utilizzare al meglio gli incentivi messi a disposizione, che saranno utilizzati in modo prevalente a partire dal 2022, appare essenziale una idonea valutazione degli interventi da attuare, in modo che essi possano essere effettivamente funzionali a risolvere le vere criticità del sistema sanitario.

Alla luce delle riflessioni condotte con questo lavoro di tesi, parrebbe utile includere, nei piani attuati, anche un rilancio del SSN a partire dal personale stesso, tramite una sua rivalorizzazione. Oltre agli interventi strutturali e tecnologici, sicuramente indispensabili, potrebbe essere utile valorizzare le singole professioni e i singoli professionisti, a partire dai loro percorsi formativi per arrivare alle dinamiche lavorative. Per svolgere questo compito al meglio, sarebbe interessante,

nel prossimo futuro, porre il focus sull'ascolto delle istanze dei professionisti stessi che, grazie alla loro esperienza, potrebbero evidenziare le carenze riscontrate nei percorsi formativi e nelle dinamiche professionali e lavorative e fornire potenziali soluzioni che chi è estraneo ai lavori difficilmente potrebbe comprendere appieno. Gli interventi che potrebbero essere attuati dovrebbero indubbiamente riguardare sia il singolo lavoratore, sia le sue relazioni lavorative, sia l'interazione tra il professionista e l'organizzazione per cui lavora. Le carenze evidenziate dai dati e dalle dichiarazioni raccolte abbracciano infatti tutte le aree, che sono indissolubilmente connesse l'una all'altra.

Concentrandoci sui potenziali interventi legati al periodo post pandemico, sarebbe utile, dal punto di vista individuale, la presa in considerazione dei vissuti personali dei lavoratori, favorendo il dialogo e offrendo supporto a chi esprime difficoltà a livello emotivo a seguito dei vissuti difficili, specialmente degli ultimi mesi. La percezione che il professionista ha di se stesso e di sé in rapporto al proprio lavoro potrebbe essersi infatti modificata stando a contatto con le esperienze spiacevoli e traumatiche vissute a causa della malattia da Covid. In tal senso, diventa utile pensare a un supporto strutturato all'interno delle singole Aziende, un punto di ascolto indirizzato a chi sente la necessità di condividere con figure esperte quanto vissuto, in modo da elaborarlo al meglio. Tale intervento permetterebbe di prendere in considerazione anche l'aspetto psicologico ed emotivo del personale sanitario, purtroppo sino ad ora sottovalutato e non accolto appieno. In tal modo potrebbero

essere strutturati interventi a supporto di questi lavoratori e si limiterebbero condizioni di burnout e di potenziale abbandono della professione.

Inoltre, potrebbe rivelarsi utile anche una riorganizzazione interna del lavoro di reparto, promuovendo il ruolo del coordinatore come figura centrale nel raccogliere le richieste dei professionisti, nell'ottica di garantire maggior stabilità e continuità nell'organizzazione lavorativa. Come emerso dalle interviste, infatti, molti sono stati gli spostamenti di personale effettuati tra un reparto all'altro, talvolta modificando sostanzialmente la tipologia e le dinamiche di lavoro. Questo potrebbe aver avuto ripercussioni, oltre che sul vissuto singolo del lavoratore, anche sul gruppo, disgregando l'unitarietà presente originariamente. Un'équipe di lavoro maggiormente stabile e poco suscettibile di repentini cambiamenti organizzativi risulterebbe più solida e più funzionale ai processi di cura verso l'utenza. Ai coordinatori, figure cardine in questa dinamica, potrebbe essere affidato il progetto di raccolta delle richieste dei singoli lavoratori al fine di comprenderne le difficoltà, analizzandole in modo funzionale a compensare le criticità maggiormente emerse andando incontro, ad esempio, a eventuali richieste di ricollocazione. Tali richieste parrebbero legittime dopo un lungo periodo di cambiamenti. Tuttavia, in caso di future nuove emergenze, probabilmente gli spostamenti tra i reparti torneranno ad essere utilizzati. Diventerebbe importante, quindi, abituare gradualmente i professionisti ai cambi di reparto, tramite dei periodi di scambio strutturati, durante i quali dovrebbe però essere garantita una supervisione, ad esempio tramite la

creazione di una figura di “tutor” di corsia. Ciò consentirebbe di far comprendere al professionista come viene strutturato il lavoro nel nuovo reparto in cui è stato inserito e di sentirsi guidato nell’apprendimento di modalità di lavoro diverse. Parrebbe importante, inoltre, un investimento volto alla valorizzazione dell’unione tra le diverse figure professionali all’interno del gruppo di lavoro. Al fine di implementare la coesione, potrebbe infatti essere utile la promozione di équipe multidisciplinari, ad esempio volte alla condivisione e allo studio di casi clinici rilevanti, all’interno dello stesso reparto o tra reparti che condividono tipologie di pazienti affini. Un ulteriore intervento potrebbe essere quello di strutturare, durante l’iter formativo, la condivisione di periodi di insegnamento comuni tra le scuole di medicina e di infermieristica, oltre che tra le scuole di specializzazione medica affini. Si potrebbe così consentire allo studente lo sviluppo di una visione più ampia e la conoscenza di modalità e approcci provenienti da altri settori. Lo sviluppo formativo potrebbe evolversi inoltre nella creazione di gruppi e di progetti di studio a livello Provinciale o Regionale, promuovendo un periodo di approfondimento professionale in quelle aziende specializzate in determinati ambiti disciplinari o che spiccano per l’innovatività dei loro approcci. Come è emerso dalle interviste, risulta esserci una divisione piuttosto netta tra le figure mediche e infermieristiche in termini di comprensione dei rispettivi operati. Il gruppo in questo senso farebbe sentire l’infermiere più incluso nel lavoro medico e favorirebbe nella categoria infermieristica la curiosità di un approfondimento anche teorico delle patologie che

si hanno in carico; dal punto di vista medico sarebbe un modo attraverso cui capire appieno la modalità di lavoro infermieristica. Tale comprensione favorirebbe una conoscenza di alcuni aspetti dell'esercizio della professione non noti all'altra categoria. La condivisione, attraverso il gruppo, delle modalità e delle difficoltà nel lavoro potrebbe diventare un modo per appianare, almeno in parte, la frustrazione data dalla mancanza di riconoscimento lamentata dagli infermieri. Il rilancio del gruppo, inoltre, rinsalderebbe quelle relazioni professionali diventate più deboli anche dal ridursi dei momenti conviviali e di socialità all'interno dei luoghi di lavoro in cui si è assistito nell'ultimo periodo, migliorando il clima di lavoro tra le corsie.

Al fine di favorire una miglior integrazione anche dei numerosi neoassunti, potrebbe essere utile rivedere se la loro formazione iniziale è stata adeguata o se, invece, necessita di un periodo di ulteriore approfondimento di alcune competenze. Come emerso, infatti, il neoassunto ha riscontrato, oltre alla difficoltà individuali dovute alla complessità del periodo pandemico, anche una difficoltà legata alla novità lavorativa che potrebbe non averlo fatto sentire sicuro delle proprie abilità, favorendo vissuti di incertezza. Considerati i grandi numeri di nuovi assunti, tra cui vi sono verosimilmente molti neolaureati, potrebbe essere utile creare degli incontri ad hoc per questi professionisti, in collaborazione con colleghi più esperti, al fine di compensare quelle lacune che inevitabilmente si sono create nei casi di inserimenti troppo rapidi nei reparti. Se il periodo pandemico dovesse protrarsi,

potrebbe diventare utile per le Aziende investire in una formazione specifica in questa particolare patologia, creando programmi di studio volti a formare i professionisti prima del loro ingresso in corsia.

Risulta infine importante una presa in carico delle criticità sollevate dai professionisti verso l'Ente stesso, nella sua componente manageriale e organizzativa. È emerso come sia ampio il clima di sfiducia che il lavoratore vive verso l'Azienda per cui lavora e come sia necessario per quest'ultima riscattarsi agli occhi dei propri dipendenti e dell'utenza. Uno dei problemi principali sollevati dai dipendenti è il mancato riconoscimento, in termini di gratificazione personale e di riconoscimento degli sforzi attuati, che la sanità italiana ha manifestato verso i lavoratori di questo delicato periodo. L'Azienda potrebbe riacquisire credito rendendosi disponibile a mettere in discussione modalità organizzative rilevatesi poco funzionali e dimostrandosi disposta a prendere in carico le richieste di maggior valorizzazione provenienti dagli operatori. La raccolta di queste informazioni potrebbe avvenire dando maggior rilievo a quelle figure organizzative che fanno da tramite tra la componente manageriale e quella dei lavoratori, tramite lo svolgimento di indagini approfondite al fine di raccogliere le impressioni e le richieste dei lavoratori.

Un ulteriore aspetto rilevante è quello della mancata gratificazione economica. Non si è infatti prevista, per i lavoratori Covid, un'indennità aggiuntiva oltre a quella di base già percepita, cioè quella relativa al lavoro a rischio infettivo, già esistente

prima del periodo pandemico. Il lavoro svolto è stato tuttavia inedito rispetto al periodo pre-Covid e contraddistinto da una peculiarità e una rischiosità non indifferenti. Il riconoscimento di adeguati bonus economici potrebbe essere un modo per attutire, almeno parzialmente, l'insoddisfazione dei lavoratori e per motivarli a rimanere nella sanità pubblica.

Emerge, inoltre, come si siano acuite alcune criticità già esistenti tra le categorie professionali medica e infermieristica. Si è evidenziata infatti, grazie alle interviste, una sostanziale differenza di come le due figure agiscono ed esprimono il loro ruolo all'interno del reparto. Al di là delle differenze formative e, quindi, lavorative, proprie dei diversi profili professionali, che determinano modalità di lavoro differenti, si evidenzia una netta divisione tra le figure nella presa in carico relazionale del paziente. Questa appare, infatti, affidata quasi interamente all'infermiere che diventa, nel reparto, la figura di riferimento per le necessità quotidiane del malato, con cui quest'ultimo intrattiene una relazione stretta e costante. Il medico, invece, partecipa limitatamente alla relazione facendo prevalere nel suo lavoro l'aspetto di gestione del percorso di cura. Questo aspetto, che dovrebbe essere ugualmente presente nell'attività dei due diversi professionisti, viene invece poco considerato e poco compreso dalla categoria medica. L'affidamento quasi totale degli aspetti relazionali agli infermieri viene vissuto in modo gravoso e il medico viene percepito come "distaccato" nella relazione col malato e nella condivisione del delicato momento con gli infermieri. Questo si

traduce poi in una percezione di mancato riconoscimento che acuisce la tensione lavorativa e rende meno sereno il clima di lavoro tra le due categorie professionali. Tale frustrazione si somma a quella derivante dalla netta differenza retributiva. Sarebbe utile nel prossimo futuro pensare a come bilanciare questa disparità. Innanzitutto, potrebbe servire raccogliere le opinioni dei medici riguardo la relazione di cura, per comprendere quando tempo vi investono e quanto la reputano importante. Inoltre, si potrebbero prevedere incontri di approfondimento, promossi dall'azienda, sulla relazione col malato, tramite il confronto con esperti. Infine, la previsione di momenti di formazione e di lavoro comuni con la professione infermieristica, potrebbe migliorare la presa in carico anche relazionale e favorire una maggior predisposizione all'apertura verso la categoria infermieristica, oltre che una comprensione concreta della modalità di lavoro.

Ulteriore linea di frattura, esasperata dall'esperienza Covid, è quella relativa alla diversa modalità di lavoro, maggiormente operativa e pratica per la categoria infermieristica, focalizzata invece sullo studio per quella medica. Quest'ultima, come emerso dalle interviste, ha dato molta rilevanza all'approfondimento teorico della malattia. L'importante momento di studio potrebbe essere valorizzato e trasferito agli altri professionisti sanitari, promuovendo giornate di incontro specifiche che affrontino i vari aspetti della patologia, all'interno delle aziende stesse. Allo stesso modo, altre patologie oggetto di studio e ricerche potrebbero essere condivise con il resto del personale in modalità simili. In questi momenti

formativi si valorizzerebbe ulteriormente la coesione tra le professioni e si potrebbe stimolare la curiosità per gli aspetti teorici anche in quei professionisti, come gli infermieri, che per la natura stessa del loro lavoro sono maggiormente focalizzati sugli aspetti pratici.

Ancor prima di compiere questi interventi, tuttavia, sarebbe necessario un cambiamento nel modo di concepire il lavoro in sanità e di considerare i professionisti che vi lavorano, da parte delle organizzazioni a livello centrale: se non si reputa la sanità pubblica come l'attività di primaria importanza per la tutela della vita dei cittadini e se i professionisti sanitari non vengono considerati come elemento indispensabile al suo buon funzionamento, difficilmente si potranno avviare misure idonee a una suo riscatto e valorizzazione.

Probabilmente, il vero cambiamento di mentalità verso il mondo sanitario avverrà solo una volta che si sarà compresa appieno la sua importanza nella tutela della salute individuale e collettiva, un'importanza che, spesso, viene percepita solo quando quest'ultima viene a mancare. In tal senso la pandemia da Covid, pur nella sua tragicità, diventa un'importante occasione di riflessione al fine di una futura riorganizzazione dell'intero sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, settembre 2019
2. Ufficio Parlamentare di Bilancio, Focus tematico n.6, *Lo stato della sanità italiana*, 2 dicembre 2019
3. Elaborazione dati database Health for all, 2016
4. Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, 2017
5. Patto per la Salute - Comunicato Stampa Conferenza Stato Regioni, 18 Dicembre 2019
6. Elaborazione dati ISTAT 2019 (numero di medici e infermieri nel territorio italiano)
7. Elaborazione dati Eurostat 2013 (Healthcare personell statistics – physicians)
8. Studio ANAAO-ASSOMED, *La mappa delle carenze di medici specialisti regione per regione*, 20 marzo 2019
9. Studio di ANAAO Giovani, *Ospedali, l'inesorabile declino del pubblico. Confronto 2010-2017*, 2017
10. ANAAO-ASSOMED, *Lavorare in Ospedale? No grazie*, 2019
11. Corte dei Conti, Rapporto sul coordinamento della Finanza pubblica, in base ai dati OCSE, 2020
12. Elaborazione dati Eurostat 2018 (Physicians by age)

13. Rilevazione Continua Forze Lavoro - elaborazione dati ISTAT, 2015
14. White Paper Generation Now, *Il futuro visto dai millenials della salute*, 2018
15. A. Lim, T. Epperly, *Generation Gap: Effectively leading physician by alla ages*, 2013, *Family Practice Management*, 20,3, pp 29-34
16. E. Spina, *Generational Gap e nuovo professionalismo medico. Note preliminari per una ricerca empirica*, 2017, *Rassegna Italiana di Sociologia*, a. LVIII, n.1, pp 127-152
17. S. Stevanin, D. Gregori, P. Poletti, *Generazioni infermieristiche italiane a confronto: uno studio esplorativo*, 2015, *Professioni Infermieristiche*, 68(4), 211-218
18. Elaborazione dati FNOMCEO (numero ed età delle donne medico)
19. Elaborazione dati OECD Health Statistics, 2021 (Share of female doctors)
20. Elaborazione dati IPASVI, 2018
21. Elaborazione dati Piano Triennale di Azioni Positive, Istituto Besta, 2020-2022
22. Elaborazione dati della Corte dei Conti su Dati Ministero Salute tra 2010 e 2017
23. Elaborazione dati FNOPI, 2018 (numero infermieri dipendenti negli ospedali pubblici)
24. Servizio Studi Camera dei Deputati - *Misure di rafforzamento del personale sanitario nell'emergenza coronavirus*, giugno 2021
25. Audizione della Corte dei conti, presso le Commissioni riunite Bilancio di Camera e Senato, 24 novembre 2021

26. Fiaso – SDA Bocconi, sulla base dei dati della Corte dei Conti, ottobre 2021
27. G. Costa, M. Marra, S. Salmaso, Gruppo AIE su crisi e salute, *Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia*, 2012, *Epidemiologia & Prevenzione* 36 (6) novembre-dicembre, pp. 337-366,
28. Elaborazione dati NurSind Udine (Sondaggio a 412 Infermieri su condizioni lavorative durante Covid), 2020
29. Cardano, Giarelli, Vicarelli, Cap 10, *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, pp. 270-294, Ed. Il Mulino, 2020
30. Nurse Times, *Rinnovo contratto per infermieri e professioni sanitarie: il punto di vista di Cgil-Cisl-Uil, Nursing Up, Fials, Nursind*; 24 novembre 2021
31. D'Emilione, Giuliano, Grimaldi, *La collaborazione tra professionisti e operatori sociali nelle politiche a contrasto della povertà. Il ruolo dell'équipe multidisciplinare*, *Counseling*, vol. 13, n. 2, giugno 2020, pp. 16-41
32. Elaborazione dati della Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza; 23 dicembre 2021

ALLEGATI

Allegato A: Traccia dell'intervista qualitativa

Indagine qualitativa:

Medici e Infermieri che hanno prestato servizio durante la pandemia da Covid-19

- Anno di nascita
 - Sesso
 - Titolo di Studio
 - Anno conseguimento titolo
1. ESPERIENZA PREGRESSA: Prima dell'esperienza lavorativa in reparti Covid, lavoravi già? Dove? (ente pubblico/privato – che tipologia di struttura?) Con che tipologia contrattuale?
 2. ESPERIENZA COVID: Durante il periodo Covid dove hai lavorato/in che struttura? Con che tipologia di contrattuale?
 - Nel caso di un tempo determinato/libera professione: hai riscontrato differenze rispetto ai tuoi colleghi già stabilizzati?
 3. Come hai vissuto - dal punto di vista lavorativo - la precarietà e l'incertezza del periodo di pandemia? Che cosa ha comportato durante lo svolgimento del tuo lavoro?
 4. L'esperienza lavorativa durante il periodo Covid ha apportato qualcosa di nuovo alla tua professionalità? Ritieni che grazie all'esperienza Covid siano migliorate alcune tue abilità professionali? Quali? (Es: resistenza allo stress/

capacità di lavorare in team/ comunicazione con pazienti e colleghi) Ritieni invece che qualche aspetto della tua professionalità ne abbia risentito? Quale?

5. Ti senti valorizzato dall'Ente per cui lavori/hai lavorato durante il periodo Covid? In che modo?
6. Ti sei sentito motivato nel prestare servizio in periodo di pandemia? Che cosa ti ha motivato/che cosa non ti ha motivato?
7. Hai assistito al crearsi di reti tra i lavoratori che hanno condiviso l'esperienza di lavoro durante la pandemia? Si è creata una rete con altri professionisti che condividevano la tua stessa tipologia contrattuale? *(nel caso di chi ha lavorato a t. determinato)* Credi che l'organizzazione per cui hai lavorato/stai lavorando abbia valorizzato o valorizzerà in futuro grazie all'esperienza Covid la creazione di équipes tra i professionisti?
8. Credi che il rapporto di lavoro con i medici/con gli infermieri si sia modificato rispetto al periodo pre-Covid? Hai notato l'instaurarsi di nuove dinamiche di lavoro tra la tua professione e quella medica/quella infermieristica?
9. Dopo l'esperienza che hai svolto in sanità durante la pandemia, credi di voler svolgere la tua professione anche in futuro?