



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

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

**LA “GREAT RESIGNATION” DEI PROFESSIONISTI SANITARI:
LE RAGIONI DELL’ABBANDONO**

**THE “GREAT RESIGNATION” OF HEALTHCARE
PROFESSIONALS: THE REASONS FOR ABANDONMENT**

Relatrice: Chiar.ma Prof.ssa

Micol Bronzini

Correlatrice: Chiar.ma Prof.ssa

Elena Spina

Tesi di laurea di:

Dott.ssa Raffaella Bartesaghi

Anno Accademico 2022 – 2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 <u>IL CONTESTO</u>	11
1.1 – L’OCCUPAZIONE NELLA PA IN ITALIA.....	11
1.1.1 – L’andamento del personale.....	14
1.1.2 – I comparti delle funzioni locali, della Sanità e del Personale in regime di diritto pubblico.....	17
1.2. – IL CONTESTO EUROPEO.....	20
1.2.1 – Scenario Europeo medici e infermieri.....	20
1.3 – IL CONTESTO ITALIANO: IL PERSONALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	24
1.3.1 – L’andamento dell’occupazione nel SSN	25
1.4 Il FENOMENO DELLA “GREAT RESIGNATION”: DEFINIZIONE E NUMERI IN ITALIA	36
1.4.1 - Dimissioni di massa: la situazione in Italia.....	40
CAPITOLO 2 <u>IL FENOMENO DELLA “DESERTIFICAZIONE” NEL SSN</u>	47
2.1 IL RAPPORTO DI CITTADINANZATTIVA	48
2.2. IL XVIII RAPPORTO CREA SANITÀ.....	56
2.2. ALTRI STUDI	61
CAPITOLO 3 <u>UN FENOMENO DA CONTRASTARE</u>	69
3.1. SONO DAVVERO I MEDICI A MANCARE?	70
3.2 LA DERIVA PRIVATISTICA DELLA SANITÀ PUBBLICA: I MEDICI A GETTONE.....	73

3.3. LA QUESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO.....	76
3.4 IL BURNOUT E LA SCELTA DI ABBANDONARE LA PROFESSIONE	83
3.5. POLITICHE DI CONTRASTO ALLA CARENZA DI CAMICI	87
CAPITOLO 4_ LE RAGIONI DELL'ABBANDONO: GLI ESITI DI UN'INDAGINE.....	97
4.1. NOTA METODOLOGICA	97
4.2 LA RICERCA.....	99
4.3. LE RISPOSTE	101
4.4 ESITI DELLA RICERCA E ALCUNE CONSIDERAZIONI	119
CONCLUSIONI.....	123
Bibliografia.....	129
Allegati.....	135

INTRODUZIONE

La questione posta al centro del presente elaborato è il fenomeno delle grandi dimissioni – “*Great Resignation*” - dalla professione sanitaria nel Sistema Sanitario Nazionale di cui da un anno e mezzo a questa parte i mass-media si stanno sempre più occupando, complice la grave crisi pandemica che l’ha preceduta.

In realtà, la decisione di trattare questa tematica come conclusione del percorso universitario è stata maturata nel 2021, al secondo semestre del primo anno di corso, durante il quale la scrivente si è trovata più volte a confrontarsi con medici ospedalieri, tra cui anche direttori di dipartimento, stanchi delle condizioni lavorative in cui operavano, e che lamentavano la perdita di preziosi collaboratori, a vantaggio delle strutture private che li accoglievano. Così è nato l’interesse verso questo argomento, precursore degli scenari che stiamo vivendo oggi.

Obiettivo del presente lavoro è non solo fare un approfondimento sulle condizioni del capitale umano in sanità, ma anche quello di dare voce direttamente ai sanitari interessati, nel tentativo di fare luce sulle reali motivazioni che li hanno indotti ad orientarsi verso il privato. Intento della ricerca è quello di dare un piccolo contributo, nei limiti dell’indagine stessa, mediante una visione alternativa (quella di chi se ne è andato), sull’individuazione delle cause della grave crisi del personale pubblico e, con esso, del Sistema Sanitario Nazionale.

Il futuro del nostro Sistema Sanitario, fino a qualche anno fa considerato come faro guida per la sanità nel mondo, sia per qualità delle prestazioni che per la sua connotazione universalistica, sembra sia a rischio di estinzione. Ormai non si fa che leggere sui mass media di casi di malasanità, di ospedali ridotti all'osso per risorse umane, di episodi di violenza sui sanitari da parte di pazienti esasperati, ma anche dello stato di malessere diffuso tra gli stessi sanitari costretti a coprire turni disumani, per le ragioni più disparate. Ed è qui che si inserisce la piccola ricerca condotta dalla scrivente ed illustrata nel presente elaborato.

Entrando più nel merito, il contesto da cui siamo partiti riguarda uno sguardo sull'occupazione in generale nella Pubblica Amministrazione, della quale il comparto Sanità fa parte, uno sull'occupazione nel comparto sanitario stesso e uno sguardo sulla situazione dei sistemi sanitari europei in termini di occupazione sanitaria.

L'ambito in cui ci siamo poi focalizzati è la situazione in Italia rappresentata da più studi sul campo, dal Report di CREA Sanità a quello di Cittadinanzattiva ad altri minori elaborati da associazioni di categoria. Anche le politiche che si stanno attuando per contrastare il fenomeno è argomento che va a delineare il contesto e quelli che saranno gli scenari futuri.

Il lavoro di ricerca, invece, concerne un'indagine qualitativa effettuata su un gruppo di medici e infermieri dimissionari orientata a comprendere le motivazioni – ma anche altri aspetti correlati - che li hanno spinti a maturare la decisione di allontanarsi dal SSN. L'indagine naturalmente sconta certi limiti, essendo il gruppo esiguo e non rappresentativo dell'intera popolazione dei dimissionari ma, nel suo

piccolo, conferma le ipotesi di altri studi maggiormente strutturati e mette altresì in luce aspetti meno considerati di cui si parlerà nel capitolo dedicato.

Riguardo il metodo utilizzato per la stesura della tesi, si è partiti dal reperimento e analisi dei dati istituzionali (Ragioneria dello Stato, INPS, AGENAS etc.) a seguire si sono confrontati articoli di mass-media di settore (QuotidianoSanità.it, Trendsanità.it, Dica33.it, etc) molti dei quali contenenti interviste agli esperti e dati di pubblicazioni scientifiche. Questa attività di ricerca è stata quindi propedeutica alla progettazione e alla conduzione dell'indagine di cui al capitolo 4.

L'elaborato consta in quattro capitoli. Nel primo capitolo troveremo in primis una panoramica della situazione occupazionale nella Pubblica Amministrazione italiana, in secondo luogo il contesto dapprima europeo, grazie ai dati OCSE e poi nazionale.

Nel secondo capitolo verranno illustrati i più recenti studi riguardanti il fenomeno, in particolare il Rapporto di Cittadinanzattiva sulla desertificazione sanitaria in Italia, il XXVII Rapporto CREA Sanità che, dopo aver analizzato gli aspetti socioeconomici e demografici ed il finanziamento pubblico, tratta la tematica delle risorse umane impiegate e carenti, infine altri studi come quello sulla mobilità sanitaria della Fondazione Gimbe e della Corte dei Conti.

Nel terzo capitolo, dal titolo "Un fenomeno da contrastare", partendo dalle condizioni presenti nei luoghi di lavoro della sanità pubblica - dal burnout alla carenza di specialisti - si illustreranno quelle che sono le politiche che si stanno mettendo in campo per contrastare il fenomeno, ivi compreso il recentissimo

“Decreto Bollette” (decreto-legge 34 del 30/03/2023) convertito in legge nel mese di maggio 2023.

Il quarto capitolo è infine dedicato alla ricerca qualitativa, in particolare alla nota metodologica, alle risposte raccolte con relativa interpretazione, ad alcune considerazioni riguardanti l'indagine e agli esiti della stessa.

Ringraziamenti

Innanzitutto, ringrazio il mio relatore Prof.ssa Micol Bronzini il mio correlatore Prof.ssa Elena Spina, sempre pronte a darmi le giuste indicazioni in ogni fase della realizzazione dell'elaborato e per la loro infinita disponibilità e tempestività ad ogni mia richiesta.

Un sentito ringraziamento va al Dott. Alberto Patriti, Direttore S.C. Chirurgia Generale e Oncologica AST Pesaro-Urbino, prezioso alleato nella mia ricerca.

La mia gratitudine va poi al Dott. Luigi Meniconi e al Dott. Flaminio Otello Flamini, con i quali spesso condivido pareri e idee per svolgere al meglio il nostro lavoro di "cura", per avermi sostenuto e dato fiducia, sempre.

Un grazie particolare va a Luca, che ancora una volta ha sopportato le mie assenze.

Ringrazio con grande affetto mia madre che, nonostante tutto, seppur inconsapevole, mi ha accompagnato in questo non facile ma bellissimo viaggio.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui

Formattato: Allineato a sinistra, Rientro: Prima riga: 0 cm, SpazioDopo: 8 pt, Interlinea: 1,5 righe

CAPITOLO 1

IL CONTESTO

1.1 – L'OCCUPAZIONE NELLA PA IN ITALIA

Intento del presente paragrafo è di inserire il fenomeno oggetto del presente lavoro nel più ampio contesto dell'occupazione nella Pubblica Amministrazione, seguendo l'approccio metodologico *macro, meso e micro* studiato in sociologia. Tale prima analisi, infatti, ha lo scopo di osservare l'andamento dell'occupazione in Sanità anche in comparazione con gli altri comparti pubblici, ed è utile per comprendere il peso che la stessa assume, appunto, nell'ambito della P.A.

I dati relativi all'occupazione nella Pubblica Amministrazione italiana sono elaborati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, afferente al Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF e presentati nella pubblicazione del Conto Annuale sull'occupazione nella PA¹, che si basa sull'articolazione introdotta dal CCNQ del 13 luglio 2016 e che prevede quattro comparti (Funzioni centrali, Funzioni locali, Istruzioni e ricerca, Sanità). A questi sono stati aggiunti due comparti convenzionali (Comparto autonomo o fuori comparto e Personale in

¹ Il Conto Annuale espone i dati sulla consistenza e i costi del personale delle Pubbliche Amministrazioni e costituisce la fonte ufficiale di informazioni per le decisioni in materia di pubblico impiego da assumere nelle sedi istituzionali (fonte www.rgs.mef.gov.it)

regime di diritto pubblico), in modo da avere una rappresentazione esaustiva di tutto il pubblico impiego.

Dal Conto Annuale 2020 si nota che la distribuzione del personale (che in questo caso non comprende i lavoratori con contratti flessibili) fra i vari comparti, nel decennio 2011-2020, non è soggetta a forti variazioni da un anno all'altro. I fattori che maggiormente influenzano la distribuzione sono quelli legati al maggiore o minore ricorso della Scuola al personale non di ruolo e la variazione della consistenza dei contingenti di volontari nelle Forze armate. Altri fattori, come la maggiore o minore possibilità di realizzare il *turn over* e la reattività delle amministrazioni a coprire la quota di assunzioni consentita (anche attraverso l'utilizzo di assunzioni in deroga alla vigente normativa assunzionale), generalmente influenzano la distribuzione solo in un arco temporale sufficientemente lungo².

Considerando il solo personale stabile, la distribuzione fra i comparti risulta più uniforme, poiché nel comparto Istruzione e ricerca il personale non di ruolo della Scuola costituisce la grande maggioranza dei dipendenti di tutto il pubblico impiego che non lavorano a tempo indeterminato. Escludendo questo personale, il peso del comparto si riduce quindi di cinque punti percentuali, con conseguente aumento del peso relativo degli altri comparti. Anche il personale in regime di

²MEF, Ragioneria Generale dello Stato, Conto Annuale 2020
<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/occupazione>

diritto pubblico aumenta leggermente, nonostante nelle Forze armate ci sia l'altro gruppo consistente di personale che viene escluso in questa rappresentazione³.

Grafico 1.1 – Distribuzione fra i comparti del totale del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anno 2020 (Fonte: MEF, Ragioneria Gen. dello Stato)

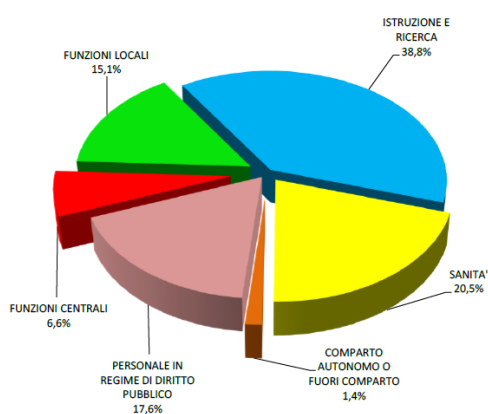
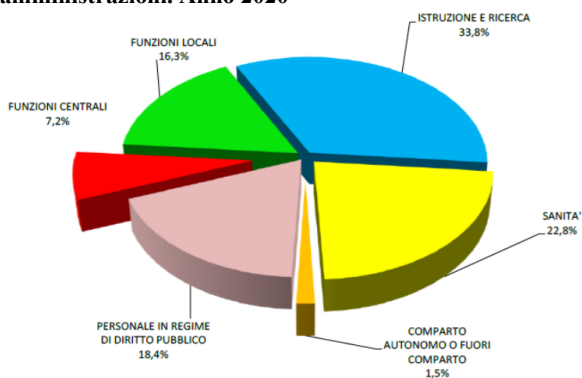


Grafico 1.2 – Distribuzione fra i comparti del personale stabile dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anno 2020



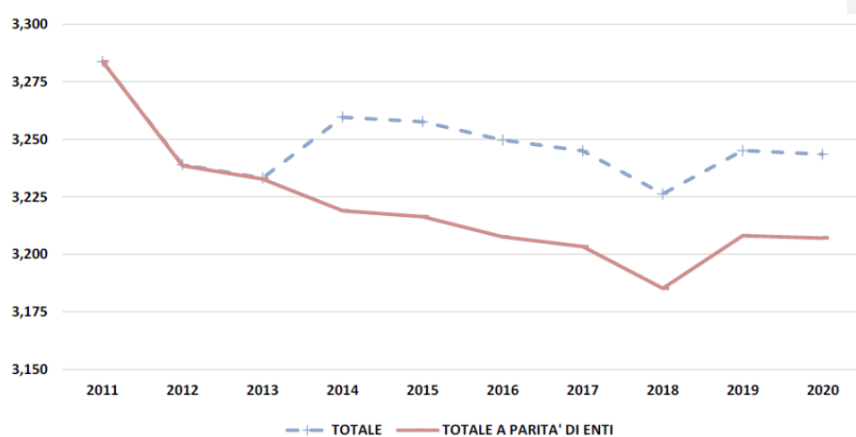
Fonte: MEF, Ragioneria Generale dello Stato

³ Idem

1.1.1 – L'andamento del personale

Rispetto al precedente anno, la forza lavoro impiegata nelle amministrazioni pubbliche nel 2020 ha avuto una riduzione di circa duemila unità, quindi percentualmente irrilevante.

Grafico 1.3 – Andamento del totale del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anni 2011-2020.



Fonte: MEF, Ragioneria Generale dello Stato

Alla fine del decennio 2011-2020 il personale impiegato dalle pubbliche amministrazioni è diminuito dell'1,2% rispetto al valore del 2011. Al netto dell'apporto degli enti acquisiti di recente nella rilevazione⁴ (il calo è più marcato ed è pari al 2,3%, corrispondente ad una contrazione assoluta di 76.760 unità. Fino agli ultimi due anni, si assiste ad un calo costante degli addetti. Tale tendenza si

⁴ Regione Siciliana ed ex Ipab di Trento nel comparto delle Funzioni locali; Ente foreste Sardegna fra gli enti ex art. 60 inseriti fra le Amministrazioni con comparto autonomo o fuori comparto ed altri enti locali

inverte nel 2019 ma si arresta l'anno successivo, dove la diffusione dell'epidemia da Covid-19 ha fatto sentire i suoi effetti anche sulle procedure di reclutamento delle amministrazioni.

Le principali determinanti di questo andamento sono da ricondurre al blocco del *turn over*, che ha interessato quasi tutto il decennio considerato, benché la sua applicazione non sia stata uniforme fra i comparti, e nella modifica delle disposizioni in materia di accesso alla pensione, che ha contribuito notevolmente al rallentamento delle uscite registrato negli anni centrali.

Tabella 1.1 – Distribuzione per comparto del totale del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anni 2011-2020.

COMPARTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FUNZIONI CENTRALI	273.300	266.306	261.893	257.078	248.629	244.601	241.120	234.137	229.034	214.335
FUNZIONI LOCALI	597.096	583.553	577.736	572.466	552.542	538.889	526.701	513.284	504.224	490.329
ISTRUZIONE E RICERCA	1.100.024	1.096.476	1.110.561	1.120.779	1.166.177	1.186.751	1.204.728	1.206.492	1.241.342	1.259.602
SANITÀ	682.542	673.416	670.241	663.796	653.477	648.733	647.061	648.508	649.523	664.686
COMPARTO AUTONOMO O FUORI COMPARTO PERSONALE IN REGIME DI DIRITTO PUBBLICO	13.794	14.112	14.204	48.312	48.871	50.137	49.996	49.496	43.220	43.985
TOTALE	3.283.784	3.238.949	3.233.121	3.259.613	3.257.608	3.249.688	3.244.994	3.226.267	3.245.112	3.243.499
TOTALE A PARITÀ DI ENTI	3.283.784	3.238.543	3.232.687	3.218.941	3.216.376	3.207.613	3.203.358	3.185.176	3.208.127	3.207.024

Fonte: MEF, Ragioneria Generale dello Stato

Tabella 1.2 – Variazioni percentuali del totale del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anni 2011-2020.

COMPARTO	2012 / 2011	2013 / 2012	2014 / 2013	2015 / 2014	2016 / 2015	2017 / 2016	2018 / 2017	2019 / 2018	2020 / 2019	2020 / 2011
FUNZIONI CENTRALI	-2,6%	-1,7%	-1,8%	-3,3%	-1,6%	-1,4%	-2,9%	-2,2%	-6,4%	-21,6%
FUNZIONI LOCALI	-2,3%	-1,0%	-0,9%	-3,5%	-2,5%	-2,3%	-2,5%	-1,8%	-2,8%	-17,9%
ISTRUZIONE E RICERCA	-0,3%	1,3%	0,9%	4,1%	1,8%	1,5%	0,1%	2,9%	1,5%	14,5%
SANITÀ	-1,3%	-0,5%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	-0,3%	0,2%	0,2%	2,3%	-2,6%
COMPARTO AUTONOMO O FUORI COMPARTO	2,3%	0,7%	240,1%	1,2%	2,6%	-0,3%	-1,0%	-12,7%	1,8%	218,9%
PERSONALE IN REGIME DI DIRITTO PUBBLICO	-1,9%	-1,1%	-0,2%	-1,6%	-1,2%	-0,9%	-0,2%	0,6%	-1,2%	-7,5%
TOTALE	-1,4%	-0,2%	0,8%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	-0,6%	0,6%	0,0%	-1,2%
TOTALE A PARITA' DI ENTI	-1,4%	-0,2%	-0,4%	-0,1%	-0,3%	-0,1%	-0,6%	0,7%	0,0%	-2,3%

Fonte: MEF, Ragioneria Generale dello Stato

Le politiche di contenimento del *turn over*, introdotte per la generalità dei comparti già prima del 2011, hanno portato da una riduzione del personale e della spesa ad esso correlata. Il protrarsi nel tempo di detta disciplina di contenimento ha determinato anche altri effetti, tra i quali un importante incremento dell'età media dei dipendenti pubblici. Il forte invecchiamento nel pubblico impiego, di cui non è esente il comparto Sanità, è conseguenza anche della modifica in senso restrittivo dei requisiti pensionistici avvenuta nella prima parte del decennio considerato.

La consistente presenza di personale di età avanzata ha determinato, negli ultimi anni del periodo considerato, una accelerazione nelle uscite dal mondo del

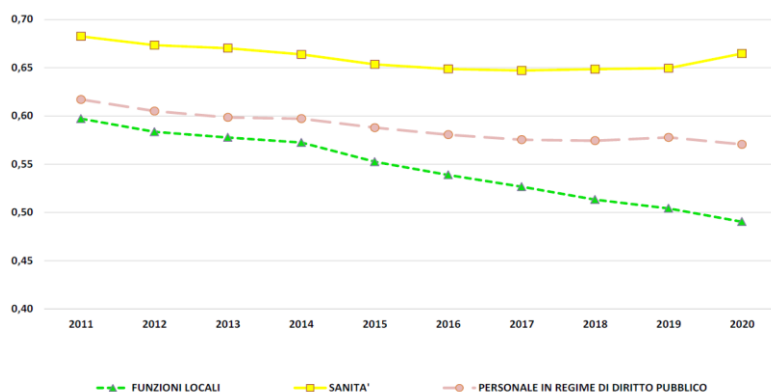
lavoro, favorito dalla possibilità di accedere al pensionamento con requisiti meno stringenti. Solo gli ultimi anni incorporano, infatti, gli effetti della riforma conosciuta come “quota 100”.

Inoltre, i meccanismi concorsuali con cui la pubblica amministrazione procede al reclutamento del personale sono stati ostacolati dalle misure necessarie per fronteggiare la crisi pandemica che hanno comportato prima la sospensione e poi il rallentamento delle attività in presenza.

1.1.2 – I comparti delle funzioni locali, della Sanità e del Personale in regime di diritto pubblico

Nel grafico che segue è rappresentato il personale dei comparti delle funzioni locali della Sanità Pubblica e del Personale in regime di diritto pubblico ed è evidente la contrazione generalizzata sull'intero decennio. Tuttavia, gli andamenti mostrano delle differenze non trascurabili.

Grafico 1.4 – Andamento del personale dei comparti Funzioni locali e Sanità e del Personale in regime di diritto pubblico. Anni 2011-2020. Dati in milioni di unità. (Fonte MEF)

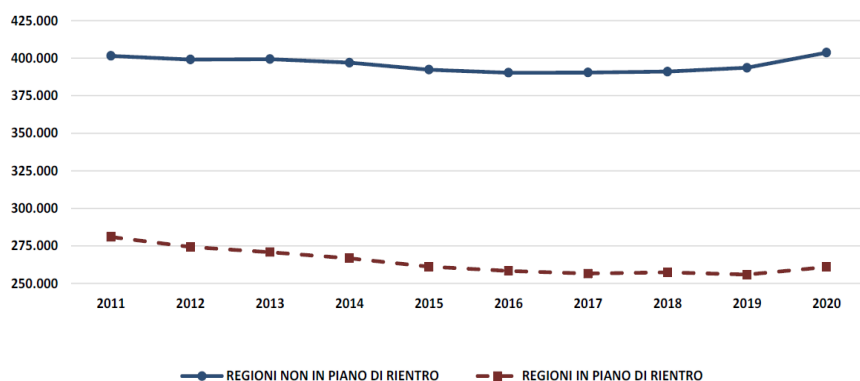


Fra il 2011 e il 2016 la Sanità registra un calo costante di tutto il personale occupato, vale a dire amministrativi, personale medico, professionisti sanitari in generale, perdendo quasi 34.000 addetti, per restare stazionaria nella seconda metà del decennio appena al di sotto dei 650.000 dipendenti. Nell'ultimo anno si assiste invece ad un consistente incremento imputabile alle misure di contrasto della pandemia.

Se nel decennio considerato il contributo della Sanità al contenimento del personale pubblico è stato rilevante (17.800 addetti), date le dimensioni del comparto, in termini percentuali la contrazione del 2,6% è fra le meno significative. Un fattore discriminante è rappresentato dalla sottoposizione o meno delle Regioni alla disciplina del piano di rientro della spesa sanitaria⁵. Dal grafico (numero del grafico) appare evidente come le regioni sottoposte a tale disciplina, anche solo per alcuni anni, abbiano realizzato per intero la riduzione del personale del comparto.

⁵ Piano di rientro della spesa sanitaria è un accordo fra lo Stato e la Regione su un programma di riordino concernente taluni fattori di spesa, tra cui le spese di personale, ed è finalizzato a ripristinare l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata. Nel grafico le regioni considerate in Piano di rientro sono: Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia, Calabria, Puglia e Piemonte, mentre la Liguria e la Sardegna sono comprese fra le regioni non in piano di rientro (fonte AGENAS, 2020)

Grafico 1.5 – Andamento del personale del comparto Sanità nelle regioni in piano di rientro e in quelle non sottoposte ai piani. Anni 2011-2020.



Fonte: MEF, Ragioneria Generale dello Stato

Bisogna considerare che per le Regioni e i Comuni le nuove disposizioni in materia di assunzioni a tempo indeterminato, di cui al decreto-legge n. 34/2019 ed ai successivi decreti attuativi⁶ a causa dell'intervenuta emergenza da Covid-19, non hanno sortire gli auspicati effetti positivi —sull'incremento del personale. La pandemia ha, infatti, determinato il rallentamento delle procedure concorsuali già in atto e il blocco di quelle da predisporre per la gran parte degli anni 2020 e 2021, con ciò ritardando e posticipando nel tempo le nuove assunzioni. A tale situazione si sono sommati gli effetti della contrazione del personale in servizio derivante dalla possibilità di beneficiare dei pensionamenti anticipati rispetto alla ordinaria normativa del settore previdenziale della c.d. "Quota 100".

⁶ decreti che hanno sostituito le facoltà assunzionali di tali enti, in precedenza basate sul *turn over*, con il nuovo principio fondato sulla sostenibilità finanziaria a regime della spesa di personale

1.2. – IL CONTESTO EUROPEO

Nel dicembre 2022 l’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) sul proprio sito istituzionale (www.agenas.gov.it) pubblica un’analisi sul personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basata su dati del Ministero dell’economia e delle finanze (Conto annuale – 2020), del Ministero della salute, Istat ed Eurostat (2019-2021) e su rilevazioni OCSE (2020).

L’elaborazione⁷ approfondisce vari aspetti relativi alla dotazione del personale del SSN: scenario europeo, differenze regionali, numero di Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta e infermieri, tasso del turnover, assunzioni durante l’emergenza Covid-19, fabbisogno per il potenziamento dell’assistenza territoriale, formazione, e stanziamento di fondi. Di seguito si propone un abstract sul contesto europeo rispetto ai medici e agli infermieri e sul contesto italiano in merito ai medici del SSN.

1.2.1 – Scenario Europeo medici e infermieri

Secondo i dati dell’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico contenuti nella pubblicazione biennale “Health at a Glance: Europe 2020”⁸ riferiti,

⁷ AGE.NA.S, *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*, ottobre 2022, www.agenas.gov.it

⁸ "Health at a Glance: Europe 2020" elaborato dall'OCSE è una pubblicazione biennale che studia il livello di efficienza dei sistemi sanitari europei attraverso una serie di indicatori chiave come: lo stato di salute dei paesi europei; le risorse e le attività sanitarie presenti sul territorio europeo; la qualità dell'assistenza sanitaria; la spesa sanitaria e i finanziamenti stanziati in ambito europeo. Il rapporto dell'OCSE prende come riferimento 35 paesi europei.

appunto, all'anno 2020 (si tratta degli ultimi dati a disposizione), il nostro Paese domina le graduatorie europee per numero di medici che praticano attivamente la professione⁹. Nel 2020 in Italia operavano 4 medici per 1.000 abitanti, contro 3,17 della Francia ed i 3,03 del Regno Unito. La Spagna aveva un valore simile all'Italia (4,58), mentre in Germania si registravano 4,47 medici per 1.000 abitanti.

Diverso discorso per quanto riguarda gli infermieri per i quali, al contrario, in Italia si registra un tasso di gran lunga inferiore alla media europea: nel 2020 nel nostro Paese operavano 6,2 infermieri per 1.000 abitanti, contro i 18 di Svizzera e Norvegia, gli 11 della Francia, i 13 della Germania e gli 8,2 del Regno Unito.

Dalla tabella e dalla figura che seguono risulta che il numero dei medici, in rapporto alla popolazione residente in Italia, è superiore alla media dell'UE (4,0 rispetto al 3,8 per 1.000 abitanti), mentre impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale, presentando un gap di -2,6 infermieri ogni 1000 abitanti rispetto alla media europea (tabella 1.3 e grafico 1.6).

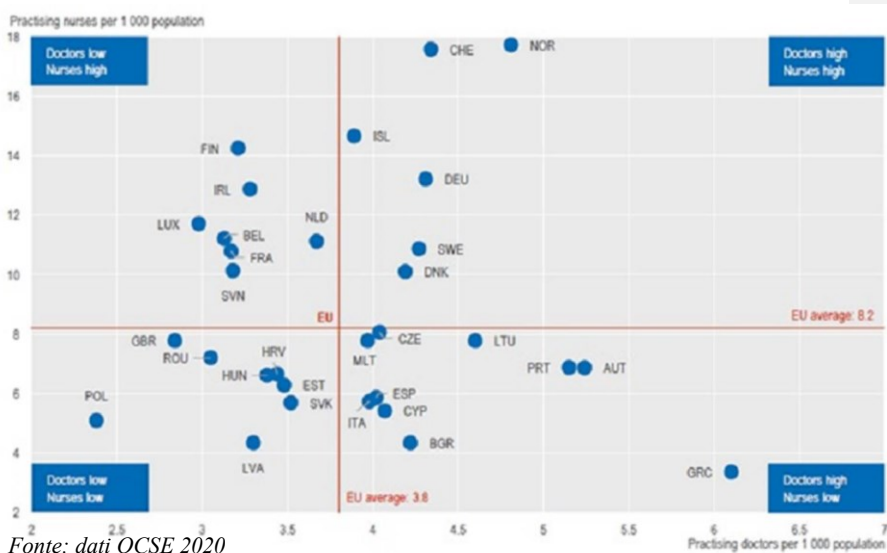
Tabella 1.3 – Numero di medici e infermieri per 1000 abitanti, differenza tra Italia e media europea

	Italia	Media europea	Differenza tra Italia e media europea
n. di medici per 1000 abitanti	4,0	3,8	+ 0,2
n. di infermieri per 1000 abitanti	6,2	8,8	-2,6

Fonte: dati OCSE 2020

⁹ Nel rapporto non è specificato, per cui si ipotizza che trattasi del totale dei medici iscritti all'ordine, quindi sia del pubblico che del privato

Grafico 1.6 – Rapporto Medici e Infermieri



Fonte: dati OCSE 2020

In sintesi, dal confronto con le medie EU emerge come nel 2020 il personale sanitario italiano, rapportato alla popolazione, è caratterizzato da un numero complessivo di medici congruo e da un numero di infermieri insufficiente. Nell'ambito del personale medico risultano carenti alcune specializzazioni, in particolare i medici di medicina generale, che, sebbene rapportati alla popolazione siano apparentemente sufficienti, sono inferiori rispetto alle medie EU, non omogeneamente distribuiti sul territorio e molto scarsi nelle aree a bassa densità abitativa o caratterizzate da condizioni orografiche o geografiche disagiate¹⁰.

¹⁰ AGE.NA.S, *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*, ottobre 2022, www.agenas.gov.it

In molti paesi la preoccupazione principale è la carenza di medici di medicina generale (MMG), presente soprattutto nelle aree rurali e geograficamente remote. Negli ultimi anni, nonostante il numero complessivo di medici sia aumentato in quasi tutti i paesi UE, la quota di MMG è diminuita nella maggior parte dei paesi. Nell'ultimo decennio diversi stati hanno incrementato il numero di posti di formazione post-laurea in medicina generale. Ne è un esempio la Francia, dove dal 2017 circa il 40% di tutti i nuovi posti per la formazione specialistica è stato assegnato alla medicina generale, una percentuale più elevata rispetto alla maggior parte degli altri paesi europei. Tale misura, si legge nel rapporto Agenas, ha avuto una efficacia limitata, perché qui come in altri paesi, risulta sempre più difficile attrarre un numero di laureati in medicina sufficiente a ricoprire i posti disponibili per la medicina generale. Le motivazioni sembrerebbero legate alla retribuzione e al basso livello di prestigio percepito nel ruolo di MMG (OCSE, 2019).

Sul versante della professione infermieristica, in molti paesi le preoccupazioni per le crescenti carenze degli infermieri hanno indotto azioni per aumentare la formazione di nuovi infermieri. L'Italia è al quart'ultimo posto tra i paesi OCSE per il numero di posti a disposizione negli atenei per la laurea in Infermieristica. Hanno un numero di posti più basso solo Messico, Colombia e Lussemburgo. Alcuni paesi hanno affrontato le attuali carenze anche reclutando infermieri dall'estero (OCSE, 2019).

Alcuni paesi hanno affrontato la carenza di medici iniziando ad implementare ruoli più avanzati per gli infermieri, sia in ospedale sia nelle cure

primarie. Si è dimostrato che nelle cure primarie, in paesi come la Finlandia, il Regno Unito e l'Irlanda gli infermieri con competenze avanzate possono ottimizzare l'accesso ai servizi e ridurre i tempi di attesa, fornendo al contempo la stessa qualità delle cure offerte dai medici, per una vasta gamma di pazienti, compresi quelli con malattie minori e quelli che necessitano di controlli di routine.¹¹ (Maier et al., 2017).

Rendere attrattiva la professione infermieristica e medica rimane pertanto un tema fondamentale nella maggior parte dei paesi per evitare carenze future.

1.3 – IL CONTESTO ITALIANO: IL PERSONALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Come sappiamo, il personale dipendente dal SSN è composto dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello degli Istituti di ricovero a gestione diretta), dal personale delle Aziende Ospedaliere, dal personale delle Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

¹¹ Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>

L'andamento dell'occupazione nel SSN viene analizzato dall'Ufficio Statistico dell'AGENAS – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali. Qui di seguito riportiamo gli ultimi aggiornamenti pubblicati nell'ottobre 2022¹².

Nell'anno 2020 il personale dipendente del SSN totalizzava 617.466 unità di cui 68,7% donne e 31,3% uomini. Rispetto all'anno 2019 esso risultava aumentato di 13.610 unità, pari al 2,3% del totale, a seguito dell'emergenza Covid.

A livello nazionale, la composizione per ruolo è così strutturata: il 72,3% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,8%, dal ruolo tecnico, il 9,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,2% dal ruolo professionale.

Nel ruolo sanitario le unità con profilo infermieristico rappresentano il 59,3% del totale, i medici e gli odontoiatri il 23,1% mentre il restante 17,6% è costituito da altre figure professionali sanitarie, quali: altro personale laureato; dirigente delle professioni sanitarie; personale tecnico – sanitario; personali funzioni riabilitative; personale vigilanza-ispezione.

1.3.1 – L'andamento dell'occupazione nel SSN¹³

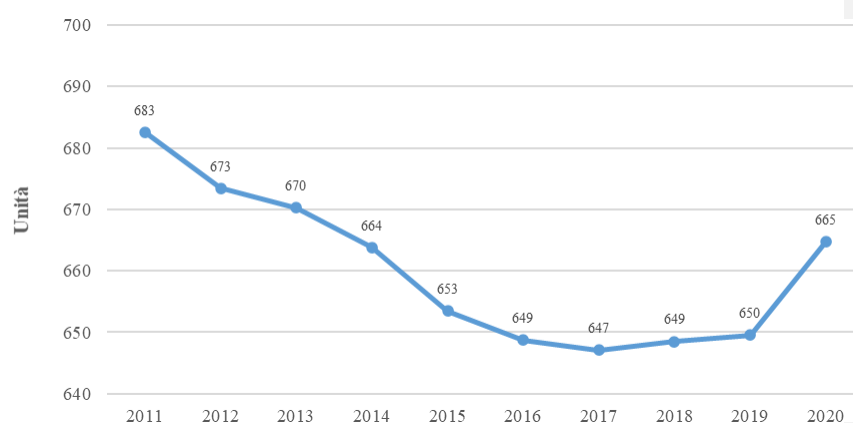
Il Servizio Sanitario Nazionale ha registrato dall'anno 2011 all'anno 2020 una diminuzione complessiva dell'occupazione. Nel 2020, come accennato, si osserva un leggero aumento degli occupati, determinato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19. Con i decreti emergenziali nn. 18,

¹² Dati AGE.NA.S, *“Il Personale del Sistema Sanitario Nazionale”*, 2022

¹³ Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF, 2020

34 e 104 del 2020, infatti, sono state introdotte misure straordinarie di reclutamento del personale per far fronte alla menzionata emergenza. Il relativo andamento è rappresentato nel grafico n. 1.7.

Grafico 1.7 - Andamento dell'occupazione nel periodo 2011/2020 – personale medico.



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato – MEF

Il personale medico e il personale non dirigente replicano tale andamento:

- i medici registrano una diminuzione di 3.302 unità (-2,8 %) da 115.449 del 2011 a 112.147 unità del 2020;
- il personale non dirigente diminuisce dalle 545.704 del 2011 alle 532.576 unità nel 2020, con una riduzione del 2,4% (-17.856 unità).

I dirigenti non medici e la macrocategoria “altro personale” (direttori

generali e personale contrattista) sono le figure che hanno registrato decrementi maggiori (rispettivamente del 9,5% e 35,6%).

La tabella n. 1.4 presenta i dati di dettaglio.

Tabella 1.4 – Andamento dell’occupazione nel periodo 2011/2020 – medici, dirigenti non medici, personale non dirigente ed altro personale

Macrocategoria	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Medici	115.449	114.640	113.803	112.741	110.909	110.512	110.888	111.652	112.146	112.147
Dir.ti non medici	20.042	19.775	19.477	19.088	18.549	18.273	18.019	17.911	17.961	18.138
Non dirigente	545.704	537.712	535.669	530.739	522.921	518.840	517.144	518.043	518.533	532.576
Altro personale	1.347	1.289	1.292	1.228	1.098	1.108	1.010	902	877	867

Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF

Tale andamento è il risultato delle misure di contenimento della spesa di personale che ininterrottamente si sono succedute a partire già dal triennio 2005/2007. Va evidenziato che gli enti del SSN, a differenza di altri settori del pubblico impiego, non sono sottoposti ad un limite assunzionale da *turn over* ma ad un vincolo di spesa.

L’articolo 2, comma 71, della legge 191/2009, confermando l’articolo 1, comma 565 della legge 296/2006, riproposto inoltre da successive disposizioni efficaci fino al 2020 (salvo quanto modificato dal 2019 dal cd. D.L. Calabria), prevede che gli enti del SSN concorrano alla realizzazione degli obiettivi di contenimento della spesa pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese del personale, non superino il corrispondente ammontare dell’anno 2004

diminuito dell'1,4%, al netto delle spese per arretrati e per rinnovo dei CCNL, nonché delle spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, oltre che delle spese relative alle assunzioni per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati da un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale. Al fine della verifica del superamento del limite finanziario, la norma del 2009 impone, infatti, di considerare anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

Inoltre, il DL n. 98/2011 e s.m.i., ha stabilito che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa o, in caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale ovvero una variazione dello 0,1 % fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge n. 191/2009.

Con il decreto-legge n. 35/2019 c.d. D.L. Calabria, convertito, con modificazioni, in legge n. 60/2019, viene definito il nuovo parametro di spesa per il personale del SSN.

Pertanto, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità

finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la percentuale è pari al 10% per ciascun anno. Per il medesimo triennio, qualora nella singola regione emergano oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima regione un'ulteriore variazione del 5% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Dall'anno 2022, i suddetti incrementi di spesa sono subordinati all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, in coerenza con quanto stabilito dal DM N. 70/2015, e con la Legge n. 145/2018

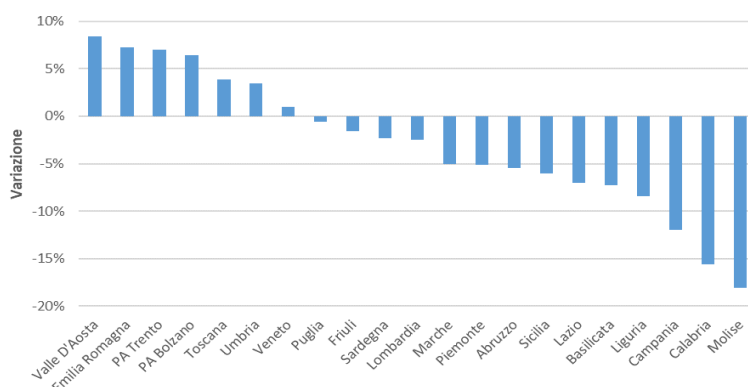
La norma, in definitiva, ha rivisto i predetti limiti alla spesa di personale

del SSN salvaguardando allo stesso tempo l'equilibrio economico finanziario del sistema, nel quadro del rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e consente di superare la carenza di personale del SSN, determinatasi nel corso degli anni a causa del blocco del turnover e dei limiti di spesa previsti dalla previgente legislazione in materia assunzionale.

Ulteriori e più stringenti vincoli in materia, sono declinati negli specifici programmi delle regioni sottoposte ai piani di rientro dal deficit sanitario.

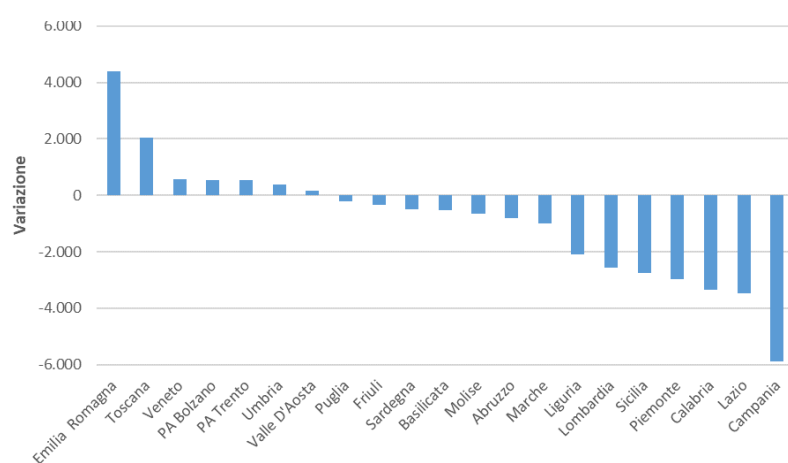
Nel grafico che segue si evidenzia la variazione percentuale della distribuzione geografica del personale del SSN tra gli anni 2011 e 2020. Le regioni dove si rileva una notevole diminuzione del personale sono il Molise, la Campania, la Calabria e la Liguria. Viceversa, la Valle d'Aosta, l'Emilia-Romagna e la Provincia Autonoma di Trento registrano un deciso incremento del personale. Altre regioni, quali ad esempio Puglia e Friuli-Venezia Giulia, presentano, invece, un andamento dell'occupazione in leggero calo.

Grafico 1.8 – Variazione percentuale dell'occupazione in ambito territoriale anni 2011 e 2020 (Ragioneria Generale dello Stato – MEF)



Il grafico 1.9 mostra altresì la variazione del personale in servizio in termini assoluti nel periodo considerato.

Grafico 1.9 – Variazione assoluta dell’occupazione in ambito territoriale anni 2011 e 2020



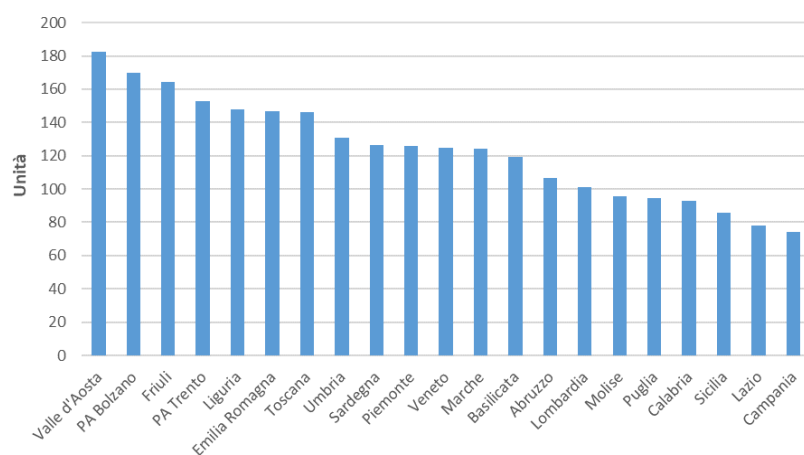
Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF

La riduzione di personale è particolarmente significativa soprattutto nelle regioni che, come detto, attuano o hanno attuato percorsi di risanamento della spesa sanitaria. Pertanto, il dato medio complessivo di riduzione del personale dell’intero comparto sconta al suo interno una significativa varianza tra le regioni soggette a piani di rientro e regioni, invece, in equilibrio finanziario.

Il grafico n. 1.10 indica il numero dei dipendenti ogni 10.000 abitanti riferito al 2020. La Valle d’Aosta, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli-

Venezia Giulia registrano i valori più alti. La Campania registra il valore più basso.

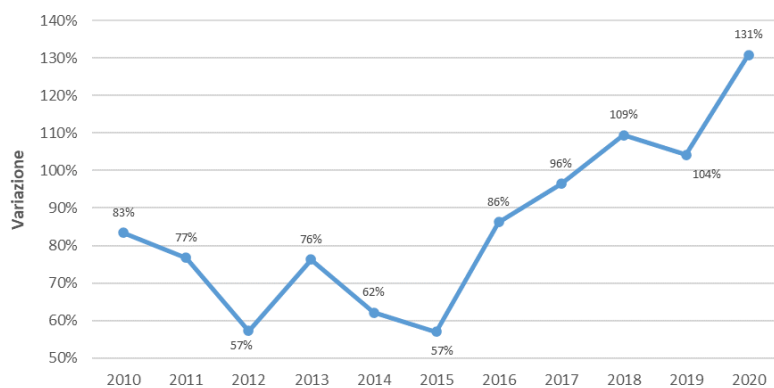
Grafico n. 1.10 – Numero dipendenti ogni 10.000 abitanti.



Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF

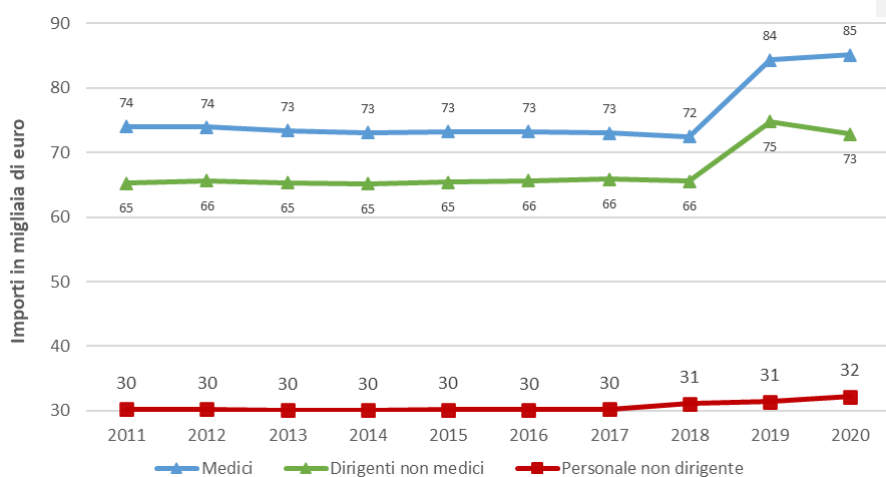
Il grafico che segue indica il rapporto tra il personale assunto e quello cessato nel periodo 2011/2020.

Grafico 1.11 – Rapporto assunti/cessati dal 2011 al 2020



A seguire, il grafico con l'andamento nel periodo in esame della retribuzione media annuale, calcolata al lordo degli oneri posti a carico del dipendente, del personale del comparto, suddiviso per macrocategoria.

Grafico 1.12 – Andamento della retribuzione media per macrocategoria – anni 2011/2020



Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF

L'andamento della retribuzione media è pressoché costante a causa del blocco della contrattazione collettiva nazionale nel periodo 2010/2015, che ha lasciato immutate le retribuzioni del personale dipendente. Le variazioni registrate nella retribuzione media dopo il 2010, sono pertanto da imputarsi alla diversa composizione del personale a seguito delle cessazioni dal servizio, solo in parte ricoperte da nuove assunzioni, per effetto delle limitazioni imposte al *turnover*. Ad analoghe conclusioni si giunge analizzando i rapporti tra le retribuzioni in godimento nelle varie macrocategorie di personale (tabella 1.5),

che appaiono costanti lungo tutto l'arco temporale considerato¹⁴.

Tabella 1.5 – Rapporto tra le retribuzioni del personale distinto per macrocategoria.

Rapporto retribuzione	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dir.ti non med / Medici	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Dir.ti non med / Non dirigenti	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,4	2,3
Medici / Non dirigenti	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,7	2,6

Dati Ragioneria Generale dello Stato – MEF

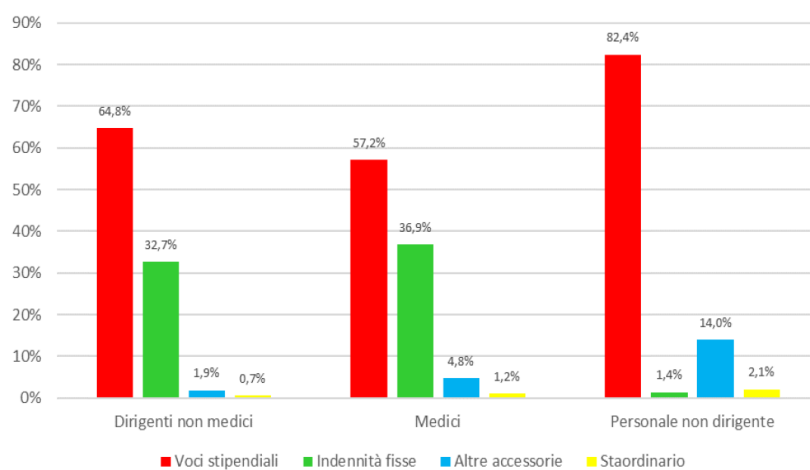
Dal grafico n. 1.12 si rileva un aumento della retribuzione media nel 2019 per i dirigenti medici e non medici (farmacisti, biologi, chimici etc.). L'aumento è dovuto al rinnovo contrattuale del triennio 2016-2018 sottoscritto in data 19/12/2019, considerato che per gli enti del SSN la rilevazione del costo di personale avviene secondo il criterio della competenza economica. Si precisa che nella categoria dei dirigenti non medici sono inclusi i dirigenti (non sanitari) professionali tecnici ed amministrativi – PTA (avvocati, ingegneri e architetti, dirigenti amministrativi...) il cui rinnovo contrattuale 20–6 - 2018 è intervenuto nel dicembre 2020. Essendo un numero molto contenuto, la suddetta categoria non influenza particolarmente la retribuzione media della categoria dirigenti non medici.

¹⁴ Cfr. Idem

La predetta retribuzione media prende in considerazione anche la voce dell'indennità di esclusività atteso che dal 1° gennaio 2019 viene considerata quale componente del trattamento fondamentale.

Il grafico n. 1.13 descrive, per il 2020, la composizione per macrocategoria della retribuzione media delle seguenti voci: stipendio, indennità, altre voci accessorie e compenso per lavoro straordinario.

Grafico 1.13 – Composizione della retribuzione nel 2020



Fonte Ragioneria Generale dello Stato - MEF

1.4 IL FENOMENO DELLA “GREAT RESIGNATION”: DEFINIZIONE E NUMERI IN ITALIA

Il termine *Great Resignation* è stato utilizzato la prima volta nel 2021 negli USA da Anthony Klotz, professore di Management alla Mays Business School della Texas A&M University, per indicare il fenomeno, verificatosi negli Stati Uniti, delle grandi dimissioni o dimissioni “di massa”¹⁵ che coinvolge un numero crescente di persone che decidono di lasciare il loro lavoro. Il fenomeno inizialmente interessava gli Stati Uniti ma progressivamente è andato espandendosi anche in Europa compresa l’Italia.

Secondo i dati del Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti, ad agosto 2021 è stato raggiunto il valore record di 4,6 milioni di americani che hanno lasciato volontariamente il lavoro. Dalla primavera 2021 il valore medio è stato di 4 milioni circa. Nel Regno Unito la crisi del personale si sta aggravando: a ottobre 2021 un numero considerevole di imprese ha affermato che la mancanza di personale sta compromettendo la loro capacità di operare.

Uno studio di McKinsey¹⁶ pubblicato nel settembre 2022, che ha coinvolto quasi 6mila persone in età lavorativa di Australia, Canada, Singapore, Regno Unito e Stati Uniti, ha rilevato che il 36% di chi si era dimesso nei 6 mesi

¹⁵ F. MARUCCIO, 23/03/2023, Rivista Leadership&Management, “The “Great Resignation”: fenomeno epocale o normale avvicendamento nel mercato del lavoro?” da <https://bit.ly/LeadershipManagementMagazine>

¹⁶ A. DE SMET et al., “Great Attrition’ or ‘Great Attraction’? The choice is yours”, Trimestrale McKinsey, 3 Settembre 2021, <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/great-attrition-or-great-attraction-the-choice-is-yours>, 8 settembre 2021

precedenti non aveva ancora trovato un nuovo lavoro. Ciò si differenzia dai precedenti andamenti di regressione e ripresa, in quanto il fenomeno delle dimissioni spinge le persone a fare un vero e proprio salto nel buio, e sta mettendo in luce il fatto che i datori di lavoro potrebbero non essere in contatto con quanto siano stati difficili gli ultimi due anni per i loro lavoratori.

Sempre secondo la ricerca McKinsey il 40% dei lavoratori a livello mondiale è intenzionato a cambiare lavoro nei prossimi 4-6 mesi, il 53% dei datori di lavoro afferma di subire un turnover volontario maggiore rispetto agli anni precedenti, e mentre il 64% si aspetta che anche nei mesi successivi il problema continui, o peggiori. La *Great Resignation*, o, come la chiama McKinsey il “*Great Attrition*”, è quindi qualcosa con cui le imprese dovranno continuare a fare i conti.

Anche lo studio dell’IBM Institute for Business Value (IBV)¹⁷ condotto su oltre 14.000 persone in tutto il mondo, ha evidenziato che nel 2020 1 dipendente su 5 ha cambiato volontariamente lavoro - Generazione Z (33%) e Millennial (25%) rappresentano le fasce di età che più si sono messe in gioco - e che 1 persona su 4, a livello globale, intendeva cambiare posto di lavoro nel 2021. Inoltre, anche chi aveva cambiato lavoro nel 2020 era possibile che fosse comunque alla ricerca di nuove opportunità nel 2021.

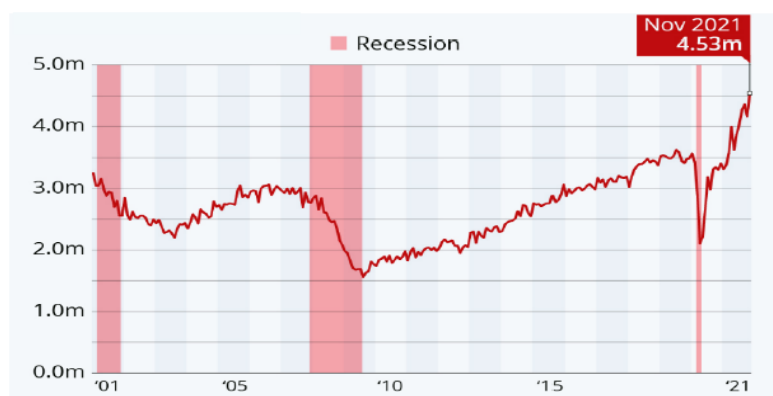
Alla luce di questi dati potremmo definire “epocale” ciò che sta succedendo negli USA e dovremmo non più inquadralo nella dinamica

¹⁷ PIACENTINI P., “Studio IBM: nel 2021 cambieremo lavoro e ci dedicheremo ad accrescere le nostre competenze”, 21 febbraio 2021, <https://it.newsroom.ibm.com/Study2021SkillsGrowth>

fisiologica della ricollocazione dei lavoratori all'interno del mercato del lavoro (cambio lavoro) bensì considerarlo secondo un'ottica di vera e propria "fuga dal lavoro".

Se invece analizziamo il fenomeno in un arco temporale più lungo (2000-2021), ne deriva un risultato in parte diverso. Dai rapporti del Bureau of Labor Statistics degli Stati Uniti sull'andamento delle dimissioni negli USA nel ventennio 2000-2021¹⁸ si evidenzia un trend abbastanza regolare, ad indicare che il fenomeno delle dimissioni volontarie non riguarda solo l'ultimo periodo, ma era già presente nel corso della storia americana degli ultimi 20 anni.

Grafico 1.-4 - Numero di persone che si sono dimesse dal proprio lavoro negli Stati Uniti, dato destagionalizzato



Fonte: U.S. Bureau of Labor Statistics

¹⁸Dato riportato su BRUNETTA R, TIRABOSCHI M. "Grande dimissione: fuga dal lavoro o narrazione emotiva?", Working Paper ADAPT University Press n. 6/2022 <https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/workingpaperseiventiduetiraboschibrunetta.pdf>

Sul “Working Paper” n. 6/22 dell’ADAPT¹⁹ – Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del Lavoro e sulle Relazioni Industriali, dal titolo “*Grande dimissione: fuga dal lavoro o narrazione emotiva?*”²⁰, gli autori, rifacendosi a quanto pubblicato dal World Economic Forum, asseriscono che alcuni aspetti, come la possibilità di gestire più flessibilmente il proprio orario e luogo di lavoro “*erano [aspetti] già latenti prima della pandemia, la quale avrebbe solo accelerato il processo con l’esplosione del remote working e reso questi elementi maggiormente determinanti nella scelta di non continuare con la carriera professionale corrente*”. Gli autori proseguono, sempre rifacendosi alla WEF e anche alla Harvard Business Review, sostenendo come il fenomeno “*è stato particolarmente diffuso, almeno in America, tra i c.d. white collar workers e i mid-career employees, ossia quei lavoratori impegnati in mansioni amministrative e manageriali facilmente eseguibili, con il supporto di adeguata strumentazione tecnologica e formazione al lavoro per obiettivi, anche al di fuori del perimetro*”. La pubblicazione conclude mettendo in evidenza come il fenomeno delle grandi dimissioni in America, ma anche in Europa, riguarda soprattutto i lavoratori provenienti da settori tech e della sanità animati dall’intento di ricercare un’alternativa che permettesse loro il raggiungimento di un miglior equilibrio vita-lavoro o, comunque, rispondesse meglio alle proprie necessità.

¹⁹ L’ADPT è un’associazione senza fini di lucro, fondata da Marco Biagi nel 2000 “per promuovere, in una ottica internazionale e comparata, studi e ricerche nell’ambito delle relazioni industriali e di lavoro”

²⁰ Autori della pubblicazione sono l’allora Ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta ed il Prof. Michele Tiraboschi dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - <https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/workingpaperseiventiduetiraboschibrunetta.pdf>

Ancora, nei settori dell'ospitalità e della ristorazione, a fronte di un altro numero di dimissioni, si è avuto un ingresso di nuova forza lavoro più consistente. Sempre in America, infine, circa il 30 per cento delle donne che hanno cambiato lavoro negli ultimi due anni hanno migliorato le proprie condizioni lavorative sia economiche, con salari più elevati, che occupazionali, cioè maggiormente agevoli. Ciò nonostante, nel mercato del lavoro americano, anche per ragioni di cura familiare, è uscito dall'occupazione circa un milione di donne.

1.4.1 - Dimissioni di massa: la situazione in Italia

In Italia il fenomeno ereditato dagli USA ha avuto dimensioni minori. Secondo il 5° Rapporto Censis-Eudaimon²¹ sul welfare aziendale²², nei primi nove mesi del 2021 si sono registrate 1.362.000 dimissioni volontarie in Italia, con un incremento del 29,7% rispetto allo stesso periodo del 2020. Tuttavia, va ribadito che nel 2020, causa incertezza dovuta al periodo pandemico, la mobilità tra i lavoratori si è assolutamente ridotta e, pertanto, il raffronto deve tener conto di questa peculiarità²³.

²¹ Il Censis svolge attività di ricerca, consulenza e assistenza in campo socio-economico; l'Eudaimon lavora dal 2002 a fianco delle imprese per promuovere il benessere dei loro collaboratori e per sviluppare al massimo tutte le potenzialità del welfare aziendale.

²² <https://www.censis.it/lavoro/5%C2%B0-rapporto-censis-eudaimon-sul-welfare-aziendale>, 9 Marzo 2022

²³ Dato riportato sul Comunicato stampa Censis, "Lavoro: la Great Resignation italiana è rinviata", <https://www.censis.it/lavoro/lavoro-la-great-resignation-italiana-%C3%A8-rinviata>, 09 Marzo 2022

Nella comparazione tra il dato a consuntivo 2021 con quello del 2019 ricavato dal Rapporto annuale del 2022 sulle comunicazioni obbligatorie inoltrate dai datori di lavoro²⁴, rileviamo una cessazione di contratti di lavoro per dimissioni volontarie da 1.839.747 nel 2019 a 2.045.200 nel 2021, facendo registrare una crescita dell'11,6%. Tale aumento, molto probabilmente, contiene anche una percentuale "ritardata" di dimissioni previste nel 2020 che in realtà, causa pandemia, potrebbero essersi poi realizzate nel 2021, andando a relativizzare ulteriormente l'aumento registrato nel 2021 rispetto al 2019.

L'Osservatorio sul precariato dell'Inps nel mese di marzo 2023²⁵ ha pubblicato i dati che ribadiscono che il boom delle dimissioni è una realtà anche per l'Italia. Nell'anno 2022 le cessazioni sono state 7.617.318, in aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (+16% - nei primi 6 mesi il dato registrava un +36% -) per tutte le tipologie contrattuali: contratti stagionali (+18%), contratti intermittenti (+27%), contratti in apprendistato (+14%), contratti a tempo determinato (+18%), contratti a tempo indeterminato (+12%) e contratti in somministrazione (+11%). Ma quello che salta all'occhio, già evidente dai precedenti rapporti, è che tra le ragioni di fine del contratto le dimissioni hanno un peso rilevante: si parla infatti di 2.156.081 casi con un aumento del 31% rispetto allo stesso periodo del 2019, cioè pre-pandemico (1.641.181 dimissioni). Analizzando poi solo i tempi indeterminati la crescita di dimissioni nel 2022

²⁴ Il Rapporto annuale sulle Comunicazioni Obbligatorie 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali è consultabile sulla sezione Studi e Statistiche del sito <https://www.lavoro.gov.it/>, 27 maggio 2022

²⁵ Report gennaio-dicembre 2022, INPS, Osservatorio del Precariato, 23 marzo 2023 <https://www.inps.it/it/dati-e-bilanci/osservatori-statistici-e-altre-statistiche/report-cartaceo.html>

(1.255.706) rispetto al 2019 (1.012.637) è del 24% (mentre rispetto al 2021 risulta essere soltanto del 9.74%).

Tabella 1.6 – Serie storica cessazioni contratti a tempo indeterminato per causa gennaio-dicembre

	Licenziamento di natura economica	Licenziamento di natura disciplinare	Dimissioni	Risoluzione consensuale	Altre Motivazioni *	Totale
2019	504.264	80.876	1.012.637	34.096	129.587	1.761.460
2020	248.376	85.037	898.234	32.509	107.738	1.371.894
2021	267.878	106.749	1.144.271	53.649	94.775	1.667.322
2022	377.423	116.569	1.255.706	29.073	84.822	1.863.593

Fonte: Osservatorio sul Precariato INPS, Report mensile Gennaio – Dicembre 2022

Nella pagina seguente è riportata la tabella INPS relativa alla cessazione per tipologia anni 2021-2022.

TAB. 11 – CESSAZIONI NEL TRIMESTRE PER TIPOLOGIA - ANNI 2021 E 2022

Tipologia Cessazione	Licenziamento di natura economica		Licenziamento di natura disciplinare		Dimissioni		Fine contratto		Risoluzione consensuale		Altre Motivazioni*		Totale	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
	1 TRIMESTRE													
Cessazioni a tempo indeterminato	38.713	102.829	20.959	31.612	227.862	311.217			13.615	6.928	20.203	22.383	321.352	474.869
Cessazioni di rapporti a termine	13.125	22.950	4.915	15.500	58.784	108.484	282.466	365.983	730	1.273	21.292	28.734	381.312	542.924
Cessazioni di apprendisti	2.752	6.035	3.097	5.178	34.582	38.779	648	915	211	251	1.319	1.536	32.609	52.694
Cessazioni di rapporti stagionali	892	2.590	67	1.086	1.113	4.422	50.599	100.718	54	294	1.319	2.846	54.121	111.956
Cessazioni di rapporti in somministrazione	1.860	4.235	850	2.070	21.072	34.815	147.267	192.083	13	48	4.047	5.953	175.109	238.205
Cessazioni di rapporti con contratto intermittente	619	1.659	187	474	8.321	16.360	55.317	96.956	123	340	2.978	5.713	68.145	121.502
Totale	57.961	140.298	30.075	55.920	341.734	514.077	536.897	736.655	14.746	9.135	51.235	67.165	1.032.648	1.543.250
2 TRIMESTRE														
Cessazioni a tempo indeterminato	45.889	86.754	23.181	29.466	283.118	319.224			13.323	7.920	23.263	21.459	388.754	464.823
Cessazioni di rapporti a termine	19.281	26.505	8.124	19.986	100.394	137.932	377.588	485.873	1.083	1.414	30.813	36.332	537.283	708.042
Cessazioni di apprendisti	3.232	5.172	3.710	5.498	36.798	43.426	1.194	1.463	331	226	1.956	1.979	47.321	56.764
Cessazioni di rapporti stagionali	5.053	6.258	1.369	6.016	10.872	19.880	82.559	115.522	259	549	5.658	6.881	106.170	155.106
Cessazioni di rapporti in somministrazione	3.275	6.255	1.061	3.007	31.772	38.591	165.934	206.913	10	26	5.335	5.661	207.377	260.453
Cessazioni di rapporti con contratto intermittente	1.313	2.101	391	819	15.603	19.344	98.860	151.520	402	449	7.739	8.596	124.308	182.629
Totale	78.023	133.045	37.836	64.792	478.357	577.397	726.535	961.291	15.408	10.584	74.754	80.908	1.411.113	1.828.017
3 TRIMESTRE														
Cessazioni a tempo indeterminato	72.250	83.702	29.649	27.620	292.540	310.088			9.134	5.370	22.997	19.192	426.570	445.982
Cessazioni di rapporti a termine	21.893	25.643	14.390	18.729	114.398	125.013	530.187	598.680	1.517	1.517	39.096	37.598	721.481	807.180
Cessazioni di apprendisti	4.894	5.947	5.328	5.573	40.853	42.609	3.257	3.291	309	227	1.832	1.563	56.473	59.210
Cessazioni di rapporti stagionali	7.613	6.375	4.344	6.357	33.013	25.602	399.273	414.861	600	746	14.790	14.772	449.633	468.713
Cessazioni di rapporti in somministrazione	4.066	4.244	1.411	3.092	32.658	34.884	215.638	233.738	12	12	6.093	6.127	259.878	272.097
Cessazioni di rapporti con contratto intermittente	1.276	1.793	493	608	15.859	17.531	133.042	156.698	300	283	7.937	8.142	158.907	185.055
Totale	111.992	127.704	55.615	61.989	519.321	555.727	1.281.397	1.397.268	11.872	8.155	92.745	87.394	2.072.942	2.238.237
4 TRIMESTRE														
Cessazioni a tempo indeterminato	111.046	104.138	32.960	27.861	340.751	315.177			17.577	8.855	28.312	21.788	530.646	477.819
Cessazioni di rapporti a termine	24.356	24.081	15.498	17.820	119.157	103.373	527.889	552.127	1.241	985	37.716	34.044	725.657	732.430
Cessazioni di apprendisti	6.020	5.814	5.502	5.638	41.098	36.985	1.440	1.319	316	239	1.822	1.437	56.198	51.432
Cessazioni di rapporti stagionali	4.115	2.227	1.068	1.263	5.242	4.395	220.552	248.487	188	173	5.702	6.334	236.867	262.879
Cessazioni di rapporti in somministrazione	3.510	7.197	1.640	2.843	40.852	34.078	256.887	337.390	72	29	6.646	5.674	308.607	287.111
Cessazioni di rapporti con contratto intermittente	1.800	2.479	681	630	17.343	14.872	157.666	169.054	276	261	8.492	8.747	186.338	196.043
Totale	150.927	145.936	57.349	56.055	563.643	508.880	1.164.034	1.208.377	19.670	10.542	86.690	78.024	2.044.313	2.007.814

Possiamo quindi concludere dicendo che in Italia il fenomeno delle “Grandi Dimissioni” è senz’altro presente, ma ha numeri diversi da quanto accade negli USA.

Spiega Fabrizio Pirro, docente di Sociologia del lavoro all’Università di Roma La Sapienza, che innanzitutto va fatta un’analisi più dettagliata di questi dati per capire chi si licenzia, con quale livello d’istruzione e per quali tipi di lavoro²⁶. Un’analisi accurata metterebbe meglio in luce i motivi dei licenziamenti, separando quelli apparentemente “*immotivati*” da quelli motivati dall’aver trovato un’offerta di lavoro meglio retribuita o più soddisfacente.

Sempre secondo il professore “*non si può dire che esista un unico fenomeno Great Resignation che vale per tutto l’Occidente, perché ogni realtà sociale e mercato del lavoro è diverso e banalmente tra Italia e Stati Uniti ci sono molte differenze*”.

Tuttavia, quest’ultimi dati, per Pirro, sembrerebbero confermare una tendenza generale che “*durante la pandemia si è solo acuitizzata e cioè la presenza di vari fenomeni di Great Resignation in Occidente, da declinare al plurale, ma accomunati da un elemento sociologico: il lavoro non basta più a dare identità e soddisfare dal punto di vista esistenziale le persone*”²⁷.

²⁶ ANDREOLIG., “Dimissioni record, il paradosso del 2022: perché con l’inflazione alle stelle milioni di italiani lasciano il lavoro?”, <https://www.money.it>, Intervista a Fabrizio Pirro, 23 gennaio 2023, <https://www.money.it/dimissioni-record-lavoro-paradosso-2022-inflazione>

²⁷ Cfr idem

La spiegazione del professore coniuga la visione psicologica (per la quale, per chi può permetterselo si ricerca di un lavoro migliore per cambiare vita), con quella economica, legata a fattori di stagionalità e a un nuovo dinamismo del mercato del lavoro che *“fino a qualche decennio fa era impensabile in Italia”*²⁸.

²⁸Cfr idem

CAPITOLO 2

IL FENOMENO DELLA

“DESERTIFICAZIONE” NEL SSN

Il fenomeno della “desertificazione sanitaria” non dipende solo dalla distanza dei servizi sanitari, in particolare degli ospedali, dal luogo di residenza dei cittadini, ma anche dalla qualità e dalla risposta che il SSN restituisce ai bisogni di salute, entrambi fattori che dipendono fortemente dalle risorse materiali ed umane impiegate nei processi di organizzazione dei servizi sanitari.

La desertificazione sanitaria in Italia non conosce confini regionali ed è diffusa in tutto il Paese, da Nord a Sud. Indice primario di questo fenomeno è la carenza di medici, di Medici di Medicina Generale e di specialisti, un po’ in tutta Italia. Il fatto che la penuria di personale sanitario sia un problema grave è noto da tempo; ciò che forse lo è meno è la consapevolezza che non è corretto, almeno attualmente, parlare di Nord virtuoso e di Sud problematico, come si può evincere dagli studi che seguono.

In era di PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) al fine di mettere a terra le iniziative previste dalla Missione 6 dedicata alla Salute, diventa un imperativo effettuare una progettazione e una realizzazione “sartoriale” basata su indicatori di performance misurabili, come richiesto dagli stakeholder – cittadini,

professioni sanitarie e tecnici della sanità – in modo da rispondere efficacemente e concretamente alla domanda di salute del territorio e anche per risanare la piaga della desertificazione sanitaria.

2.1 IL RAPPORTO DI CITTADINANZATTIVA

Cittadinanzattiva¹ nel suo Rapporto presentato durante l'evento "*Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR*", tenutosi a Roma il 19 gennaio 2023, si occupa della "desertificazione sanitaria" evidenziando come la stessa investa in maniera ragguardevole 9 regioni e 39 province, dal Nord al Sud, in particolare nelle zone periferiche e ultraperiferiche delle aree interne. L'analisi di Cittadinanzattiva si basa su dati ufficiali provenienti dal Ministero della Salute relativi al 2020² e rientra nell'ambito del progetto europeo AHEAD (*Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts*) finanziato dal programma EU4Health, il quarto programma dell'Unione europea dedicato alla salute, in vigore per il periodo 2021-2027. Il programma ha l'obiettivo di occuparsi del fenomeno dei cosiddetti "deserti sanitari" a livello europeo, il quale in sostanza si caratterizza per l'assenza o rarefazione, in rapporto alla popolazione residente, dei professionisti sanitari in specifiche zone del Paese.

¹ Cittadinanzattiva è un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza.

² In parte i dati sono reperibili all'interno dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale a cura del Ministero della Salute, anno 2020.

Lo studio di Cittadinanzattiva analizza i dati riferiti alle seguenti figure sanitarie: pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, cardiologi e farmacisti ospedalieri per ciascuna provincia italiana. La decisione di esaminare solo queste cinque categorie è dettata dal metodo adottato e condiviso nel progetto AHEAD fra tutti i paesi coinvolti (Italia, Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia)³.

Il fenomeno nelle regioni interessate segue diversi andamenti e coinvolge 39 province di 9 regioni: Lombardia, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Calabria, Veneto, Emilia-Romagna, Trentino-Alto Adige, Lazio e Liguria. Il fenomeno della desertificazione riguarda più le regioni del nord rispetto a quelle del sud, considerato che le prime seguono il modello “sponsor”⁴ (Veneto) o “terzo pagatore”⁵ (Lombardia) che troviamo in letteratura

Dal rapporto di Cittadinanzattiva apprendiamo dove risiede il peso maggiore gravante sulle spalle dei camici bianchi: in provincia di Asti ogni pediatra

³ Cfr. “The project Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts – or AHEAD – aims to reduce health inequalities by addressing the challenge of medical deserts and medical desertification in Europe”, <https://ahead.health/>, marzo 2023

⁴ Il modello “sponsor” prevede una Asl più attiva nella programmazione e controllo della spesa ospedaliera in quanto seleziona tra le aziende accreditate quelle che presentano il migliore rapporto prezzo-qualità, stipulando con esse differenti accordi con diversi termini di scambio e conseguente controllo dei risultati; la concorrenza tra gli erogatori è sicuramente forte, vista la volontà di avere la riconferma della contrattazione, mentre la libertà di scelta del paziente è limitata dalla precedente selezione effettuata dalle Asl (tratto dalle lezioni di Management delle aziende sanitarie, Prof. L. Del Bene, aa 2020-2021, Univpm)

⁵ Nel modello “terzo pagatore” l’acquirente del servizio (Asl) è nettamente distinto dal fornitore (Aziende ospedaliere e istituti privati). Si riduce il doppio ruolo delle Asl, limitandone le funzioni erogatrici e identificandole sempre più come gestori del mercato in negoziazione con gli enti accreditati (natura di fundholder); alle Asl competono solo le funzioni di igiene pubblica e veterinaria, di medicina di base e sociosanitaria, venendo meno le funzioni di produzione ospedaliera o specialistica (Idem)

di famiglia segue 1.813 bambini a fronte di una media nazionale di 1.061; a Bolzano ogni medico di medicina generale segue in media 1.539 cittadini a fronte di una media nazionale di 1.245; nella provincia di Caltanissetta troviamo un ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne, mentre Roma ha il podio per situazione migliore, con un professionista ogni 2.292 donne. In merito ai cardiologi ospedalieri, la Provincia autonoma di Bolzano registra un risultato 70 volte peggiore rispetto a Pisa, con un medico ogni 224.706 abitanti, a fronte di uno ogni 3.147. Tuttavia, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (Sabes) è in disaccordo con il dato, il che è plausibile, tenuto conto che tutta la provincia consta di 533mila residenti e non sarebbe possibile avere quindi soltanto due cardiologi. Questo fatto fa capire quanto in realtà sulla carenza di personale sanitario manchino dati certi, aggiornati e facilmente reperibili e tale incertezza non permette di attuare una efficace programmazione degli interventi, come dichiarato dalla Segretaria Generale di Cittadinanzattiva Anna Lisa Mandorino.

Nella raccolta dei dati in Italia ha avuto particolare peso l'indisponibilità e/o l'assenza di questo tipo di informazioni che per la maggior parte dei casi non sono accessibili al pubblico ed è stato quindi necessario richiederli direttamente agli interlocutori competenti (Ministero della Salute, Federfarma, etc.). Altra criticità nella raccolta dei dati è stata la loro totale mancanza in merito ad alcune altre importanti categorie professionali. Infine, non è stato possibile ricevere informazioni ad un livello più specifico, vale a dire comunale, perché inesistenti.

Le tabelle che seguono indicano le dieci province italiane con le sproporzioni più marcate nel rapporto persone/personale sanitario.

PEDIATRI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Tabella 2.1 – Numero di bambini per pediatri di libera scelta⁶

Posizione in classifica	Provincia	N° minori per ogni pediatra
1	Asti	1.813
2	Brescia	1.482
3	Novara	1.370
4	Vercelli	1.367
5	Bolzano	1.364
6	Cuneo	1.331
7	Torino	1.320
8	Perugia	1.252
9	Udine	1.237
10	Alessandria	1.236
<i>Media nazionale</i>		<i>1.061</i>

Fonte: elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Dalla suddetta tabella risulta un primato negativo delle province del Nord, in particolare del Piemonte, dato che si conferma anche in tema di Medico di famiglia come si evince dalla Tabella 2.2.

⁶ Popolazione target da progetto AHEAD: bambini e adolescenti da 0 a 15 anni

Tabella 2.2 – Numero dei cittadini per ogni MMG⁷

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni Medico di Medicina Generale
1	Bolzano	1.539
2	Bergamo	1.517
3	Brescia	1.516
4	Treviso	1.445
5	Trento	1.403
6	Pordenone	1.397
7	Verona	1.395
8	Imperia	1.392
9	Milano	1.392
10	Parma	1.391
<i>Media nazionale</i>		1.245

Fonte: elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

PERSONALE OSPEDALIERO

Tabella 2.3 – Popolazione femminile⁸ per ogni ginecologo ospedaliero

Posizione in classifica	Provincia	N° donne per ogni ginecologo ospedaliero
1	Caltanissetta	40.565
2	Macerata	18.460
3	Reggio Calabria	9.992
4	Viterbo	9.163
5	La Spezia	8.061
6	Vibo Valentia	8.002
7	Venezia	7.647
8	Lodi	7.528
9	Savona	7.370
10	Cosenza	7.229
<i>Media nazionale</i>		4.132

Fonte: elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

⁷ Popolazione target da progetto AHEAD: persone dai 15 anni in su

⁸ Popolazione target da progetto AHEAD: popolazione femminile da 10 anni in

Dalla tabella 2.3 precedente risulta un andamento completamente diverso, essendoci maggiore eterogeneità tra le regioni ed è evidente una situazione “fuori classifica” nella provincia di Caltanissetta.

Tabella 2.4 – Numero di persone⁹ per ogni cardiologo ospedaliero

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni cardiologo ospedaliero
1	Bolzano	224.706
2	Potenza	105.789
3	Crotone	72.172
4	Caltanissetta	36.941
5	Viterbo	34.137
6	Cosenza	21.584
7	Como	19.953
8	Reggio Calabria	15.278
9	Macerata	13.602
10	Brindisi	12.074
<i>Media nazionale</i>		6.741

Fonte: elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

⁹ Popolazione target da progetto AHEAD: persone dai 15 anni in su

Tabella 2.5 – Rapporto tra la popolazione¹⁰ e i farmacisti ospedalieri

Posizione in classifica	Provincia	N° persone per ogni farmacista ospedaliero
1	Reggio Emilia	264.805
2	Campobasso	108.681
3	Reggio Calabria	75.852
4	Piacenza	71.608
5	Lecco	55.827
6	Alessandria	52.161
7	Latina	46.883
8	Trieste	46.289
9	Como	45.972
10	Gorizia	45.932
<i>Media nazionale</i>		26.182

Fonte: elaborazione Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, 2020

Anche riguardo il rapporto tra popolazione e farmacisti ospedalieri i dati delle prime due province in graduatoria (Reggio Emilia e Campobasso), sono decisamente “fuori classifica” rispetto alle altre province italiane.

Ricapitolando, lo studio evidenzia che in un terzo delle province italiane (39) vi è un considerevole squilibrio per ognuna delle cinque figure professionali prese in esame; in particolare, la provincia estrema del nord di Bolzano e quella del sud di Reggio Calabria mostrano ben 3 carenze, mentre sette province (Alessandria, Brescia, Caltanissetta, Como, Cosenza, Macerata, Viterbo) ne mostrano due. Si può affermare, quindi, che il fenomeno della desertificazione sanitaria attraversa tutto il Paese.

¹⁰ Idem

Lo studio di Cittadinanzattiva rileva inoltre che le disuguaglianze territoriali non le troviamo solo tra Nord e Sud, ma anche tra le province della stessa regione: per esempio riguardo la figura dei farmacisti ospedalieri, la provincia di Reggio Emilia è peggiore 20 e 26 volte in più rispetto alle province di Modena e di Forlì-Cesena, come pure per i ginecologi ospedalieri la provincia di Caltanissetta presenta una situazione 17 volte peggiore rispetto alla provincia di Roma. Se pensiamo infine ai cardiologi ospedalieri, la Provincia Autonoma di Bolzano ha un pessimo primato, essendo 71 volte peggiore rispetto alla Provincia di Pisa.

In considerazione delle 39 province dove gli squilibri sono più evidenti, troviamo ai primi posti Lombardia (Bergamo, Brescia, Como, Lecco, Lodi, Milano) e Piemonte (Alessandria, Asti, Cuneo, Novara, Torino, Vercelli) con sei province, seguite dall'intero Friuli-Venezia Giulia (Gorizia, Pordenone, Udine, Trieste) e dalla Calabria (Cosenza, Crotone, Reggio Calabria, Vibo Valentia) con quattro province. Seguono Veneto (Treviso, Venezia, Verona), Liguria (Imperia, La Spezia, Savona) ed Emilia-Romagna (Parma, Piacenza, Reggio Emilia), con tre province a testa, Trentino-Alto Adige (entrambe le province autonome di Bolzano e Trento) e Lazio (Latina e Viterbo) con due province. Risulta quindi palese una marcata desertificazione delle zone nordiche.

2.2. IL XVIII RAPPORTO CREA SANITA'

Un rapporto sicuramente più completo, ma anche complesso, è il XVIII Rapporto C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità)¹¹ del 2022 e presentato il 25 gennaio 2023, curato da Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena e al quale hanno preso parte oltre 30 tra ricercatori ed esperti.

La pubblicazione, dal titolo eloquente “*Senza riforme e crescita, SSN sull’orlo della crisi*”, è articolata in quattro parti: nella prima troviamo un inquadramento del contesto in cui si colloca il settore socio-sanitario italiano: gli aspetti socioeconomici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *Performance*; la seconda tratta analiticamente l’area assistenziale: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica e dispositivi medici, primaria e territoriale, domiciliare, provvidenze in denaro; la terza parte è dedicata alla analisi degli impatti economici della Sanità, mentre la quarta illustra ulteriori attività e *partnership* promosse da C.R.E.A. Sanità.

Il Rapporto, dopo aver analizzato gli aspetti socioeconomici e demografici e il finanziamento pubblico, affronta la tematica delle risorse umane impiegate e carenti: nel 2021 il finanziamento pubblico si blocca al 75,6% della spesa, contro una media europea d’l’82,9% e la spesa privata incide per il 2,3% sul Pil, contro una media europea del 2% (pari a oltre 1.734 euro a nucleo familiare, vale a dire il

¹¹ Consorzio per la ricerca Economica Applicata in Sanità, promosso dall’Università Roma “Tor Vergata” e dalla FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) riconosciuto come Centro di ricerca da Eurostat, Istat e Ministero della Salute. È composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici, in larga misura operanti presso l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” e l’Università telematica San Raffaele di Roma.

5,37% dei consumi totali) aggravando le famiglie di oltre un miliardo di spesa per farmaci.

Gli autori rilevano che in Italia la spesa sanitaria pubblica dal 2000 al 2021 è cresciuta del 2,8% medio annuo, il 50% in meno rispetto agli altri Paesi europei di riferimento. Nel 2021 quella del nostro Paese registra una forbice del -38% (-12% di spesa privata e -44% di spesa pubblica) rispetto ai nostri 'vicini'. Per allinearci a questi servirebbe, quindi, una crescita annua del finanziamento di almeno 10 miliardi di euro per 5 anni, più ulteriori 5 miliardi per vedere garantita la crescita al pari degli altri. "Nei documenti di finanza pubblica" - commentano i curatori del Rapporto, Federico Spandonaro, Daniel' D'Angela e Barbara Polistena – “sono previsti meno di 2 miliardi di euro per anno, quindi circa un settimo del necessario per il riallineamento”.

Alla luce di quanto sopra, appare evidente che se non si determinerà una crescita adeguata del Pil o non si creeranno condizioni che fermino la perdita di risorse umane e aprano la strada all'accesso alle innovazioni, il rischio è di trasformare - e - e già sembra stia diventando realtà - il nostro Servizio sanitario nazionale da universalistico a basato su una logica di “universalismo selettivo”, che privilegi cioè l'accesso dei più fragili (ma con un impatto non indifferente sull'equità del sistema sanitario).

La sopravvivenza del SSN dipende principalmente dalla questione delle risorse umane che ad ogni modo il PNRR da solo non sarà sufficiente a garantire. Questo perché i finanziamenti derivanti dal PNRR permettono di

adeguare/potenziare soltanto l'offerta strutturale, non essendo utilizzabili per la spesa corrente e, quindi, neppure per potenziare il capitale umano necessario a "popolare" le nuove strutture.

In merito alla carenza di risorse umane, nonostante l'incremento avuto durante la pandemia, per raggiungere il livello degli altri Paesi europei di riferimento, secondo gli autori, in Italia servirebbero ulteriori 30.000 medici e 250.000 infermieri il che, in termini economici, si traduce in un investimento di 30,5 miliardi di euro (pari a +24% di spesa corrente), tenendo conto del maggiore bisogno di personale sanitario a causa dell'età media più alta della popolazione italiana. Infatti, sempre rispetto alle medie europee, in Italia, sebbene i medici ogni 1.000 abitanti siano un po' di più (3,9 ogni 1000 abitanti contro 3,8 valore europeo), se si considera la popolazione over 75 ne mancherebbero circa 30mila e per il riequilibrio, in considerazione delle dinamiche annuali di pensionamento (in Italia interessa 12 mila medici), se ne dovrebbero assumere almeno 15mila ogni anno per i prossimi 10 anni. Un numero che, tutto sommato, messo a confronto con quello delle borse di specializzazione e delle borse di formazione per i medici di medicina generale (che nel complesso sono circa 17.000) risulterebbe raggiungibile, considerando una quota di insuccessi e degli abbandoni durante il periodo formativo.

Il Rapporto CREA non si limita solo ad una mera restituzione statistica, ma analizza in maniera approfondita il contesto a livello di formazione delle figure professionali sanitarie. Si legge nel Rapporto che "malgrado l'Italia sia in cima alla classifica OCSE per numero di nuovi laureati in medicina in rapporto alla popolazione, almeno due elementi suggeriscono che non è affatto detto che

l'obiettivo sia davvero raggiungibile: in primis per la diversa attrattività delle specializzazioni e, quindi, per il problema delle dimissioni volontarie¹².

Specializzazioni quali la “Medicina di comunità e delle cure primarie” e la “Medicina di emergenza e urgenza” raggiungono rispettivamente il 75,0% ed il 56,7% di posti non assegnati, numeri altissimi se si pensa all'aumento di bisogno di assistenza derivante dall'incremento di malattie croniche dovute all'aumento dell'aspettativa di vita. Inoltre, nel 2021 sono state quasi 3.000 le dimissioni di personale (fonte database Onaosi 2020-2021), con un parallelo aumento della quota di medici operanti nelle strutture private.¹³

Tale situazione, affermano gli autori del Rapporto, fa comprendere quanto il problema non sia soltanto numerico, ma in generale coinvolga attivamente le politiche del personale, riguardo, ad esempio, l'incentivazione a ricoprire posizioni considerate poco appetibili o adeguare le retribuzioni del settore pubblico rendendole più competitive.

In merito alle figure infermieristiche, attualmente il rapporto tra numero di infermieri e la popolazione è notevolmente inferiore agli altri Paesi europei: 5,7 infermieri per 1.000 abitanti in Italia, contro i 9,4 della media di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna. Ne consegue che nel SSN italiano operano 1,42 infermieri per ogni medico, contro i 2,52 dei paesi europei. Per essere in equilibrio con i Paesi

¹² XVIII Rapporto CREA Sanità, Introduzione, pag. 34

¹³ Cfr idem

citati, nel Rapporto si stima che sarebbero necessari quasi 224.000 infermieri, che diventerebbero oltre 320.000 usando come riferimento la popolazione.

Le considerazioni di cui ai paragrafi precedenti riguardano anche e soprattutto gli infermieri: il tasso di pensionamento annuo è stimato in circa 9.000 unità, a cui vanno sommate 20-30.000 unità per colmare il *gap* con i paesi europei di riferimento; inoltre vanno aggiunte ulteriori unità necessarie a popolare le Case e gli Ospedali della Comunità, i COT – Centrali Operative Territoriali, le UCA – Unità di Continuità Assistenziale e i servizi di assistenza domiciliare. L’offerta di infermieri, anche considerando i nuovi laureati, che nel 2019 sono stati 11.000 su circa 17.000 posti disponibili, risulterebbe comunque insufficiente. Nemmeno un eventuale aumento dell’offerta universitaria rimedierebbe facilmente a tale carenza, semplicemente perché in Italia non c’è una particolare richiesta di iscrizioni alla Facoltà di Scienze Infermieristiche (basti pensare che solo l’1% dei quindicenni delle scuole secondarie di secondo grado dichiara di voler fare l’infermiere, contro il 3% della media OCSE)¹⁴.

I fattori condizionanti l’attrattività della professione infermieristica sono senz’altro molteplici, ma ha una notevole incidenza quello relativo alla retribuzione che in Italia è del 23% inferiore rispetto alla media OCSE (fonte CREA).

¹⁴ Cfr Idem

2.2. ALTRI STUDI

Il portale *QuotidianoSanità.it* pubblica un articolo¹⁵, a firma di Giulio Nisi, frutto dell'analisi dei dati OCSE 2022 precedentemente menzionati, nel quale si affronta il fenomeno della “grande fuga” di medici ed infermieri dall'Italia negli ultimi venti anni. Dai dati OCSE si evince che 180 mila medici ed infermieri italiani hanno scelto di andare a lavorare all'estero; di questi, 131 mila sono medici e circa 48 mila sono infermieri. Meta preferita dagli infermieri è il Regno Unito, seguito da Svizzera e Germania. I medici invece si distribuiscono in più paesi come Francia, Belgio e Germania, Israele, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti.

Non viene specificato quanti di questi emigranti siano tornati in patria e quanti siano andati in pensione, ma si mette in luce come il fenomeno, soprattutto dal 2009, anno in cui è iniziato il blocco dei turnover e dei contratti, sia stato determinante sull'attuale carenza di personale sanitario.

Il fenomeno si è acuito negli ultimi tre anni, cioè dal 2019 al 2021, periodo caratterizzato dalla pandemia, durante il quale sono andati all'estero 15.109 infermieri (manca il dato della Germania dove si stimano circa 2.700 infermieri italiani) e 21.397 medici.

Si tratta di un “fuggifuggi” di quasi 40 mila laureati italiani con ripercussioni economiche non indifferenti: basti pensare che per la formazione di un infermiere ci vogliono circa 13.500 euro sul triennio e 22.500 euro sui cinque anni e per quella

¹⁵ Giulio NISI, «La “grande fuga” di medici e infermieri dall'Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti», *QuotidianoSanità.it*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111740, 07/03/2023

di un medico il costo sale a 41.000 euro sui sei anni di laurea che, con i costi della specializzazione, raggiunge circa 150-160 mila euro pro-capite. In pratica “un'emorragia” di circa 3,5-3,6 miliardi di euro impiegati per formare medici e infermieri la cui utilità sarà, purtroppo, a beneficio di altri paesi.

Nell'articolo si legge che comunque nel 2021, cioè dopo la pandemia, la presenza di medici italiani all'estero è diminuita di quasi la metà, mentre sono partiti 2.200 infermieri in meno rispetto agli anni precedenti.

Tabella 2.6 – Emigrazione medici ed infermieri all'estero

L'emigrazione di medici e infermieri all'estero				
Stati di destinazione	2019-2020-2021		2000/2018*	
	Medici	Infermieri	Medici	Infermieri
Austria	111	-	500	-
Belgio	3.156	1.575	7.082	2.109
Canada	247	112	2.058	431
Cile	76	14	57	4
Repubblica Ceca	10	-	19	-
Estonia	3	-	21	-
Finlandia	132	6	469	51
Francia	3.368	718	9.872	4.036
Grecia	-	-	-	65
Germania	2.607	2.700**	12.889	4.200**
Ungheria	8	-	67	1
Israele	4.357	54	28.858	287
Irlanda	380	-	669	-
Lettonia	-	-	3	-
Paesi Bassi	150	57	609	51
Nuova Zelanda	73	16	229	8
Norvegia	133	40	359	120
Polonia	53	-	70	-
Portogallo	-	-	-	79
Slovenia	132	1	315	-
Svezia	216	39	2.269	169
Svizzera	2.526	2.342	8.416	9.145
Regno Unito	3.659	10.135	9.222	19.966
Stati Uniti	-	-	25.690	-
Totale presenza attiva all'estero	21.397	17.809	109.743 (25%=27.436)	29.826 (25%=7.457)

* Il dato rappresenta il totale di professionisti che sono andati a lavorare nei vari Paesi, ma non il numero di quelli che ancora sono attivi nelle singole realtà

** Il dato è stimato in base a quantificazioni di associazioni professionali e sindacati in quanto la Germania non ha comunicato il numero all'OCSE

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati database OCSE 2022

La questione della carenza di personale viene trattata anche in altri studi, in particolare quelli rivolti al fenomeno della mobilità sanitaria, come il recente Rapporto dell'Osservatorio della Fondazione GIMBE¹⁶ 2/2023 pubblicato nel marzo 2023 dal titolo "La mobilità interregionale sanitaria 2020"¹⁷ i cui autori sono Nino Cartabellotta (Presidente della Fondazione), Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti e Francesca Orsi e il saggio pubblicato nella rivista "Corti Supreme e Salute" n. 3 settembre-dicembre 2022¹⁸ della Società Italiana di Diritto Sanitario – SoDiS.

Questo ultimo saggio, a cura della ricercatrice di Diritto Costituzionale nell'Università dell'Aquila, Alessia Fonzi, si basa sul giudizio di parifica della Corte dei Conti visto come "momento di riflessione sul fenomeno della mobilità sanitaria interregionale e di analisi dei fattori che ne sono alla base e che possono aiutare a comprendere eventuali patologie del sistema".

Secondo l'autrice, "l'analisi che la Corte dei conti effettua sulla spesa sanitaria in sede di giudizio di parifica può essere un punto di partenza per

¹⁶La Fondazione GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca; nata come Associazione nel 1996 e poi trasformata nel 2010 in Fondazione, ha come obiettivo primario la diffusione in Italia dell'Evidence-based Medicine.

¹⁷ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: 20 aprile 2023

¹⁸ <http://www.cortisupremeesalute.it/issue/corti-supreme-e-salute-03-2022/> - Corti Supreme e Salute, direttore Renato Balduzzi (Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano) è classificata nell'elenco delle riviste scientifiche (area 12) tenuto dall'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca.

esaminare il fenomeno e, dunque, individuarne le cause per intervenire in modo efficace sul sistema”¹⁹.

Nel saggio si legge che partendo dai giudizi di parifica è possibile individuare alcuni criteri di valutazione della qualità del servizio sanitario condizionanti il fenomeno della mobilità. Il primo criterio riguarda il livello (o il grado) di protezione del diritto alla salute, vale a dire il livello di garanzia nell'erogazione dei LEA; il secondo si riferisce alla proporzione tra risorse assegnate e funzioni esercitate nell'ambito della gestione sanitaria. Entrambi i criteri guidano l'attività di programmazione svolta dalle regioni e dalle singole aziende sanitarie regionali, nonché della effettiva realizzazione della stessa. Le analisi e le conclusioni della Corte dei conti nei giudizi di parificazione contribuiscono, quindi, ad individuare le azioni correttive per la costruzione di un modello virtuoso di sanità regionale²⁰.

È innegabile che il valore della mobilità sia indicativo della diversa offerta dei servizi sanitari (e della garanzia di tutela della salute) su tutto il territorio nazionale e sia altresì espressione di molteplici fattori: assistenziali, ospedalieri o ambientali.

Nel saggio sono evidenziati i vari tipi di mobilità: abbiamo una “mobilità di confine” tra Asl e AO di regioni limitrofe e mobilità tra aziende, anche molto distanti fra loro (es. tra nord e sud del Paese). Le motivazioni per quest'ultimo tipo

¹⁹ A. FONZI, Saggio “La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti” - rivista “Corti Supreme e Salute” n. 3 settembre-dicembre 2022, p. 670

²⁰ Cfr. A. FONZI, Rivista “Corti Supreme e Sanità” n. 3/2022, paragrafo 1, pag. 671

di mobilità possono dipendere da questioni “qualitative”, cioè una mancanza di fiducia nei confronti della qualità dei servizi erogati localmente, o da questioni “quantitative” legati sia ad assenza di servizi, che alla presenza di lunghe liste di attesa per usufruire delle prestazioni nella zona di residenza²¹.

La questione delle lunghe liste d’attesa è un problema che è andato aumentando e che spesso emerge nei giudizi di parifica, ed è quella maggiormente avvertita dai cittadini, traducendosi spesso in rinuncia alle cure, al ricorso alla sanità privata a pagamento diretto o alla mobilità interregionale.

Non ci soffermeremo su trattazioni di tipo economico finanziario, bensì sulle cause legate alla carenza di personale, in particolare di alcune regioni.

Si legge nel saggio che “Il Servizio sanitario nazionale (...), già caratterizzato da una storica carenza di personale medico ed infermieristico, si è trovato ad affrontare un’ulteriore criticità correlata al reperimento di un numero congruo di personale anche attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive richieste al personale interno o ad appalti a ditte esterne per evitare l’interruzione del servizio sanitario. Si tratta di una situazione che porta con sé ulteriori conseguenze negative in termini di recupero delle prestazioni sospese per il Covid e di liste d’attesa”, problema che, a distanza di un anno dalla fine della crisi pandemica, è tuttora vivo.

²¹ Sui diversi tipi di mobilità si veda lo studio condotto da Agenas, I quaderni di Monitor, La mobilità sanitaria, 2012, p. 32 ss. (in particolare il contributo di C. Cislighi, F. Giuliani), Gli strumenti per misurare la mobilità, che distinguono una mobilità interna al bacino di utenza (tra casa e il presidio più vicino), una mobilità di confine tra aree sanitarie (Asl, Regioni), una mobilità occasionale (causata da spostamenti non dovuti a motivi sanitari), una mobilità programmata all’interno di una rete (per servizi necessariamente non diffusi) ed infine una mobilità per mancanza locale di offerta o per sfiducia nei servizi locali) e il Report Osservatorio GIMBE 2/2023, La mobilità sanitaria interregionale nel 200, Fondazione Gimbe, Bologna, marzo 2023, www.gimbe.org/mobilita20202.

La Corte dei conti rileva la mancata adozione da parte di alcune Regioni delle “Linee di indirizzo per il riordino della rete territoriale”, passo importante per il conseguimento degli obiettivi di potenziamento dell’offerta territoriale previsti dal PNRR, mancanza che genera una criticità nel servizio garantito. Possiamo analizzare la relazione alla parifica del rendiconto 2021 della regione Marche che presenta per l’ASUR un saldo negativo sulla mobilità regionale (-52.989.870 euro) “riducendosi parzialmente solo grazie alla maggiore attrattività delle Aziende Ospedaliere e dell’INRCA. Riflette tale situazione contabile la situazione della rete ospedaliera e di assistenza territoriale, rispetto alla quale sembra che la regione abbia iniziato l’operazione di potenziamento dei servizi”²².

“Tale considerazione”, si legge nel saggio, “apre la strada alla valutazione di un ulteriore parametro che si può desumere dai giudizi di parifica e che attiene più in generale alla gestione dell’emergenza e della post emergenza: si tratta, nello specifico, delle spese per il personale. La gestione della pandemia, infatti, ha inciso sul potenziamento di taluni servizi con l’ampliamento delle strutture esistenti e la creazione di nuove strutture, ma ha reso non più procrastinabile anche il reclutamento (straordinario) di personale per ciascuna azienda sanitaria territoriale, anche attraverso il ricorso alla normativa d’urgenza in deroga alle ordinarie procedure vigenti”²³.

L’indagine derivante dai giudizi di parifica della Corte dei conti della Corte sulla mobilità sanitaria sottolinea come vi sia una condotta comune tra le varie

²² A. FONZI, Rivista “Corti Supreme e Sanità” n. 3/2022, paragrafo 4, pag. 684

²³ Idem

regioni esaminate. Infatti, dinanzi ad un incremento da parte dello Stato delle disponibilità finanziarie, il servizio sanitario regionale risponde in maniera differenziata: le regioni con una buona organizzazione hanno dato risposte positive, mentre quelle meno organizzate hanno dato risposte meno positive o negative. L'emergenza epidemiologica, l'abbiamo detto più volte, ha imposto l'esigenza di rafforzare i servizi sanitari regionali come obiettivo prioritario non più procrastinabile. "Il principale strumento di valutazione del raggiungimento dell'obiettivo è la verifica del recupero delle liste di attesa, quale parametro che pone in relazione la prestazione ed il paziente; intorno a questo indice ruota la questione della carenza del personale sanitario e tutta l'organizzazione ospedaliera e territoriale. È emerso, dall'analisi dei giudizi di parifica, che regioni 'virtuose' con mobilità sanitaria attiva hanno raggiunto l'obiettivo o operano in tal senso, diversamente dalle regioni che vedono un saldo di mobilità negativo"²⁴.

²⁴ Idem, pag. 687

CAPITOLO 3

UN FENOMENO DA CONTRASTARE

Il fenomeno della carenza dei medici nel SSN dovuto all'abbandono richiede senza dubbio l'attuazione da parte dei responsabili politici di interventi mirati che ne limitino la portata.

Attualmente ogni giorno, stando ai dati dell'Associazione di categoria Anao-Assomed, ben 10 medici si licenziano dai nostri ospedali. Pierino Di Silverio, segretario nazionale di Anao-Assomed, dichiara che i fattori sono molteplici: dalla penalizzazione dell'atto medico, all'aspetto economico (i medici italiani sono i meno pagati d'Europa, con una pressione fiscale del 43%), alla carenza stessa di personale che crea problemi organizzativi e, quindi, a situazioni di *burn out* che possono sfociare nell'errore, fino al fatto che solo il 7% dei medici ospedalieri riesce a fare carriera trattandosi di una professione appartenente alla pubblica amministrazione, motivo per cui non è previsto un riconoscimento professionale (se non per i primari). Infine, il segretario solleva la questione del ruolo sociale del medico in Italia che si allontana inevitabilmente dalla professione per via dei numerosi episodi di aggressione e violenze e per i quali non è tutelato.¹

Dove vanno i medici che si licenziano? C'è chi va all'estero per guadagnare

¹ Intervista su Fanpage.it, bit.ly/3I5hAi6, 08/05/2023

di più e avere prospettive di carriera, chi va nel settore privato, soprattutto in zone dove esso è più sviluppato, e persino chi fa il concorso per medico di base con l'idea di avere una vita più tranquilla. Infine, ci sono i c.d. "gettonisti" trattati in precedenza, cioè i medici che vanno a lavorare per cooperative o società alle quali le aziende sanitarie si rivolgono per recuperare le carenze degli organici. L'incentivo è il fatto che un medico "gettonista" si può permettere di lavorare di meno rispetto a quando lavorava come dipendente in reparto, ottenendo un guadagno mediamente più elevato.

3.1. SONO DAVVERO I MEDICI A MANCARE?

Tuttavia, il problema non è tanto dove si ricollocano i medici, quanto il "perché" se ne vanno. Di Silverio ritiene che le motivazioni non dipendano solo da questioni economiche, che pure contano, visto che i soldi stanziati nel 2021 per il Ccnl non incideranno in maniera decisa sugli stipendi. Si tratta piuttosto dell'elevata tassazione a cui sono sottoposte le buste paga italiane che dimezzano gli stipendi. Il fatto che un medico, dopo 10 anni di studi, entri in ospedale con uno stipendio di 2.500 euro al mese non è certo allettante.²

Una sintesi delle contingenze che hanno portato all'attuale carenza di medici la fornisce il Prof. Giampaolo Papaccio, Direttore della Unità Operativa

² Anao-Assomed [<https://www.anao.it>], Dicono di noi, "Stipendi bassi e burnout, 10 medici al giorno in fuga da Ssn - Fortune Italia", <https://www.anao.it/content.php?cont=37583>, 10 maggio 2023

"Diagnostica Citometrica e Mutazionale" AOU Vanvitelli di Napoli³:

- “1) Disorganizzazione cronica del SSN, nelle mani di Dirigenti che, nominati dalle Regioni, sono sovente poco capaci e favoriscono lo sperpero di risorse;
- 2) Eccesso di contenzioso medico-legale, anche organizzato, e violenze contro i sanitari;
- 3) Concorsi mai banditi ed avvisi pubblici, a tempo, regolarmente e giustamente disertati;
- 4) Notevole attrattività da parte del settore privato e dall'estero, grazie ad una maggiore remunerazione, migliore organizzazione, valutazione della professione e libertà;
- 5) Eccesso di specializzazione con carenza di medici in Medicina Generale”.

Il Prof. Papaccio ricorda che finora la politica, lenta ed incerta, ha risposto solo all'ultimo punto, attraverso l'aumento dell'età pensionabile, in attesa di regolamentare i corsi di Medicina Generale, mentre per il resto ha permesso agli specializzandi di entrare in ospedale come dirigenti. Inoltre, con l'intento di ovviare alla grave carenza, la politica attuale ha nuovamente proposto l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni di tutti i medici⁴.

Intento del Prof. Papaccio è dimostrare che, in realtà, se si guardano le situazioni contingenti sopra indicate, l'idea che siano i medici a mancare è presto smentita: ci sono, ma chiedono la giusta considerazione sociale ed economica (ma anche una migliore organizzazione dei luoghi di lavoro, ndr). “La demonizzazione

³ Inserito Sanità del Sole24ore.com, 03/05/2023, <https://bit.ly/3oblG1b>

⁴ Cfr. idem

della professione” sottolinea il Prof. Papaccio, “è ancora sotto gli occhi di tutti con gravissimi episodi di intolleranza e speculazioni per colpe inesistenti”.

Pertanto, non essendo sufficiente quanto fatto finora, il Professore suggerisce, nel breve/medio termine, di:

- “1) Aumentare gli stipendi e tutte le indennità a tutti i medici;
- 2) Effettuare concorsi veri a tempo indeterminato, e non già meri avvisi pubblici per un mese o pochi mesi;
- 3) Attivare il trattenimento in servizio, su base volontaria, di tutti i medici fino a 72 anni e fare tesoro della loro esperienza: volenterosi che restano ed insegnino ai giovani specializzandi e neo assunti;
- 4) Utilizzare gli specializzandi tenendo sempre conto che sono “specialisti in formazione”, (da cui l’utilità dei senior);
- 5) Eliminare i “nominati” regionali, con tutta la corte di amministrativi e personale “comandato”;
- 6) Restituire alla figura del medico Specialista in Igiene la carica di Direttore delle ASL senza alcun nominato Regionale”.⁵

È quindi indispensabile un congruo tempo, ma altresì l’attuazione di una serie di misure che devono essere realizzate con la collaborazione di tutti.

In un recente passato abbiamo visto “rottamare” moltissimi dirigenti pubblici e oggi non si è in grado di far partire molti progetti PNRR per mancanza di quell’esperienza che avevano coloro che furono messi in pensione, per cui oggi

⁵ Cit. Idem

si è costretti a richiamarli per necessità. Stando così le cose, ciò su cui occorrerebbe ragionare con l'ANAO è l'eccesso di amministrativi nelle ASL, la mancanza di una seria programmazione delle risorse e degli organici di medici ed infermieri, nonché dei turni di lavoro.

3.2 LA DERIVA PRIVATISTICA DELLA SANITA' PUBBLICA: I MEDICI A GETTONE

Come accennato nel precedente paragrafo, le strutture sanitarie in difficoltà a reperire e ad assumere medici rimediano ricorrendo ai cosiddetti "gettonisti", medici pagati a ore per tamponare le carenze di personale negli ospedali, soprattutto nei Pronto Soccorso, ma anche in diversi reparti. Si tratta di liberi professionisti che danno disponibilità lavorativa solo per qualche giorno a settimana, o mese. Sempre di più fra i gettonisti troviamo anche dipendenti del SSN che si licenziano dal pubblico per ripresentarsi in questa veste privata, più vantaggiosa non solo economicamente, ma soprattutto per libertà, tempo, qualità di vita. In molte regioni d'Italia ci sono delle cooperative che fungono da intermediari con le Aziende Ospedaliere, gestendo e fornendo medici su cui il pubblico non ha alcun controllo.

I medici pronti a lasciare il posto fisso in ospedale per lavorare come gettonisti sono circa 4 su 10, secondo un sondaggio proposto dalla Federazione CIMO-FESMED⁶ ad un campione di 1000 medici: un quadro preoccupante,

⁶ CIMO è il Sindacato dei Medici, rappresenta i medici, i veterinari e gli odontoiatri in servizio ed in quiescenza, nato nel 1946; FESMED è la Federazione Sindacale Medici Dirigenti

specchio del disagio vissuto dai medici dipendenti del SSN, che vedono in questa modalità l'unica via per uscire da un sistema ed un'organizzazione del lavoro insopportabili⁷.

Traducendo il dato in percentuale, il 37,6% del campione dichiara di essere pronto a dimettersi da dipendente del SSN per lavorare con una cooperativa. Tra i più giovani, è disposto a lavorare così il 50% degli under 35 ed il 45% dei 36-45enni, contro "solo" il 28% degli over 55. Sono più desiderosi di fuggire i medici che lavorano nell'area servizi, pari al 46% di coloro che vorrebbero lavorare come gettonisti, seguiti da chi lavora in emergenza (42%), dai chirurghi (40%) e, infine, dell'area medica (32%)⁸. Il 52,4% dei medici rispondenti cambierebbe lavoro per gestire meglio il proprio tempo, e migliorare la qualità di vita.

Se queste percentuali dovessero trasformarsi in dimissioni reali, ci troveremmo all'estinzione del SSN, che verrebbe impoverito di professionalità e affidato in buona parte a società private che nessuno regola né controlla⁹. D'altro canto, il SSN non ha garanzie sul percorso formativo, spesso gli si propongono neolaureati e magari li utilizza per coprire turni senza rispettare le norme europee sull'orario di lavoro ed il riposo obbligatorio, con rischi per la sicurezza delle cure.

⁷ Cit. GUIDO QUICI, Presidente della Federazione Cimo Fesmed, 02/12/2022, [https://www.cimomedici.it/2022/12/pronti-a-lasciare-il-posto-fisso-per-lavorare-come-medici-a-gettone-ecco-chi-lo-fa-e-perche/#](https://www.cimomedici.it/2022/12/pronti-a-lasciare-il-posto-fisso-per-lavorare-come-medici-a-gettone-ecco-chi-lo-fa-e-perche/)

⁸ MISERENDINO M., "Pronti a lasciare il posto fisso per lavorare come medici a gettone. Ecco chi lo fa e perché", in Doctor33 [<http://www.doctor33.it>], 17 novembre 2022, <http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/pronti-a-lasciare-il-posto-fisso-per-lavorare-come-medici-a-gettone-ecco-chi-lo-fa-e-perche/>

⁹ Cit. G. QUICI, Presidente della Federazione Cimo Fesmed, 02/12/2022

Per contro, parte di questi medici guadagnano anche il triplo di un dirigente del medesimo turno di servizio, pur con meno "grane".

Si sta gradualmente perdendo di vista che la vera ricchezza in ambito di cure è proprio il professionista e che il futuro per una Sanità equa e universalistica è seriamente a rischio, essendo sempre più orientata verso un modello semi-privatistico delle cure, un modello anticostituzionale.

L'ANAC (Autorità Nazionale anticorruzione) denuncia il grande impatto sociale della questione dei medici a gettone perché compromette servizi fondamentali, improcrastinabili ed indispensabili per l'intera comunità, nonché le rilevanti ripercussioni economiche sulla spesa pubblica, dovute all'aumento dei costi per le Aziende Sanitarie al fine di remunerare il personale medico reperito per turni spesso fuori dalla norma. Concorrono quindi "l'elevato costo e l'inadeguatezza del servizio offerto; la sua scarsa affidabilità, il far west dei contratti di durata breve con elusione di qualsiasi principio di programmazione e concorrenza"¹⁰. L'ANAC ha quindi deciso di intervenire presso il Ministero della Sanità e presso il Mef sollecitando un decreto ministeriale per mettere ordine nella questione gettonisti. "Nelle ultime settimane", si legge in articolo apparso nel novembre 2022 sul portale dell'ANAC, "sono giunte ad ANAC parecchie richieste di parere sulla congruità dei prezzi per "forniture di servizi medico-sanitari disposti in somma urgenza". Aziende sanitarie e ospedali, specie in reparti "sensibili" come

¹⁰ANAC [<https://www.anticorruzione.it>], «Medici "a gettone", Anac sollecita l'intervento del ministro alla Salute», 15 novembre 2022, <https://www.anticorruzione.it/-/medici-a-gettone-anac-sollecita-l-intervento-del-ministro-alla-salute>

Pronto Soccorso e Anestesia, si trovano in grossa difficoltà operativa per mancanza di medici. Molti di questi si licenziano, per tornare allo stesso posto assunti da cooperative private, con costi orari e giornalieri moltiplicati”¹¹.

Altra critica viene dal Segretario Generale Sindacato Medici Italiani, Pina Onotri, la quale dichiara che “con le risorse usate per le esternalizzazioni si potevano allineare gli stipendi dei medici italiani a quelli del resto d'Europa ed evitare la grande fuga dal SSN”. Sarebbe poi interessante sapere dal Ministro della Salute, sempre secondo la Onotri, “quanto si è risparmiato con il blocco delle assunzioni a tempo indeterminato e quanto invece è stato speso in acquisto di beni e servizi, alla luce del rapporto Agenas di ottobre 2022 che vede una grave carenza nel Paese di medici di medicina generale, inferiori rispetto alle medie UE e non omogeneamente distribuiti sul territorio”.¹²

3.3. LA QUESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

L'insegnamento che ci ha lasciato la pandemia è senza dubbio quello di prestare particolare attenzione alla programmazione del personale sanitario. Ed è proprio su quest'aspetto che l'Europa, in particolare mediante l'azione comune “*HEROES - HHealth woRkfOrce to meet health challEngeS*” intende investire le proprie energie e

¹¹ Idem

¹² MISERENDINO M., “Pronti a lasciare il posto fisso per lavorare come medici a gettone. Ecco chi lo fa e perché”, in Doctor33 [<http://www.doctor33.it>], 17 novembre 2022, <http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/pronti-a-lasciare-il-posto-fisso-per-lavorare-come-medici-a-gettone-ecco-chi-lo-fa-e-perche/>

risorse. L'azione, cofinanziata dalla Commissione Europea nell'ambito del programma finanziario sulla salute denominato Eu4Health - di cui si è trattato nel primo capitolo – vede il coinvolgimento in primo piano dell'AGENAS in veste di autorità competente per l'Italia, nonché di coordinatore del progetto e di 40 partner partecipanti, provenienti da 19 Stati membri. Obiettivo principale della Joint Action HEROES, iniziata il primo febbraio 2023 e con una durata complessiva di 36 mesi, è ottimizzare le capacità di pianificazione del personale sanitario nei paesi dell'Unione Europea e dell'European Economic Agreement (EEA), per assicurare nel futuro la presenza di personale sanitario accessibile, sostenibile e resiliente.¹³

Il programma prevede quattro attività: 1) banche dati (raccolta dati, analisi, collegamenti, e fonti su domanda e offerta di personale); 2) strumenti di previsione e metodologie di pianificazione; 3) sviluppo e miglioramento delle competenze e delle capacità per gestire efficacemente la pianificazione del personale a livello nazionale e regionale; 4) metodologie e buone pratiche per garantire una mappatura completa ed efficace degli stakeholder coinvolti nella pianificazione del personale.

Nel primo anno del programma Eu4Health 2021-2027, tra le tante, è stata individuata questa Joint Action per migliorare negli Stati membri la capacità di pianificazione del personale sanitario, proprio come risposta ad una delle criticità principali emerse durante la crisi pandemica. Per affrontare nuove eventuali

¹³AGENAS [<https://www.agenas.gov.it/>], Ricerca internazionale "HEROES - HEalth woRkfOrce to meet health challEnges", 2023-2026, <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/ricerca-internazionale/personale-sanitario-ri/heroes-health-workforce-to-meet-health-challenges>

emergenze ci vuole una forza lavoro sanitaria adeguata per quantità, capacità e tipologia di organizzazione, anche in un'ottica di maggiore flessibilità.

La programmazione del personale sanitario è sempre stata un tallone d'Achille dei sistemi sanitari pubblici. Uno dei nodi principali, secondo l'AGENAS, nella persona del suo Project Manager Paolo Michelutti, è “la tendenza a lavorare per silos: ospedale da una parte, territorio dall'altra; sanitario da una parte, sociosanitario da un'altra e così via per le professioni, medici e dall'altra infermieri. Ma, come la pandemia ha dimostrato, ci sono molte situazioni in cui il lavoro in *team* e multidisciplinare ha aiutato: ad esempio quando in terapia intensiva ha iniziato a poter entrare personale in grado di compiere una serie di atti, mentre prima poteva accedere solo personale specializzato in emergenza urgenza o terapia intensiva”¹⁴.

Fortunatamente si evita di partire da zero, poiché già dieci anni fa la Comunità europea ha finanziato un'azione comune sulla pianificazione del personale sanitario; quindi, esiste già una conoscenza pregressa, utile ad esplorare il tema e ad osservare le buone pratiche nei vari Stati europei. Si partirà proprio da questo bagaglio di conoscenze per far sì che ogni Stato coinvolto rifletta sulle proprie criticità e debolezze, individui ambiti specifici e si attivi per ottenerne un miglioramento. Entro il 31 dicembre 2026 infatti, ciascuno Stato partecipante dovrà

¹⁴ Cit. intervista su Trendsanita.it, RICCOMAGNO A., “L'Europa, Agenas e la programmazione del personale sanitario”, 16 maggio 2023, <https://bit.ly/3r0c2zO>

dimostrare di aver concretamente migliorato la situazione nel proprio Paese, il che si traduce non certo nell'emanazione di linee guida ma nel mostrare esiti pratici.

La Joint Action andrà a concentrarsi sugli ambiti tecnici, trattandosi principalmente di un tema tecnico. Un primo aspetto fondamentale e da cui partire nella pianificazione è la disponibilità dei dati che permette di descrivere in tempo reale e fedelmente lo scenario attuale in termini di personale disponibile, come lavora, etc.

Altro argomento da affrontare è l'adozione di un modello previsionale, perché il tema del personale sanitario riguarda per forza il lungo periodo. Se serve un tot di medici specialisti occorre formarli e ciò richiede 12 anni, quindi le decisioni di oggi avranno una ripercussione sul mercato del lavoro fra 12, 15, 20 anni. Va da sé che è imprescindibile chiedersi quanti medici, infermieri, fisioterapisti serviranno fra 12, 15, 20 anni e, soprattutto, per quale domanda soddisfare. Non resta pertanto che fare delle stime tenendo conto di quanti professionisti entreranno nel mercato del lavoro e quanti ne usciranno e, dal lato qualitativo, ragionare sulle previsioni demografiche, tenuto conto che fra vent'anni saremo una popolazione anziana.

Un terzo aspetto tecnico è quello formativo: la Joint Action cercherà di individuare, nei 19 Stati che partecipano al progetto, le persone che si dovranno occupare di questi temi in modo da formarle o implementare competenze che già hanno.

Il quarto ramo dell'iniziativa riguarda l'aspetto relativo alle politiche del progetto, cioè il coinvolgimento degli *stakeholder*, obiettivo essenziale su cui gli Stati dovranno lavorare.

Guardando al nostro Paese, in merito aspetti tecnici siamo a buon punto perché abbiamo già partecipato alla precedente azione congiunta; quindi, possiamo trasferire nel progetto attuale alcune buone pratiche. Ad esempio, il Ministero della Salute già da qualche anno ha adottato un modello previsionale sul fabbisogno di personale sanitario che utilizza per decidere il numero chiuso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia ed è condiviso con tutte le regioni, per cui in questo caso anche il tema del coinvolgimento degli *stakeholder* viene soddisfatto. Ognuno usa lo stesso modello, le Regioni con dati regionali e il Ministero con i dati nazionali: in questo modo il dialogo è facilitato.

Nel campo dei dati si sta lavorando tanto ma ci sono ancora diverse lacune, come è stato evidenziato dalla Dott.ssa Mandorino di Cittadinanzattiva¹⁵. Grazie alla collaborazione fra Ministero e Istat, afferma nell'intervista il Dott. Paolo Michellutti, negli ultimi anni si stanno usando i Big Data e i dati delle amministrazioni, sulla base del Programma statistico nazionale approvato dal Garante Privacy. A livello individuale il calcolo dei professionisti sanitari attivi sul mercato è puntuale e quella che al momento risulta essere una fase sperimentale verosimilmente nei prossimi due anni permetterà al programma di basarsi su un database affidabile e utile a definire politiche più a corto raggio.

¹⁵ Si rimanda al Cap. 2

Il lavoro che resta da fare è soprattutto sul lato più decisionale e sul coinvolgimento degli stakeholder, ivi compreso il rapporto con l'Università, che diventa fondamentale.¹⁶

Michellutti prosegue asserendo che attualmente non ci sono ancora dei numeri certi bensì delle tendenze che dicono che il numero complessivo dei medici è ben sopra la media europea, motivo per cui non si può dire che in Italia non ce ne siano. Discorso diverso è per gli specialisti, pertanto bisognerà capire se effettivamente il futuro ci riserverà situazioni di carenza. Un dato invece incontrovertibile è la mancanza, in generale, di infermieri, sia se guardiamo ad un confronto con altri stati europei che come conseguenza dell'impostazione medicocentrica del SSN. Secondo il Project Manager dell'AGENAS la professione medica è molto più attraente di quella infermieristica in quanto chi diventa infermiere sa già che "non sarà al centro del sistema" perché visto più che altro come il collaboratore o il sottoposto del medico. Quindi secondo l'intervistato occorre ripensare il modello e fare in modo di rendere più attrattiva la professione infermieristica, non solo da un punto di vista economico, ma anche in termini di ambiti di competenza, responsabilità e autonomia.

Michelutti riferisce inoltre, ottimisticamente, che il progetto HEROS è agevolato dal PNRR perché grazie a quest'ultimo l'Italia ha un piano quinquennale

¹⁶ Cit. intervista su Trendsanita.it, [<https://trendsanita.it>], RICCOMAGNO A., "L'Europa, Agenas e la programmazione del personale sanitario", 16 maggio 2023, <https://bit.ly/3r0c2zO>

che definisce il modello di sanità da adottare in futuro, evitando il pericolo di mantenere lo status quo ricalcando il modello disfunzionale di oggi.

Il PNRR infatti detta molto chiaramente gli obiettivi da raggiungere nei prossimi cinque anni e soprattutto quale modello sanitario adottare in futuro. Si dovranno costruire scenari in cui il modello di erogazione delle prestazioni, almeno in certi settori, sarà diverso. Ciò che andrà compreso è quale dovrà essere tecnicamente lo skill mix, il mix di professionisti che forniscono quel tipo di prestazioni e sicuramente sarà differente rispetto ad oggi; le Case della Comunità sono luoghi in cui si erogano servizi che vedranno coinvolti più professionisti per cui, per esempio, la presa in carico e prevenzione attiva del paziente richiede la presenza di medici di base, fisioterapisti e infermieri di comunità che hanno il primo contatto con il paziente¹⁷.

Su quanto sopra la scrivente non può non sottolineare, ed è un tema rimarcato da più fronti, che attualmente ancora non si è definito come e dove verrà reperito il personale sanitario che dovrà popolare le Case della Comunità, aspetto indispensabile onde evitare di realizzare delle vere e proprie cattedrali nel deserto.

¹⁷ Idem

3.4 IL BURNOUT E LA SCELTA DI ABBANDONARE LA PROFESSIONE

La “sindrome da burnout”¹⁸ è determinato da uno stato di stress permanente ed è particolarmente diffuso tra le cosiddette professioni di aiuto coinvolte quotidianamente in attività che comportano continue relazioni con persone che vivono una situazione di disagio e sofferenza.

I professionisti sanitari in burnout risultano essere depressi, stressati e in perenne carenza di sonno a causa di orari di lavoro che vanno ben oltre il sopportabile e consentito, con carichi di lavoro impossibili. A ciò si aggiunge uno stress emotivo dovuto alla mancanza di riconoscimento del valore di quanto con competenza professionale si fa, al bisogno di assistere un numero eccessivo di pazienti e tale da rendere difficoltoso, se non impossibile, instaurare un rapporto empatico con gli stessi; in ultimo va aggiunta l’aggravante della burocrazia che rende tutto ancora più complicato.

La sindrome di burnout è una minaccia non solo per la salute del professionista ma anche per quella degli assistiti, dal momento che lavorare in continuo stress rischia di far incorrere il professionista nell’errore sanitario. L’Italia conta circa 100 mila errori sanitari all’anno.

A fare il punto della situazione e a confermare quanto sopra è il XXVIII Congresso Nazionale FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti

¹⁸ In italiano il termine “burnout” può essere tradotto con bruciato, esaurito, scoppiato

Ospedalieri Internisti) tenutosi a Milano nel maggio 2023, in cui viene illustrata la survey condotta dalla Federazione su un campione rappresentativo di oltre duemila professionisti sanitari dei reparti ospedalieri di medicina interna. Parliamo di reparti che assorbono un quinto di tutti i ricoveri in Italia, che spesso fungono da “cuscinetto” per altri reparti carenti di posti letto, e che assistono pazienti di età avanzata spesso affetti da più patologie.

Dal sondaggio FADOI è emerso che il 49,6% del campione si dichiara in burnout, percentuale che sale al 52% nel caso dei medici, per ridiscendere al 45% nel caso degli infermieri. In entrambi i casi l’incidenza è più del doppio tra le donne, tra le quali persiste la difficoltà di coniugare il tempo di lavoro con quello assorbito dai figli e la famiglia in genere. Tuttavia, emerge un risultato positivo, dovuto al fatto che la larga maggioranza di medici e infermieri si dichiara ancora gratificata dal proprio lavoro e dal rapporto con i pazienti.

Il fattore età incide particolarmente sullo stato di stress cronico, dal momento che nei professionisti di età inferiore ai trenta anni la percentuale di burnout scende al 30,5%. Tale dato, che rappresenta una percentuale piuttosto alta, non è certo confortante, tenuto conto che riguarda giovani ad inizio carriera. Dalla proiezione dei dati più significativi delle medicine interne della nostra sanità pubblica emerge che oltre 56mila medici e 125.500 infermieri lavorano in burnout e che per tale motivo incorrono in qualche inevitabile errore. A tal proposito possiamo riferirci anche ad una indagine statunitense condotta dalla Johns Hopkins University School of Medicine e dalla Mayo Clinic del Minnesota che ha rilevato almeno un errore grave nel corso dell’anno nel 36% dei camici bianchi in burnout.

Percentuale che, proiettata sul totale dei nostri medici, totalizza oltre 20mila errori gravi.¹⁹

Il discorso non cambia per quanto riguarda gli infermieri, come si può riscontrare da una serie di studi internazionali raccolti dalla FNOPI, la Federazione degli ordini infermieristici, la quale stima siano addirittura il 57% gli errori clinici più o meno gravi occorsi nell'arco di un anno. Applicando il dato al numero degli infermieri pubblici operanti in Italia in burnout ai 20mila errori si aggiungono altri 71.500 errori in fase di assistenza, per un totale di almeno di 92mila, certamente qualcuno in più tenuto conto che uno stesso operatore può essersi imbattuto in più di un errore nel corso dell'anno.

Gli effetti del burnout sulla salute in chi ne è vittima sono stati più volte studiati scientificamente e uno di questi è l'insorgenza di malattie professionali. Ad esempio, sotto burnout vi è il rischio di infarto del miocardio e di altri eventi avversi coronarici circa due volte e mezzo superiore, mentre le minacce di aborto vanno dal 20% quando l'orario di lavoro non supera le 40 ore settimanali, salendo fino al 35% quando si arriva a farne 70. Situazione sempre più diffusa con il persistente sottodimensionamento degli organici ospedalieri.²⁰

¹⁹ Quotidianosaità.it [<https://www.quotidianosanita.it>], “Congresso Fadoi: “Metà di medici e infermieri è in burnout e uno su due pensa di licenziarsi”, (autore sconosciuto), 06 maggio 2023, <https://bit.ly/3Pm8L81>

²⁰ Idem

Altro effetto del burnout è la somatizzazione: il 61% dei medici e il 48,4% degli infermieri testati da FADOI termina la sua giornata lavorativa sentendosi “emotivamente sfinito”.

La questione legata alle dimissioni dal SSN investe quasi il 50% di medici e infermieri in stato di burnout soprattutto tra coloro che coprono un ruolo di responsabilità. Il 45% dei coordinatori infermieristici è in burnout e pensa di licenziarsi entro l’anno, andando a incrementare la desertificazione sanitaria nel SSN, magari per andare a rafforzare il privato o qualche altro paese estero dove gli stipendi raggiungono anche il doppio rispetto a quelli italiani. Significativo è il dato che indica che tra i sentimenti più ricorrenti tra i coordinatori infermieristici ci sono il senso di frustrazione, la sensazione di non riuscire ad andare avanti e il senso di colpa per avere dovuto trascurare qualche paziente.

Sempre secondo i dati FADOI la percentuale dei coordinatori medici in burnout scende al 31,8% e la percentuale di chi pensa di licenziarsi entro l’anno è del 47,4%. In questo caso a sentirsi “emotivamente sfinito” è l’80% del campione, mentre il senso di frustrazione accompagna il 60% di loro e il 70% sente di non poter assolvere adeguatamente ai propri compiti. Le percentuali sono simili a quelle rilevate per i medici ospedalieri, dove però scende al 53% la sensazione di trattare adeguatamente in modo troppo impersonale i propri pazienti.²¹

²¹ Idem

3.5. POLITICHE DI CONTRASTO ALLA CARENZA DI CAMICI

Uno dei tentativi del governo per contrastare la carenza di camici è ampliare i posti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Una commissione di esperti, guidata dall'ex rettore dell'Università La Sapienza di Roma, Eugenio Gaudio, ha consegnato alla ministra dell'Università Anna Maria Bernini una bozza di relazione che prevede l'aumento degli ingressi a Medicina di trentamila posti entro il 2030, distribuiti in un arco di tempo di sette anni. Passo successivo è la trasmissione ai governatori regionali e l'avviamento della trattativa in Conferenza Stato-Regioni. La proposta contiene l'attuazione di importanti investimenti da destinare alle università, oltre all'adeguamento delle strutture per i tirocinanti a carico delle Regioni.²²

Gli esperti propongono di innalzare dall'anno accademico 2023/24 di un 20-30% la soglia dei 14.787 accessi previsti attualmente per il test in italiano ed ottenere 5000 posti in più ed arrivare così a 19 mila posti per il 2023. L'apertura è programmata in base al bisogno pertanto, secondo la ministra, che ha promosso un aumento dei prezzi di iscrizione già da quest'anno, non è il caso di aprire in maniera indiscriminata gli ingressi, perché ci potrebbe essere il rischio di danneggiare gli studenti che avrebbero professori nelle condizioni di non riuscire a insegnare. Sarà

²²<https://quifinanza.it/lavoro/universita-aumentano-i-posti-a-medicina-30mila-in-piu-entro-il-2030/709820/>, 12/05/2023; https://www.corriere.it/economia/lavoro/23_maggio_16/medicina-30-mila-posti-piu-piano-miur-contro-carenza-camici-bianchi-46db128c-efe7-11ed-b11b-448a986dc43d.shtml, 16/05/2023

compito del governo, mediante la commissione, stimare il numero dei medici e quali specializzazioni saranno necessari.

I costi per la realizzazione del programma, secondo le stime della Conferenza dei rettori, ammontano a circa 23 milioni di euro che dovranno essere destinati alle università.

La Federazione dell'ordine dei medici (Fnomceo) apprezza l'iniziativa e sottolinea la necessità di specialisti da garantire e di migliorare l'orientamento degli studenti, ad esempio con un potenziamento dei licei a curvatura biomedica²³.

D'altro canto, il Consiglio nazionale degli studenti (Cnsu) oltre a chiedere in tempi brevi l'aumento delle disponibilità, sollecita l'abrogazione del numero programmato.

Altro tentativo per arrestare l'emorragia di medici lo troviamo nel decreto-legge 34 del 30/03/2023, c.d. "Decreto bollette", convertito in legge (n. 56 del 26 maggio 2023), che contiene misure urgenti in materia di salute e a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché adempimenti fiscali. Riguardo il primo punto, di nostro interesse, il decreto è un primo passo verso la centralità della valorizzazione del personale sanitario²⁴.

Molte le misure di interesse sanitario riguardanti il personale contenute nel provvedimento orientate a contrasto della carenza di medici, contenute nel Capitolo

²³ Il liceo scientifico a curvatura biomedica solitamente prevede per il biennio, il potenziamento delle ore di scienze naturali e, per il triennio, l'introduzione di ore di biologia biomedica e biochimica (fonte Miur)

²⁴ Dichiarazione del Ministro della Sanità Orazio Schillaci durante il Congresso FADOI 2023

Il del DL 34/2023 convertito in Legge 26 maggio 2023, n. 56 e che troviamo negli articoli dal n. 10 al n. 16²⁵.

Nella Legge, all'art. 11, viene confermata l'indennità per medici e infermieri dei servizi di emergenza-urgenza' L'indennità verrà coperta dal 1° giugno 2023 al 31 dicembre 2023 con un importo di 100 milioni di euro complessivi di cui 30 milioni per la dirigenza medica e 70 milioni per il personale del comparto sanità.

Per il contrasto degli episodi di violenza contro il personale sanitario sarà possibile istituire postazioni fisse di Polizia nelle strutture ospedaliere, in considerazione del "bacino di utenza e del livello di rischio della struttura" (Art. 16).

L'articolo dedicato a regolamentare il ricorso ai c.d. medici "gettonisti" è l'Art. 10, probabilmente la misura più attesa, che vede un allentamento della stretta inizialmente annunciata. Gli enti e le aziende del SSN potranno infatti fare ricorso ai c.d. medici gettonisti non soltanto nei servizi di emergenza-urgenza ospedaliera, come inizialmente indicato nel testo del decreto, ma anche in altri reparti e per un periodo non superiore a dodici mesi. Ciò dopo aver preventivamente verificato l'impossibilità di utilizzare il personale già in servizio, nonché l'impossibilità di assumere gli idonei utilmente collocati in graduatorie e di espletare procedure di reclutamento. Inoltre, il personale medico e infermieristico utilizzato dovrà essere in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni vigenti. La

²⁵ Atto parlamentare del Senato della Repubblica, XIX Legislatura n. 714 - L. 53/2023 (GU n.124 del 29-05-2023) e Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 124 del 29/05/2023 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2023/05/29/124/sg/pdf>

norma inoltre impone al personale sanitario che abbia interrotto volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura sanitaria pubblica per prestare la propria attività in regime di esternalizzazione, di non poter chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il SSN. Altro punto dell'Art. 10 è che le aziende e gli enti interessati, per reinternalizzare i servizi appaltati, possono avviare le procedure selettive per il reclutamento del personale necessario per le funzioni precedentemente esternalizzate, prevedendo la valorizzazione, anche attraverso una riserva di posti non superiore al 50 per cento di quelli disponibili, del personale impiegato in mansioni sanitarie e socio-sanitarie corrispondenti nelle attività dei servizi esternalizzati che abbia garantito assistenza ai pazienti per almeno sei mesi di servizio. Le procedure non sono aperte a coloro che, in costanza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato si siano dimessi dalle dipendenze del Ssn.

Il decreto bollette emendato prevede, all'Art. 11, che le aziende ed enti del SSN, per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico presso i servizi di emergenza-urgenza e al fine di ridurre l'utilizzo delle esternalizzazioni, possano ricorrere, per l'anno 2023, alle prestazioni aggiuntive la cui tariffa oraria può essere aumentata fino a 100 euro lordi e ciò anche per il personale medico ed infermieristico dei pronto soccorso pediatrici e ginecologici afferenti ai presidi di emergenza-urgenza.

L'art. 12 riguarda le misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza e ha l'obiettivo di garantire la continuità nell'erogazione dei LEA, facendo fronte alla carenza di professionisti nei servizi di emergenza-urgenza

attraverso un ampliamento della platea dei professionisti che possono accedere al servizio e alle procedure concorsuali finalizzate alla stabilizzazione. Fino al 31 dicembre 2025 chi ha maturato, tra il 1° gennaio 2013 e il 30 giugno 2023, almeno tre anni di servizio anche non continuativo presso i servizi di emergenza-urgenza è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria del settore, anche se privo del relativo diploma di specializzazione. Inoltre, in via sperimentale, gli specializzandi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali. Per tali attività è corrisposto un compenso orario, che integra la remunerazione prevista per la formazione specialistica, pari a 40 euro lordi comprensivi di tutti gli oneri fiscali, previdenziali e di ogni altro onere eventualmente previsto a carico dell'azienda o dell'ente che ha conferito l'incarico. Altra misura della norma riguarda il personale sanitario nei servizi di emergenza-urgenza in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato, il quale può chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale. Introdotto inoltre un nuovo regime ai fini pensionistici, che tiene conto del lavoro svolto come usurante nei servizi di emergenza-urgenza, applicando per ogni anno di servizio prestato un coefficiente di trasformazione che incrementa il trattamento di pensione in uscita del sanitario.

L'art. 13 estende al personale tecnico e professionale reclutato dagli enti del SSN una disciplina transitoria in tema di stabilizzazione e inserisce l'attenuazione dei vincoli di esclusività per il personale sanitario del comparto. La norma consente lo svolgimento, da parte del personale rientrante nelle professioni infermieristiche, ostetriche, sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione ed appartenente al comparto della sanità pubblica, di altre prestazioni al di fuori dell'orario di servizio; il termine finale di applicazione della normativa è il 31 dicembre 2025 e sopprime il limite iniziale del monte ore complessivo settimanale per le suddette prestazioni di otto ore, di cui al decreto-legge. È previsto da parte del Ministero della Salute un monitoraggio ogni due anni sull'attuazione della disciplina transitoria in esame.

L'art. 14 modifica una disciplina in tema di reclutamento, a tempo determinato e con orario a tempo parziale, da parte di aziende ed enti del SSN, nonché di strutture sanitarie private accreditate appartenenti alla rete formativa, di medici specializzandi e di altri professionisti sanitari in corso di specializzazione (medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi) posta dalla legge di bilancio 2019 (L. 30 dicembre 2018, n. 145). La disciplina in questione da transitoria è divenuta a regime e consente anche più di una proroga del contratto a tempo determinato con gli specializzandi; inoltre, è venuto meno il limite di durata di 12 mesi della proroga, fermo restando che il contratto non può avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica ed è prorogabile fino al conseguimento del

titolo di formazione specialistica. Viene quindi eliminato il limite al 31 dicembre 2025 e non è previsto un termine.

L'Art. 15 consente l'esercizio temporaneo in deroga, fino al 31 dicembre 2025, relativo a qualifiche di professioni mediche, sanitarie o di interesse sanitario conseguite all'estero, presso strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private o private accreditate, comprese quelle del Terzo settore. La definizione della disciplina di dettaglio sarà raggiunta dopo l'intesa in Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, fino al 31 dicembre 2025, la norma esame prevede l'applicazione degli articoli 27 (ingresso in casi particolari) e 27-quater (ingresso e soggiorno per lavoratori altamente qualificati) del T.U. delle norme in materia di immigrazione anche al personale medico e infermieristico assunto - in base alla predetta disciplina derogatoria - presso strutture sanitarie o socio sanitarie, pubbliche o private, sulla base del riconoscimento regionale, con contratto libero-professionale ovvero con contratto di lavoro subordinato, entrambi anche di durata superiore a tre mesi, a carattere rinnovabile.

L'Art. 15-bis è espressamente finalizzato a fare fronte alla grave carenza di operatori di interesse sanitario in tutto il territorio nazionale sia in ambito pubblico sia in ambito privato, con particolare riferimento al settore della medicina sportiva. Viene prevista, pertanto una nuova possibilità di inserimento nell'elenco speciale ad esaurimento dei massofisioterapisti, riservata a quanti abbiano conseguito il titolo di massofisioterapista sulla base di corsi triennali attivati entro il 31 dicembre 2018.

Art. 15ter: abolisce, per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria e per i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione di odontoiatra, il requisito della specializzazione ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e ai fini dell'accesso alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del SSN. Inoltre, consente agli odontoiatri di esercitare alcune specifiche attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva, ed abroga la disposizione che attualmente preclude, salvo alcune eccezioni, la contemporanea iscrizione all'Albo di odontoiatra e ad altro Albo professionale.

Sconfortante è la bocciatura, in sede di conversione in legge del decreto, della norma prevista all'Art. 16bis sulla stabilizzazione dei precari di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) dopo il parere negativo espresso dalla Commissione Bilancio, in seguito ai rilievi del Servizio di Bilancio della Camera sui problemi di coperture e sul mancato chiarimento del numero di persone da stabilizzare.

Una brutta notizia, se si pensa che il fenomeno dell'abbandono è diffuso anche fra i nostri ricercatori alimentato dallo stato perenne di precariato. Il problema dei ricercatori precari in Italia e del loro abbandono non tende a una soluzione, tenuto conto che in Italia nel 2019 erano stati assunti 1.800 ricercatori sanitari – passando da co.co.pro. e borse di studio al contratto a tempo

determinato (5+5 anni) – mentre nel 2021 sono scesi a 1.290. In questi due anni quasi un terzo ha scelto di andare 'all'estero o di lavorare nel privato.²⁶

²⁶Vedasi sito informativo della CGIL “Collettiva”, 22/05/2023, <https://www.collettiva.it/copertine/lavoro/2023/05/22/news/iov-izs-padova-ricerca-precari-stabilizzazione-fp-cgil-305923/>

CAPITOLO 4

LE RAGIONI DELL'ABBANDONO: GLI ESITI DI UN'INDAGINE

Il presente capitolo è dedicato ad uno studio condotto su un gruppo di professionisti sanitari, dimissionari dal SSN, con l'intento di esplorare in primis le motivazioni alla base dell'allontanamento dalla professione pubblica, in secondo luogo la percezione che gli intervistati hanno riguardo la nuova collocazione e, infine, conoscere il pensiero riguardo le criticità del SSN attuale. Successivamente, si vuole verificare se esistono corrispondenze con altre indagini sull'argomento, come quelle riportate nei capitoli precedenti e con quanto viene riportato dai mass-media a riguardo.

4.1. NOTA METODOLOGICA

La ricerca, di tipo qualitativo, è stata effettuata su un campione non probabilistico¹ di una popolazione di medici e infermieri. In realtà era intenzione

¹ Per campionamento "non probabilistico" si intende la procedura di campionamento in cui i casi vengono scelti partendo da una situazione in cui non si ha accesso alla lista completa della popolazione di riferimento. In questo tipo di campionamento non si conosce la probabilità che ogni singolo caso ha di essere incluso nel campione (quando, cioè, la probabilità di essere nel campione non è nota) cosa inversa nel campionamento "probabilistico" in cui i casi vengono scelti in modo che la probabilità che ciascun caso ha di essere incluso nel campione è nota (fonte: Cfr https://elearning.unite.it/pluginfile.php/189099/mod_resource/content/1/IIIa%20campionamento%2020_21.pdf)

includere, tra i professionisti sanitari, anche i tecnici sanitari di radiologia, ma non c'è stata occasione di reclutare questa categoria di professionisti.

Per questo tipo di campionamento, di ampiezza limitata, non è possibile applicare i procedimenti della statistica inferenziale, pertanto i risultati ottenuti con campioni non probabilistici non sono generalizzabili all'intera popolazione di riferimento.

Il gruppo esaminato, infatti, è costituito da un totale di 30 professionisti dei quali 9 sono infermieri e 21 sono medici. Il reclutamento è avvenuto secondo la tipologia di campionamento non probabilistico “a valanga”² mixato con il metodo “a scelta ragionata”³. La prima si caratterizza per la concatenazione dei contatti. Si basa, infatti, sul legame di rete che intercorre tra i soggetti coinvolti nella ricerca: si parte dall'intervista di un gruppo ristretto di soggetti noti, ai quali si chiede di indicare altri soggetti appartenenti alla stessa categoria o che svolgono lo stesso ruolo. Per dovere di chiarezza, nel nostro caso è successo che talvolta i medici abbiano indicato degli infermieri e viceversa.

² O anche detto “a catena” o “a palla di neve”, in inglese “snowball sampling”, è un tipo di campionamento molto usato per soggetti che vogliono mantenere l'anonimato (es. i clandestini) (Fonte: Cfr. <https://bit.ly/3CA2ptR>, E. AMATURO, «Metodologia e Tecnica della Ricerca Sociale», Campionamento non probabilistico, Sociologia, Università di Napoli)

³ Il campionamento “a scelta ragionata” è usato nel caso in cui il campione sia di ampiezza limitata per evitare oscillazioni casuali rispetto a determinate caratteristiche della popolazione che si vogliono tenere sotto controllo. Le unità campionarie vengono scelte sulla base di alcune loro caratteristiche. (Fonte: file:///C:/Users/Utente/Downloads/10_11%20campionamento_12.05.22_19.05.22.pdf G. LAGETTO, Corso di Sociologia, «Metodi e Tecniche della Ricerca Sociale» aa 2021-2022, slide Il Campionamento, p. 71)

4.2 LA RICERCA

Si è iniziato da un gruppo di 12 professionisti sanitari dimissionari dal SSN dei quali la scrivente aveva una pregressa conoscenza e a cui è stato chiesto di collaborare mediante il coinvolgimento di altri colleghi medici, infermieri e/o tecnici sanitari di radiologia nella medesima situazione. Presupposto fondamentale che ha reso possibile l'ottenimento delle interviste è stato senz'altro la garanzia dell'anonimato.

Le uniche difficoltà riscontrate durante la ricerca sono riconducibili soprattutto alla disponibilità di dedicare del tempo da parte dei soggetti interpellati, essendo spesso impegnati nel loro lavoro. Tuttavia, la sottoscritta ha riscontrato da parte dei "candidati" particolare curiosità all'indagine, probabilmente perché il tema li toccava da vicino, cosa che ha agevolato i colloqui.

Il contatto preliminare è stato effettuato tramite telefonata a cui è seguita una e-mail contenente la lettera di presentazione dell'Università e il link al questionario relativo all'intervista⁴. Per i soggetti "presentati" da altri le vie sono state due: 1) il contatto di primo livello ha avvisato il proprio collega dell'esistenza di questa ricerca e di una imminente chiamata da parte della sottoscritta; 2) il contatto di primo livello ha fornito direttamente il/i recapito/i telefonico/i dei

⁴ Il questionario è stato redatto mediante l'account studentesco afferente l'Univpm su piattaforma Microsoft dal quale si è potuto ottenere un link che permetteva l'invio delle risposte in formato anonimo (in realtà utilizzato dalla scrivente per raccogliere e classificare in tempo reale le risposte) e la generazione di una griglia in formato Excel contenente tutte le risposte comprendenti eventuali integrazioni provenienti da ulteriori colloqui.

colleghi rispondenti alle caratteristiche ricercate alla sottoscritta per essere contattato/i.

Il questionario oggetto di intervista è stato suddiviso in 15 domande così ripartite:

- una PRIMA PARTE composta da domande per l'ottenimento di dati prettamente anagrafici quali:
 - anno di nascita; genere; stato civile; la presenza o meno di figli e loro numero;
- una SECONDA PARTE attinente alle caratteristiche ricercate, cioè:
 - il tipo di professione (medico e specialistica, infermiere, TSRM); Regione in cui lavorava nel SSN; se ex dipendente di ASL o AO; tempo di permanenza nel SSN;
- una TERZA PARTE, relativa espressamente agli obiettivi centrali della ricerca:
 - le motivazioni dell'abbandono dal SSN; il tempo di occupazione nel SSN; la situazione professionale attuale; percezione di miglioramento/peggioramento della situazione post dimissioni; aspetti critici nel SSN; eventuale ripensamento a tornare al SSN in caso di superamento criticità; parere in merito al lavoro "a gettone"; aspettative sul proprio futuro.

Il reclutamento e l'acquisizione delle risposte ha richiesto in tutto circa 50 giorni. Il tempo medio stimato per ciascuna l'intervista è stato di circa 14 minuti. Non sono mancati casi in cui, sebbene si fosse chiarito che sarebbe stata fatta

un'intervista diretta, il professionista abbia autonomamente inviato le risposte (probabilmente con l'intento di abbreviare il percorso o sentirsi meno impegnati) come nel caso di un medico residente negli USA. In circostanze come questa il professionista è stato ricontattato al fine di approfondire e/o integrare alcune risposte.

4.3. LE RISPOSTE

Pur essendo l'indagine di tipo qualitativo, possiamo fare qualche considerazione al fine di avere un quadro sulle caratteristiche più frequenti presenti nel gruppo di indagine.

In ordine alla prima parte "anagrafica" del questionario (domande da 1 a5) rileviamo che:

- L'età degli intervistati è molto eterogenea, andando dai 29 ai 71 anni. La fascia di età più diffusa, con 12 unità, è quella dai 43 ai 52 anni, a seguire la fascia di età dai 43 ai 29 anni con 9 unità, mentre la fascia di età dai 53 ai 63 anni consta di 5 unità e a seguire l'età più anziana, quella over 63 anni, con 3 unità.
- Del gruppo risultano 20 intervistati di genere maschile e 10 di genere femminile;
- In ordine allo stato civile del gruppo risultano 14 coniugati/e, 7 celibi/nubili, 8 divorziati/e ed 1 vedovo/a;
- La maggioranza, 21 professionisti, ha figli; di questi 13 professionisti hanno 2 o più figli.

In merito alla seconda parte del questionario attinente alle caratteristiche dei professionisti (domande 5, 6 e 7), emerge che:

- Gli intervistati sono costituiti da 21 medici e 9 infermieri. I medici sono suddivisi in chirurghi (5), anestesisti rianimatori (3), radiologi (6), psichiatri (2), ortopedici (2), 1 oftalmologo e 1 pediatra
- Le regioni di provenienza sono principalmente l'Umbria (11), a seguire le Marche (6), l'Abruzzo (3), l'Emilia-Romagna (3), la Lombardia (3), il Lazio (2), la Toscana (1) e la Calabria (1)
- L'azienda di provenienza in 14 casi è l'Azienda Sanitaria Locale, in 16 casi l'Azienda Ospedaliera.

Entrando nel vivo della ricerca, che troviamo nella terza parte dell'intervista (dalla domanda 8 alla 15) si hanno i seguenti risultati.

La domanda 8) riguardava gli anni di occupazione nel SSN: dalle risposte risulta un arco temporale che oscilla dall'anno e mezzo ai ben 37 anni (questo indica una prematura uscita rispetto all'età pensionabile). Il numero degli anni che si presenta con maggiore frequenza è 15 anni. La media degli anni di occupazione nel gruppo esaminato è di 14 anni. Questo ultimo dato è in linea con l'età media degli intervistati.

Riguardo la domanda 9) sulla motivazione principale e le motivazioni secondarie che hanno determinato la dimissione, le risposte sono state suddivise secondo la connotazione delle motivazioni stesse: economica; riconoscimento

professionale/gratificazione; stress/carichi di lavoro; carriera; disorganizzazione/carenza del personale; work life balance; qualità delle cure; motivazioni politiche.

A seguire i dati emersi riguardo le motivazioni principali.

MOTIVAZIONI PRINCIPALI:

- ECONOMICA: 5 risposte, che riportiamo testualmente, corrispondono a questa caratteristica:
 - *“Assenza di incentivi per chi esegue alcuni tipi di metodiche ad alta specializzazione”*;
 - *“Stipendio”*;
 - *“Vincolo di esclusività lavorativa”* (è inserito nella motivazione economica perché si è appurato che l'intervistato intendesse lavorare anche in libera professione per avere maggiori guadagni);
 - *“Compenso economico”*;
 - *“Scarso riconoscimento economico a fronte dell'impegno e dei continui turni senza adeguato riposo”*.

Le risposte sono piuttosto asciutte, due di queste indicano che la motivazione è correlata al riconoscimento professionale e al carico di lavoro.

- RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE/GRATIFICAZIONE: anche qui abbiamo 5 risposte che riportiamo testualmente:
 - *“Insoddisfazione per il mancato riconoscimento della mia professionalità”*;
 - *“Scarso riconoscimento del lavoro”*;
 - *“Con l'arrivo di un nuovo dirigente di 2° livello, a cui non piaceva tale materia (osteoarticolare, ndr) ritenendola più adatta a un'attività privata extra-ospedaliera, decise di troncane le varie attività ambulatoriali che avevo creato prima del suo arrivo (...) Mi sono trovato pertanto (...) a dover rinunciare ad*

effettuare quegli esami che sapevo fare meglio, per i quali ero ricercato e consultato da numerosi ortopedici, sia in sede intra- che extra-ospedaliera”;

- *“Mancati riconoscimenti e gratificazioni nonostante i buoni risultati ottenuti”;*
- *“Perdita del senso di appartenenza”.*

Queste risposte sono più eterogenee tra loro, in due casi il riconoscimento viene percepito come una conseguenza dei risultati positivi ottenuti. L'ultima risposta sembra essere una conseguenza del mancato riconoscimento della professione ma, sembra anche avere la connotazione di sfiducia verso il sistema pubblico.

- STRESS/CARICHI DI LAVORO: 4 risposte con questa motivazione:

- *“Stress per carichi di lavoro eccessivi”;*
- *“Stress e burnout lavorativo. In particolare: turni di notte, eccessivo carico burocratico, conflitti, esposizione a rischi giudiziari”;*
- *“Turnazioni eccessive con conseguente scarsa qualità della vita”;*
- *“Turni massacranti”.*

Queste risposte le abbiamo rispettivamente da un medico radiologo, un cardiologo, un anestesista e un infermiere.

- CARRIERA: a questa motivazione corrispondono 3 risposte:

- *“Impossibilità di fare carriera”;*
- *“Voglia di cambiare lavoro nella libera professione”*
- *“Avevo una posizione offerta in un reparto chirurgico a Firenze appena finita la specializzazione, ma mi sono trasferito a Chicago per training chirurgico ulteriore e non sono più tornato”*

L'aspetto della carriera qui la troviamo valorizzata in medici giovani che hanno avuto una permanenza nel SSN relativamente breve (10 anni, 11 anni e 5 anni).

- DISORGANIZZAZIONE/CARENZA DEL PERSONALE: il fattore organizzativo lo troviamo in 5 risposte:
 - *“SSN al tracollo”*;
 - *“Disorganizzazione”*;
 - *“Mancanza totale di organizzazione, impossibilità di esercitare la propria professione, mobbing e totale iniquità della gestione del personale da parte delle figure apicali o superiori”*
 - *“Personale medico insufficiente ed eccessivo carico di lavoro”*
 - *“La carenza di personale adeguato, la limitazione crescente di risorse”*
- WORK LIFE BALANCE: 3 le risposte hanno come motivazione la conciliazione vita privata / lavoro:
 - *“Poco tempo per me e per la mia attività lavorativa libero professionale”*
 - *“Ragioni familiari”*
 - *“Scarsa flessibilità degli orari di lavoro che non mi permettevano di conciliare la vita familiare”*.

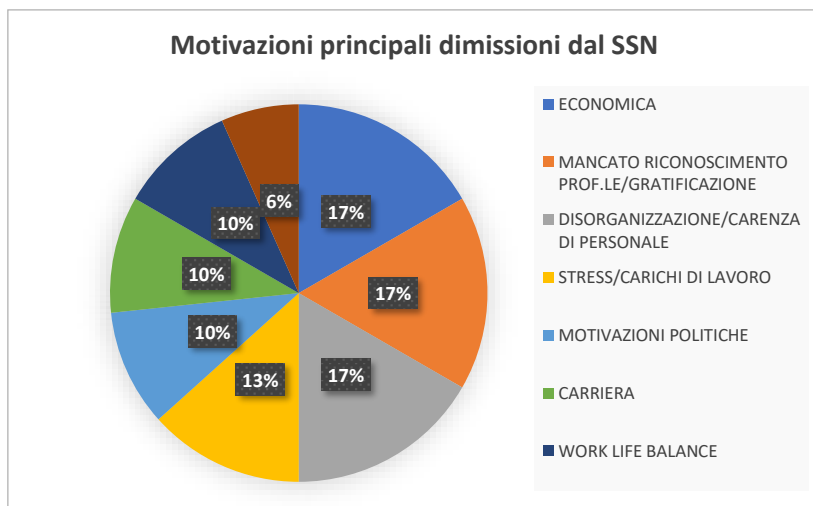
Riguardo la conciliazione vita / lavoro la prima risposta sembra indicare più che altro un fine utilitaristico, l'ultima esclusivamente conservatrice di un equilibrio familiare (è sicuramente un caso ma rileviamo che la risposta è data da una donna).

- QUALITÀ DELLE CURE: per questa categoria abbiamo 2 risposte:
 - *“Poca attenzione verso il paziente”*
 - *“Non riesco più a svolgere la mia professione con la qualità desiderata e dovuta”*

- **MOTIVAZIONI POLITICHE:** per questa categoria abbiamo 3 risposte:
 - *“Motivazioni politiche”;*
 - *“Hanno scelto un altro primario e non me che avevo maturato le competenze necessarie”;*
 - *“La mancanza di trasparenza nelle scelte aziendali quasi mai a vantaggio reale dei pazienti”.*

Qui sotto una restituzione grafica delle risposte alla domanda 9) che indica che il 51% quindi la metà del gruppo intervistato, attribuisce la loro scelta a motivi economici, di mancato riconoscimento professionale/gratificazione e di disorganizzazione/carenza del personale, aspetti su cui le strategie politiche, potrebbero orientarsi.

Grafico 1.4



C'è da dire che molto spesso la motivazione economica è correlata, se non consequenziale, al riconoscimento professionale e alla gratificazione, ma anche al clima organizzativo in cui si lavora. Questo per dire che, se non ci fossero le criticità relative al mancato riconoscimento professionale, che, come sappiamo, non si traduce solo esclusivamente in un riconoscimento meramente economico, e se non ci fossero problemi legati al clima organizzativo che impedisce di lavorare serenamente, probabilmente il “peso” relativo al riconoscimento economico sarebbe meno percepito.

MOTIVAZIONI SECONDARIE:

Le motivazioni secondarie vedono al primo posto quelle economiche con 8 risposte del seguente tenore:

- *“Ero scarsamente remunerata”;*
- *“Stipendio da poveri”;*
- *“Scarsa retribuzione rispetto ai carichi di lavoro”;*
- *“Scarso riconoscimento economico”;*
- *“Stipendi troppo bassi e responsabilità aumentate”;*
- *“Stipendio basso”;*
- *“Eccessiva richiesta di surplus lavorativo a fronte di trattamento economico indegno”;*
- *“Sottopagato”*

Il mancato riconoscimento professionale e la mancata gratificazione li troviamo in 5 risposte:

- *“Impoverimento motivazionale”;*
- *“Scarsa gratificazione, scarso riconoscimento del lavoro eseguito”;*
- *“Mancato riconoscimento e relativa gratificazione di chi lavora con maggior impegno”;*
- *“Ero scarsamente considerata nelle mie innumerevoli proposte atte a migliorare il servizio”;*
- *“Scarso riconoscimento professionale”*

Le motivazioni secondarie che riguardano lo stress e i carichi di lavoro le troviamo in 4 intervistati:

- *“Sfruttamento”;*
- *“Ritmi lavorativi pesanti e continue richieste di aumentare le prestazioni”;*
- *“Responsabilità aumentate”;*
- *“Eccessivo carico” (di lavoro)*

Quattro sono le risposte legate alla disorganizzazione e alla carenza di personale:

- *“Assenza cronica di personale che porta a dover fare più di quel che si dovrebbe esponendosi a rischi professionali”;*
- *“Clima lavorativo pesante, alta conflittualità da parte di quasi tutta l'équipe nei confronti della direzione, mancanza di risposte chiare e risolutive dalla direzione”;*
- *“Mancanza di lavoro in équipe”*
- *“Gestire la completa disorganizzazione del sistema oramai talmente incartato dalla burocrazia”;*

Le motivazioni politiche, legate cioè all'assetto istituzionale e alle strategie adottate, sono contenute in 5 risposte:

- *“Sentirsi dire dal DG che si fanno pochi esami e che è troppo per l’azienda perché fanno cose che si fanno solo in altri due centri in Italia. Addirittura, si pretende di pagare l’intramoenia ad orario come se una procedura e la sua velocità non dipendessero direttamente dall’operatore, per cui se io ci metto 15 minuti a fare una procedura devo rimanere timbrato 45 minuti perché stabilito così dal tempario. Questione del cosiddetto abbattimento liste d’attesa: esami prenotati ogni 45 minuti e i dipendenti vengono pagati ad orario, quindi, non saranno mai incentivati a farne di più”;*
- *“Assenza di meritocrazia”;*
- *“Assenza logiche meritocratiche”.*
- *“Il disinvestimento verso il servizio, la mediocrità del servizio che ci mettono in condizioni di offrire, veramente svilente la medicina dozzinale che non cura i pazienti ed ammalia i curanti”;*
- *“disinteresse dell’azienda alla formazione e alle qualità dei singoli”*

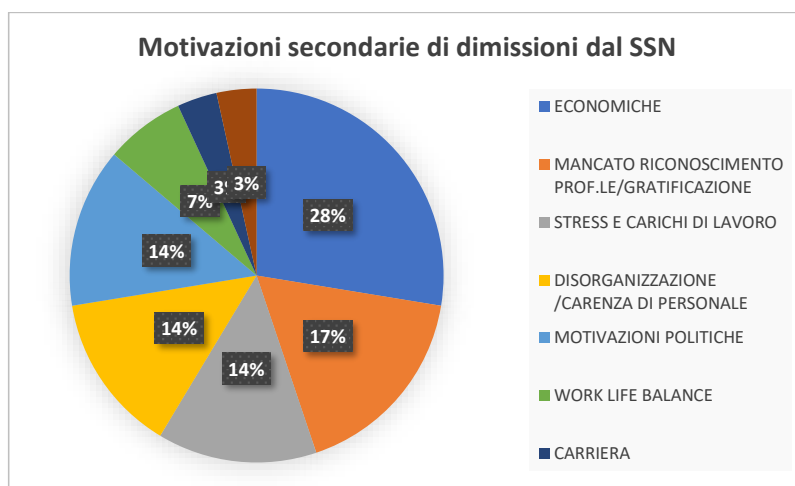
La conciliazione vita privata / lavoro - work life balance - di cui se ne sente parlare spesso, nel gruppo intervistato riguarda solo 2 risposte, nemmeno tanto enfatiche:

- *“Impossibilità’ di gestire il proprio tempo intra ed extralavorativo”;*
- *“Orari di lavoro”*

Infine, la motivazione legata alla carriera è di un solo intervistato, di cui la testuale risposta: *“Scarsa possibilità di fare carriera”.*

A seguire il grafico delle motivazioni secondarie che indica che il 28%, le individua nell’aspetto economico.

Grafico 2.4



Alla domanda 10) *“Attualmente lavora in strutture sanitarie private convenzionate con il SSN, non convenzionate, in proprio o si è trasferito all'estero? Per quante ore al giorno e quanti giorni a settimana è professionalmente impegnato?”*, la maggioranza del gruppo intervistato ha risposto che lavora in regime di libera professione sia presso strutture private convenzionate con il SSN che private non convenzionate.

Qualcuno ha evidenziato l'assenza di obbligo di reperibilità, turni di notte e durante i festivi:

“Lavoro in clinica convenzionata SSN in centri medici privati e come gettonista per ospedali pubblici che mi impegnano tutti i giorni della settimana, ma senza festivi e senza notti”; altra risposta: *“Lavoro all'estero, 5 giorni a settimana, 8 ore al giorno! Festivi, we liberi! No notti, no reperibilità, stipendio più alto”*.

Di 30 intervistati solo due medici (una psichiatra e un radiologo) lavorano come dipendenti in una struttura privata convenzionata.

In merito all'orario settimanale, la maggioranza non sta sotto le 40 ore settimanali, addirittura c'è chi lavora 12 ore al giorno per 6 giorni a settimana (medico radiologo); c'è anche un professionista che lavora solo tre giorni a settimana ma per 12 ore al giorno.

Vale la pena evidenziare che la categoria dei medici radiologi, altamente digitalizzata, è molto richiesta dal sanitario privato che fornisce servizi di diagnostica per immagini; questi medici non necessariamente necessitano di operare all'interno della struttura, ma possono lavorare secondo la formula "a distanza", attraverso un collegamento online con un programma software di visualizzazione immagini e refertazione (denominato RIS/PACS). Queste figure sono sempre più richieste e si sta assistendo, almeno in Umbria, regione della scrivente, ad una progressiva fuga dagli ospedali. Refertare a distanza richiede pochi minuti a paziente e la formula di retribuzione in questo caso è o "tot a referto" o sulla base di una percentuale da applicare ad ogni esame refertato. Questa diffusa prassi induce i radiologi a preferire un lavoro in parte in presenza (senza reperibilità, lavoro notturno e festivo) per un tempo limitato a due / tre giorni a settimana e in parte a distanza, comodamente da casa. Va da sé che molti lavorano anche molto più di 40 ore settimanali, con la differenza che le ore sono distribuite in maniera più consona alle esigenze personali del professionista. Secondo la scrivente, tale prassi, che si sta diffondendo anche presso le Aziende pubbliche che ricorrono ai gettonisti,

rischia di penalizzare la qualità del servizio di diagnostica, sempre meno a misura di paziente e con maggiore standardizzazione dei referti.

Un'altra variabile che attrae i radiologi verso la sanità privata è il fatto che quest'ultima investe molto sulla tecnologia e quindi su macchinari di ultima generazione e sulla relativa manutenzione, appannaggio una volta del pubblico ma che, per i continui tagli dei budget, non è più così.

Alla domanda 11) riguardante la percezione di miglioramento/peggioramento dello status professionale dopo le dimissioni, tutte le risposte sono in senso positivo.

Si riporta la risposta di un infermiere:

“Il mio status è migliorato nettamente per la sfera economica. Adesso ho un ruolo di coordinamento e management in cui metto a disposizione le mie conoscenze in modo condiviso e questo permette a tutti i miei collaboratori il confronto e un'apertura mentale abbandonando il concetto del "si è sempre fatto così". Non è facile! Mostrarsi leader oggi e non capi con un approccio diverso (utilizzando soft skills/team building) favorisce una crescita sana sia professionale che personale. Personalmente oggi ho più tempo per me, non sono più turnista per cui ho i miei vantaggi, anche se le responsabilità sono diverse e tante, ma questo non mi spaventa”.

A riprova di quanto scritto precedentemente sui radiologi, ecco una delle restituzioni:

“Ritengo di aver notevolmente migliorato la mia vita professionale e di conseguenza la mia serenità di vita. In particolare, sono notevolmente meno stressato perché devo rendere conto solo a me stesso avendo un'ampia libertà di organizzazione e di gestione del mio lavoro. Organizzo in modo del tutto autonomo i miei orari di lavoro, il mio modo di refertare gli esami radiologici, il mio rapporto con tanti miei colleghi specialisti e la mia vita personale si è arricchita di tanti spazi nuovi. Non ultima considerazione è il lato economico, che è all'incirca triplicato rispetto ai miei stipendi ospedalieri”.

Anche questa risposta, di una radiologa, è piuttosto emblematica:

“Sono migliorate le condizioni lavorative, mi sento considerata e rispettata. Lavorare più ore non è un problema dato che amo la mia professione. Guadagno adeguatamente al carico di lavoro e ho potuto fare cose prima impensabili da madre single, come comprare casa e far studiare mia figlia grande a Milano e in Australia”.

Il miglioramento percepito dal gruppo è soprattutto sull'aspetto economico e sulla qualità della vita (nonostante quest'ultima non abbia rappresentato una delle

più diffuse motivazioni), nonché sulla qualità del lavoro intesa come crescita/considerazione professionale. Un'infermiera risponde

“Ho migliorato molto la qualità della vita, dal punto di vista professionale, emotivo ed economico”; un chirurgo: “Notevolmente migliorato per qualità del lavoro, retribuzione, gratificazioni e tempo libero”; infine, un anestesista: “Migliorato sotto aspetto qualitativo del lavoro, economico, maggiore attenzione alla meritocrazia e alle capacità e attitudini”.

Veniamo ora alle critiche rivolte verso il SSN dal gruppo degli intervistati. Alla domanda 12) *“Secondo lei quali sono gli aspetti critici che rendono non più conveniente lavorare nel SSN (organizzazione, eccesso di stress, processi, normative etc.) e, nello specifico, nel reparto o distretto/dipartimento dove lavorava?”* più di qualcuno ha dato “libero sfogo” perché l'argomento è molto sentito e dalle risposte si può dire che il SSN sia considerato il primo “promotore” dell'abbandono dei propri professionisti.

Uno di questi è ad opera di un infermiere che letteralmente dice:

“L'organizzazione del SSN attuale è al tracollo, al collasso. Non c'è un collega che sento che sta bene sia professionalmente che personalmente. Siamo in una fase della PA di cambio generazionale, di gente che pensa di sapere coordinare ma in realtà non è così. Tutto ruota intorno al vertice politico, al conoscitore di sponsor che sceglie non per meriti ma per clientelismo, il suo gruppo di lavoro, che poi a mio avviso non sarà mai performante, magari solo all'inizio per compiacere. I vertici non li ho mai visti in corsia, è troppo facile comandare da una sedia e dirigere senza mai sporcarsi le mani con la “classe operaia”. Il Covid ci ha tolto tanto, ma, nonostante ciò, ci ha lasciato un profondo insegnamento: “la politica non fa la sanità”.

Qui si legge tutto il malessere verso una classe dirigente distante dalle reali problematiche che si vivono tutti i giorni in corsia.

Dure sono anche le critiche di un medico anestesista e di un'infermiera che lamentano una qualità pessima del lavoro presso il SSN perché guidato da una

classe manageriale inadeguata e poco qualificata che, a sua volta, sminuisce la professione sanitaria:

“Dal lato del lavoratore, assenza di una qualsiasi forma di carriera, trattamento economico indecente, eccessivi carichi di lavoro, continue richieste di aumento di responsabilità "isorisorse", burnout post-Covid con nessun riconoscimento; inoltre, impegno profuso, eccessiva burocrazia a scapito della funzione medica, direzioni sanitarie assenti/poco qualificate nel problem solving, dequalificazione dell'offerta chirurgica”.

“Troppe ore di lavoro e soprattutto reperibilità a fronte dello stipendio, mancata attenzione per chi ancora desidera lavorare secondo standard perché l'interesse è monetario, persone poco competenti ai vertici, mancata equipe tra colleghi”.

“È un ambiente di lavoro stressante e soprattutto non stimolante. La professione è sottopagata. L'organizzazione in generale pessima e non vengono ascoltati i medici che propongono soluzioni migliorative”.

Infine, c'è chi sottolinea la grave ingerenza della politica nella sanità pubblica e il pesante clima aziendale e organizzativo: *“Stress da burocrazia e politicizzazione. Se qualcuno vuole fare di più non può farlo perché il sistema non lo permette. Se ci prova si fa nemico tutto il reparto (...)”.* E ancora *“(...) L'organizzazione in generale pessima e non vengono ascoltati i medici che propongono soluzioni migliorative”.*

La sfiducia degli intervistati verso il sistema sanitario pubblico la possiamo constatare anche nelle risposte alla domanda 13) sull'eventuale disponibilità a rientrare a far parte del SSN nel caso venissero superate le criticità evidenziate. Ebbene, 17 intervistati su 30 rispondono negativamente, 10 positivamente, mentre 3 non lo fanno o sono in “forse”.

Riportiamo qui di seguito alcune delle risposte negative più significative:

“No. Non prevedo a breve termine nessun miglioramento a carico delle problematiche sovraespresse. Vale a dire totale sfiducia in un'eventuale riorganizzazione del SSN, carenza cronica di medici ed infermieri SSN”. Qui il punto centrale sembra essere il sottodimensionamento del SSN dovuto alla difficoltà di reclutare personale sanitario verso cui, secondo l'intervistato, non c'è ritorno.

“No, ho perso completamente la fiducia nelle amministrazioni, ho visto cambi repentini e non rischierei di mettermi nuovamente in gioco”. In questo caso la scelta è dettata dalla sfiducia verso la direzione, troppo spesso vittima del gioco delle alternanze politiche.

Abbastanza sconcertante è questa risposta *“Assolutamente No! La sensazione di benessere che ho raggiunto attualmente non è possibile in un ambiente ospedaliero. Per come è organizzata attualmente la sanità pubblica, anche se dovessero risolversi alcune criticità, non potrebbe mai soddisfare appieno i bisogni della popolazione e di coloro che vi operano all'interno”.*

Vi sono poi una serie di risposte molto legate al fatto che la sanità sarà sempre legata alla politica e che, quindi, non cambierà nulla.

Dei 10 pareri positivi, coloro che hanno risposto un secco “sì” sono un'infermiera, due chirurghi, un anestesista e un ortopedico.

Un'infermiera lombarda ritiene che, oltre a riconoscere nel SSN un vantaggio in termini di maggiore tutela sul pensionamento rispetto al privato, nel pubblico si instaura comunque un rapporto più coinvolgente, motivo per cui di buon grado vi rientrerebbe, se solo si superassero le criticità che l'hanno allontanata.:

“Certamente, dopotutto il posto pubblico è comunque una garanzia per il futuro (pensione) e c’è un contatto con il paziente differente più immersivo”.

Un’altra interessante risposta esprime il desiderio di rimettersi al servizio del pubblico per sentirsi più utile, quasi a voler recuperare quell’ideale di sanità per il quale si è scelto di seguire la carriera di medico: *“Sì, senza dubbio, perché dopotutto mi sento più utile a lavorare per il SSN.*

La penultima domanda, formulata con lo scopo di conoscere le opinioni riguardanti il ricorso del lavoro “a gettone” come soluzione efficace nel garantire cure di qualità, ha generato solo 8 risposte ottimiste, nonostante numerosi gettonisti all’appello.

I più fiduciosi di questi hanno dato risposte in cui è l’aspetto motivazionale che fa da catalizzatore nell’erogare cure di qualità:

“Sì, per l'utilizzo di professionisti in grado di assicurare elevati livelli di professionalità e motivati dal miglioramento delle condizioni lavorative e della risultante qualità di vita”; e ancora “Secondo me sì, perché i professionisti sono più motivati a dare il meglio di sé e ciò si ripercuote sulla qualità delle cure”; oppure “Sì perché cambia lo spirito con cui il professionista si impegna visto il miglioramento economico”; “Sì, perché l’incentivo economico può essere motivante”.

C’è anche chi ha evidenziato che, essendo comunque i gettonisti dei professionisti che si sono licenziati dal pubblico, sono preparati a erogare servizi di qualità, il che è abbastanza condivisibile se non ci fosse il rischio di non garantire continuità nella programmazione dei servizi, proprio perché trattasi di personale “a chiamata”. Tale aspetto è stato ribadito tra i professionisti con visione pessimistica sull’utilizzo dei gettonisti, come possiamo vedere nelle seguenti risposte:

“Svilisce la professione e soprattutto non genera una continuità né una programmazione nel reparto”; “Assolutamente no (...) Personale che date le condizioni non può assicurare continuità né costruire equipe stabili”; “Non credo sia la soluzione migliore manca la continuità assistenziale e i gettonisti non conoscono la realtà lavorativa locale”; “No. non c'è continuità assistenziale”.

Molto efficace nel rendere la sua idea è la restituzione metaforica di un medico:

“Volendo esemplificare in maniera "chirurgica" il SSN si sta dissanguando, il medico gettonista, come me, non è la soluzione dell'emorragia, è una trasfusione, rimedio palliativo indispensabile alla sopravvivenza del paziente, ma temporaneo”.

Alcuni dei contrari all'utilizzo dei “gettonisti” mette in evidenza l'aspetto della preparazione clinica e organizzativa e dell'affidabilità di questo tipo di personale:

“Personale spesso poco qualificato, inaffidabile in senso contrattuale”; “Non è un sistema efficiente. Viene sacrificata la professionalità sopperendo alle mancanze con personale spesso non preparato o inadeguato, che non esita a scaricare le proprie responsabilità su figure come gli anestesisti dipendenti”; “No, perché acuirebbe oltremodo i deficit organizzativi e di scarsa qualità clinica ed assistenziale dell'attuale SSN”; “(...) Normalmente nei Ps ci vanno medici con le specializzazioni più disparate che non hanno trovato altro”.

Infine, riportiamo alcune risposte che mettono al centro l'incapacità strutturale che comunque permane anche in presenza di gettonisti:

“Non è sufficiente perché permane la problematica strutturale e dirigenziale”; “(...) Sono un sistema tampone ma non risolvono il problema. La qualità della prestazione non è imputabile al singolo ma alla complessiva organizzazione della struttura”.

Quali aspettative hanno per il loro futuro i dimissionari del Sistema Sanitario Nazionale? Per avere un'idea abbiamo inserito tra le domande proprio questa, una domanda all'apparenza trascurabile ma che in realtà può dare delle informazioni sui nuovi scenari che potrebbero presentarsi all'orizzonte sul fronte della sanità pubblica. Il fatto che vi sia un numero cospicuo e sempre in aumento di abbandoni

dal SSN può senz'altro fungere da stimolo a replicare il comportamento in altri colleghi se non in futuri medici che già da principio scelgono di non perseguire la carriera sanitaria nel pubblico.

Facendoci caso la risposta all'ultima domanda racchiude tutto quello per cui si è scelta la strada della libera professione o di lavorare alle dipendenze della sanità privata. Inoltre, vi è una sorta di conferma alle ipotesi avanzate nei paragrafi precedenti.

Le speranze negli intervistati sono molto elevate, l'incertezza la si può leggere in poche restituzioni, ecco qualche risposta:

“Per il futuro mi aspetto gratificazione economica a fronte di un miglioramento delle condizioni di lavoro (meno turni, no festivi, no notti) correlato ad un miglioramento della qualità di vita per l'aumento del tempo da dedicare ai propri interessi ed alla propria famiglia”.

“Fare il mio lavoro con la tecnologia migliore disponibile sul mercato e con un'organizzazione impeccabile dalla prenotazione alla consegna dell'esame per fornire al paziente il miglior servizio per la sua salute”.

“Una migliore qualità della vita, un minore carico di lavoro, uno stipendio adeguato alle mie responsabilità”.

La categoria del professionista sanitario è caratterizzata da alta possibilità di collocazione: è raro che un professionista sanitario con una discreta esperienza (se non minima) nella sanità pubblica non abbia più di qualche proposta di collaborazione; sappiamo tutti quanto il comparto della sanità privata stia avanzando e non parliamo di piccoli centri medici, ma di vere e proprie multinazionali che investono in tecnologia, personale, marketing etc.

Alla luce di quanto sopra, le risposte alla domanda 15) sembrano essere abbastanza prevedibili, ne riportiamo alcune altre:

“Le mie aspettative per il futuro? Libera professione, vita privata, viaggi e crescita personale”.

“Mi aspetto di poter continuare a lavorare privatamente mantenendo alta la qualità del mio lavoro”.

“Vorrei continuare a lavorare finché ne ho le possibilità fisiche, finché la salute me lo consentirà. Entro quest'anno, in una struttura privata in cui sono anche socio e direttore sanitario, dovremmo iniziare un'attività diagnostica radiologica (...) Quindi ci sono ancora dei fertili progetti in corso”.

“Continuare così, aumentare un po' il lavoro quando i figli cresceranno, provare a lavorare fuori regione o all'estero”.

“Buone, perché ho diverse richieste di collaborazione da più fronti”.

C'è solo una risposta che dà l'impressione che non sia stata fatta una scelta felice nel dimettersi:

“Penso che ancora per poco potrei continuare con il privato. Per il pubblico non si sa. Dipende dalle condizioni. Ci sono anche disincentivi di natura fiscale, (cumulo con pensione, aliquote alte, oneri burocratici)”.

4.4 ESITI DELLA RICERCA E ALCUNE CONSIDERAZIONI

Nel paragrafo precedente abbiamo riportato la restituzione di alcune risposte su un argomento particolarmente sentito dagli intervistati.

Ciò che scaturisce dalle interviste è frutto di punti di vista personali che spesso hanno connotazioni emotive non di poco conto. Alcuni degli intervistati facevano trasparire profonda amarezza per la scelta presa, loro malgrado, di lasciare il lavoro “ideale” nella sanità pubblica, e per il quale hanno investito anni di dedizione.

Sappiamo che dietro le risposte degli intervistati vi è una combinazione di valutazioni personali e di pulsioni emotive. Talvolta gli incontri, molti telefonici, sono sfociati in veri e propri “sfoghi” che comunque sono stati propedeutici nell’interpretare le risposte al questionario, anche se letteralmente non sono stati trascritti.

Avendo riportato in forma scritta le risposte nell’istante in cui venivano date, l’aspetto emotivo, che riveste un ruolo fondamentale nel dare certe informazioni, nel momento dell’interpretazione dei dati è venuto meno. Nella ricerca qualitativa, infatti, soprattutto se si prevede il metodo dell’intervista diretta *face to face*, in cui vi è il ricorso alla registrazione audio, si raccoglie sicuramente una quantità maggiore di informazioni derivanti da fattori come il tono della voce, le pause, l’enfasi con cui viene espresso un pensiero, etc. tali da permettere di giungere alla conoscenza di motivazioni più profonde e autentiche e, soprattutto, di documentarle.

Quello che secondo la scrivente è emerso da questa piccola ricerca innanzitutto è che l’abbandono dal SSN non è stata (sempre) una questione di soldi. Non si è cambiato solo per guadagnare di più. Non si può negare che non è

sufficiente uno stipendio alto per sentirsi motivati e realizzati sul lavoro. Certamente un eventuale aumento della remunerazione motiva, ma per quanto? Con questo non si vuole dire che l'aspetto economico non sia importante. Se non è equo, adeguato e non risponde alle proprie esigenze, allora in questo caso può essere fonte di grande insoddisfazione. Se, al contrario soddisfa tutti questi elementi, rende soddisfatti, ma non necessariamente motivati.

Allora, perché si è cambiato drasticamente lavoro, da un sistema sanitario pubblico ad uno privato che, proprio per sua natura dà meno garanzie di continuità e di solidità? La motivazione è spesso legata all'assenza di riconoscimenti, che va oltre la sfera economica, in quanto più legata alla sfera emotiva e questo è ciò che sembra emergere da diverse testimonianze. Si è lasciato il proprio posto di lavoro perché non ci si è sentiti apprezzati, importanti. Perché non è stato riconosciuto il proprio contributo, troppo spesso dato per scontato. Oppure perché sono state sottratte delle mansioni o cancellati dei servizi che funzionavano e rispondevano ai bisogni reali dei pazienti, a seguito di scelte soggettive da parte del nuovo primario, senza che venisse condivisa un'alternativa e questo non ha fatto altro che alimentare il senso di "non appartenenza".

Tra l'altro c'è l'aspetto della crescita professionale. Personalmente la scrivente fatica a comprendere come in sanità si possa pensare di crescere professionalmente in un ambito privato (a meno che non parliamo di strutture di eccellenza), dove il fine ultimo non è altro che il profitto, il fare numeri – ad esclusione di qualche rara realtà - e dove, anche lì, alcune categorie di professionisti (mi riferisco in particolare ai radiologi di diagnostica per immagini e TSRM che

“macinano” esami su esami, a cottimo) sono letteralmente spremuti come limoni. Eppure, la percezione per molti dei professionisti intervistati è stata il non essersi sentiti valorizzati con un piano di crescita professionale per via della mancanza di interesse da parte dell’Azienda pubblica di investire su di loro come risorsa principale. Se ciò lo aggiungiamo all’inadeguatezza del trattamento economico, ecco qui che la fuga dal pubblico è garantita.

Le risposte evidenziano che è venuta a mancare la fiducia, l’autonomia e allo stesso tempo sono aumentati i carichi di lavoro e le responsabilità proprio perché non si è investito nel capitale umano per via di scelte aziendali inappropriate. Inoltre, il tema del clima organizzativo all’interno del luogo di lavoro è stato sollevato da alcuni professionisti e questo non va sottovalutato, perché un ambiente positivo genera migliori relazioni tra le persone (proprio in una delle testimonianze si è fatto cenno alla presenza di discussioni sul posto di lavoro, in un’altra alla mancanza di lavoro in équipe) che a loro volta sono motivanti, oltre a migliorare le performance e quindi la gratificazione nel raggiungimento degli obiettivi.

Altro argomento emerso dall’indagine è il miglioramento della qualità della vita, più volte ribadito, che va a costituire un tema centrale. Pressoché in maniera omogenea la percezione del proprio miglioramento di vita è coincidente con una maggiore libertà di organizzazione del proprio tempo di lavoro e con l’aver più tempo libero a disposizione per sé e la famiglia, nonché con il fatto di potersi permettere, guadagnando di più, scelte altrimenti non percorribili (un esempio è la risposta della madre single che ha potuto far studiare la figlia all’estero).

CONCLUSIONI

Questo lavoro si proponeva di verificare, mediante le testimonianze dirette dei professionisti sanitari dimissionari, le motivazioni che li hanno convinti a lasciare il posto di lavoro presso il SSN, con l'intento di verificare, allo stesso tempo, l'esistenza o meno di cause "altre" rispetto a quelle già note.

Le risposte ottenute dalla ricerca empirica hanno mostrato, coerentemente con altri studi e con le dichiarazioni di esperti di settore, che le motivazioni alla base delle Grandi Dimissioni nel SSN sono diverse: ricerca di migliori retribuzioni e progressi di carriera, esigenze di maggiore flessibilità e di condizioni per meglio conciliare lavoro e vita privata, malessere fisico, psicologico, relazionale¹.

Il fatto che le motivazioni all'abbandono non siano da ricondurre solo ad una questione economica è già noto. Ciò che incide maggiormente sono le condizioni di lavoro: turni stressanti con conseguente aggravio di carichi di lavoro a cui si aggiunge la preoccupazione di fare errori, richiami in servizio nel giorno di riposo, ferie maturate ma non godute, problemi di relazione con la direzione, etc. Una vera e propria impossibilità, insomma, ad avere il recupero psico-fisico e anche di conciliare tempi di vita e di lavoro.

¹ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=108816, 20 novembre 2022

Naturalmente la ricerca de quo, come già menzionato inizialmente, ha i suoi limiti, avendo ad oggetto un piccolissimo gruppo di rappresentanti dei dimissionari; tuttavia, i risultati sono in linea con quanto troviamo in letteratura. Il contributo che la ricerca potrebbe aggiungere agli studi pregressi è capire se esista la reale possibilità di un ripensamento e, quindi, di un ritorno al SSN da parte dei professionisti sanitari, nel caso in cui cambiassero le condizioni (superamento criticità SSN). Questo è un aspetto che, per quanto l'autrice sappia, altri studi non hanno indagato e che sicuramente merita un ulteriore approfondimento.

Una criticità dell'indagine riguarda senz'altro la provenienza dei professionisti facenti parte del gruppo target: abbiamo infatti medici ed infermieri provenienti dal Nord e Centro Italia, mentre sono praticamente assenti professionisti del Sud (ce ne è uno solo dalla Calabria), territorio notoriamente contraddistinto da una cronica carenza di servizi sanitari, da una spesa pro-capite sanitaria del 25% in meno rispetto al Nord e da un elevato tasso di mobilità sanitaria spesso verso il Nord². Probabilmente, l'ago della bilancia, con un target più eterogeneo in ordine alla provenienza, potrebbe cambiare (ci si potrebbe aspettare, per esempio, che le motivazioni dell'abbandono siano soprattutto legate alla qualità delle cure o alla disorganizzazione, piuttosto che per cause economiche o di work life balance, ma è solo un'ipotesi).

² Rapporto Svimez 2019 sull'Economia e la società del Mezzogiorno – Note di sintesi: Il Mezzogiorno nella nuova geografia europea delle disuguaglianze, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1000865.pdf>, pagg. 29-30

C'è da aggiungere inoltre che, alla fin dei conti, non sono i medici a mancare e per cui occorre aumentare il numero degli iscritti alle facoltà, bensì risulta essere spropositato il reclutamento massiccio degli stessi da parte del privato, con conseguente sottrazione di capitale umano alla sanità pubblica. Va infine considerato che ciò che manca non sono i medici in generale, ma i medici specialisti, soprattutto in certe branche. L'approfondimento sulla volontà o meno di un ritorno nel SSN insito in una delle domande dell'intervista, pertanto, almeno per i medici specialisti, trova giustificazione nel fatto che per poter rimediare alla loro carenza c'è necessità di un tempo relativamente lungo, posto che per formare uno specialista ci vogliono minimo 10 anni, mentre il problema è ora e occorre ricorrere al capitale umano a disposizione adesso.

La questione, tra l'altro, si pone anche con le nuove generazioni: la scarsa conoscenza delle motivazioni più profonde dell'abbandono induce il Governo a cercare la soluzione nell'incrementare gli iscritti a Medicina e Chirurgia, provvedimento del tutto anacronistico con quella che è la reale criticità, dal momento che i valori sono cambiati da una generazione all'altra per cui tra gli aspiranti medici non c'è più la diffusa ambizione di un tempo nel cercare di ottenere il posto pubblico.

Riguardo invece gli interventi messi in atto per contrastare l'abbandono dei sanitari, in particolare l'ultimo, il "Decreto Bollette" (decreto-legge 34 del 30/03/2023, convertito nella legge 56 del 26/05/2023) c'è da dire che in realtà il provvedimento in ordine all'utilizzo dei gettonisti non ha posto un drastico veto, come si evince nell'art. 10, bensì ha introdotto norme più stringenti sul loro utilizzo

(es. la previsione di necessità ed urgenza, che praticamente c'è sempre, oppure la norma che il personale che si dimette per lavorare con le cooperative non può chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il SSN, ben sapendo che qualsiasi professionista, in possesso dei requisiti, può rientrare mediante concorso pubblico). Il sistema dei gettonisti pertanto non sembra essere completamente disprezzato dalle istituzioni: tutto sommato, questo strumento può essere l'ultimo tentativo prima di chiudere un servizio definitivamente, mentre in altre situazioni offre chance organizzative e finanziarie di difficile rinuncia da parte dei decisori, soprattutto quando non ci sono alternative.

Anche le nuove misure per assumere, a partire dal terzo anno del corso, i medici in formazione specialistica hanno i loro limiti e non sono certo risolutive, ma semplici palliativi poiché, come previsto dal D. Lgs 17 agosto 1999, n. 368 “in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo” avendo lo stesso un'autonomia vincolata alle direttive del tutore, concordemente con quanto impartito dalla direzione sanitaria e dai dirigenti responsabili delle strutture presso cui si svolge la formazione.

Finora il sistema di governance della sanità si è dimostrato fallimentare e non più adeguato ai bisogni di salute. In tutto il dibattito che ruota intorno alla crisi del SSN quella che è la grande assente è una vera e propria riforma della governance del servizio sanitario che dovrebbe essere il primo pilastro di tutte le riforme successive, a cominciare dal PNRR dove la prima criticità è proprio la carenza di personale. C'è da aggiungere anche il recente dibattito politico sulla proposta di

autonomia differenziata che, se approvata, avrà le sue ripercussioni a livello di sanità regionale.

Purtroppo, siamo giunti a questo punto perché nell'alternanza dei governi, che negli ultimi anni non hanno mai terminato la legislatura, è mancata una programmazione di più ampio respiro e di lungo periodo necessaria a contenere la spesa pubblica e a individuare nuove soluzioni per contrastare il depauperamento del SSN. Quello che invece è successo finora è il ricorrere a provvedimenti di emergenza che trovano soluzione solo per alcune criticità del momento ma non vanno ad interrompere quel circolo vizioso che si è generato.

Dalle risposte alle interviste sembra emerge proprio questo: una mancanza di alleanza tra chi lavora sul campo puramente sanitario ed il management che, in fin dei conti, ha potere decisionale sull'operato dei sanitari con i quali fatica a relazionarsi.

Altro tema preoccupante, che rende senz'altro molto difficoltoso invertire la tendenza dell'abbandono del personale sanitario dal SSN, è il continuo definanziamento a cui lo stesso è sottoposto. L'aumento della spesa sanitaria stabilito dalla legge di bilancio per quest'anno è stato di soli due miliardi, insufficienti per garantire cure a tutti e la tenuta sociale del Paese. Ci ricorda l'OCSE che l'Italia dovrebbe spendere per la Sanità almeno 25 miliardi in più all'anno mentre ormai sono 20 anni che gli aumenti per la spesa sanitaria coprono a malapena i costi dell'inflazione.³

³ Rapporto shock dell'Ocse: "Se non si investe in sanità a rischio benessere e tenuta sociali". - Quotidiano Sanità, 23/02/2023, <https://bit.ly/3XkqPRC>

Concludiamo prendendo a prestito l'affermazione del Prof. Ivan Cavicchi, della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma, esperto di politiche sanitarie, che traccia quelle che dovrebbero essere le priorità per il salvataggio del nostro Sistema Sanitario Nazionale⁴:

- *“La questione del personale. Senza operatori la sanità pubblica chiude bottega. Noi dobbiamo chiedere di sbloccare le assunzioni ma nello stesso tempo dobbiamo renderci disponibili a ripensare prassi sempre più adeguate ai bisogni della gente e sempre più economicamente qualificate;*
- *Il rapporto pubblico privato. Se continuiamo a scaricare sul privato e a compensare con il privato le carenze del pubblico perderemo la sanità pubblica. Oggi si deve fare il contrario. Oggi si deve investire sul pubblico e alleggerire i cittadini degli oneri che sui loro redditi sono stati scaricati.*

I ministri della salute sia tecnici che politici fino ad ora si sono sempre adattati alle grandi esigenze finanziarie del paese e agli interessi forti che pesano sul sistema. Oggi con la sanità in ginocchio dovremmo cambiare passo e più che adattarci ai tagli lineari servirebbe ridefinire la sanità nelle nuove condizioni sociali e finanziarie date. “Exaptation” la definì Gould il grande biologo che ha reinterpretato Darwin. Cioè, la capacità non di adattarsi semplicemente ai limiti finanziari ma di ripensarsi di reinventarsi usando le risorse disponibili per evolvere e non avere più limiti come i tagli lineari”.

⁴ CAVICCHI I., “La salute è prossima al forfait. E Schillaci, da solo, non può salvarla”, Quotidianosanità.it [https://www.quotidianosanita.it], 15 novembre 2022, da https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=108928

BIBLIOGRAFIA

Capitolo 1

Ministero dell'economia e delle finanze, Ragioneria Generale dello Stato, *Conto Annuale 2020* <https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/web/sicosito/occupazione> (consultato il 20/02/2023)

AGE.NA.S, [www.agenas.gov.it], *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale*, ottobre 2022, [images/agenas/In%20primo%20piano/personale/personale_ssn_2022.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/personale/personale_ssn_2022.pdf)

OECD/European Union (2020), "Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle", OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

MAIER C.B., AIKEN L.H. and BUSSE R. (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>

MARUCCIO F., "The "Great Resignation": fenomeno epocale o normale avvicendamento nel mercato del lavoro?", *Rivista Leadership&Management*, [www.leadershipmanagementmagazine.com], 23 marzo 2023, da <https://bit.ly/LeadershipManagementMagazine> (ultima consultazione 10 giugno 2023)

DE SMET A., DOWLING B., MUGAYAR-BALDOCCHI M., and SCHANINGER B., "Great Attrition' or 'Great Attraction'? The choice is yours", <https://www.mckinsey.com/> Rivista Trimestrale McKinsey, 8 settembre 2021, da <https://www.mckinsey.com/capabilities/people-and-organizational-performance/our-insights/great-attrition-or-great-attraction-the-choice-is-yours#/> (ultima consultazione 10 giugno 2023)

PIACENTINI P., "Studio IBM: nel 2021 cambieremo lavoro e ci dedicheremo ad accrescere le nostre competenze", IBM Institute for Business Value (IBV), [<https://www.ibm.com/>], 25 febbraio 2021, da <https://it.newsroom.ibm.com/Study2021SkillsGrowth>

Codice campo modificato

BRUNETTA R, TIRABOSCHI M. “Grande dimissione: fuga dal lavoro o narrazione emotiva?”, Working Paper ADAPT n. 6/2022 University Press da <https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/workingpaperseiventiduetiraboschibrunetta.pdf>

5° Rapporto Censis-Eudaimon sul welfare aziendale, Censis [<https://www.censis.it/>], 9 marzo 2022, da <https://www.censis.it/lavoro/5%C2%B0-rapporto-censis-eudaimon-sul-welfare-aziendale>

Comunicato stampa Censis [<https://www.censis.it/>], “Lavoro: la Great Resignation italiana è rinviata”, da <https://www.censis.it/lavoro/lavoro-la-great-resignation-italiana-%C3%A8-rinviata>, 09 marzo 2022

Rapporto annuale sulle Comunicazioni Obbligatorie 2022, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, , Sezione Studi e Statistiche, 27 maggio 2022, da <https://www.lavoro.gov.it/>

Report Osservatorio del Precariato gennaio-dicembre 2022, INPS [<https://www.inps.it/>], 23 marzo 2023, da <https://www.inps.it/it/dati-e-bilanci/osservatori-statistici-e-altre-statistiche/report-cartaceo.html>

ANDREOLI G., “Dimissioni record, il paradosso del 2022: perché con l’inflazione alle stelle milioni di italiani lasciano il lavoro?”, Intervista a Fabrizio Pirro, Money.it [<https://www.money.it/>], 23 gennaio 2023, da <https://www.money.it/dimissioni-record-lavoro-paradosso-2022-inflazione> (ultima consultazione 25 maggio 2023)

Capitolo 2

Report Cittadinanzattiva [<https://www.cittadinanzattiva.it/>], “AHEAD Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR”, a cura di VOTTA M., VITALE M., FERRAILOLO B., 19 gennaio 2023, da <https://www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/5-report.html> (ultima consultazione 1 giugno 2023)

Portale AHEAD [<https://ahead.health/>], “The project Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts – or AHEAD – aims to reduce health inequalities by addressing the challenge of medical deserts and medical desertification in Europe”, <https://ahead.health/>, marzo 2023

DEL BENE L., slide “Management delle aziende sanitarie”, Università Politecnica delle Marche [<https://univpm.it>], 2020, da <https://bit.ly/42RmyXi> (ultima consultazione 18 giugno 2023)

XVIII Rapporto C.R.E.A. Sanità, [<https://www.creasanita.it>], “Senza riforme e crescita, SSN sull’orlo della crisi”, a cura di SPANDONARO F., D’ANGELA D, POLISTENA B., da <https://www.creasanita.it/attivita-scientifiche/rapporto-sanita-2022-edizione-xviii/>, 25 gennaio 2023, p 34 ss. (ultima consultazione 18 giugno 2023)

NISI G., «La “grande fuga” di medici e infermieri dall’Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all’estero quasi 180mila professionisti», *Quotidianosanita.it* [<https://www.quotidianosanita.it>], 07 marzo 2023, da https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111740 (ultima consultazione 15 giugno 2023)

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 marzo 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/mobilita2020. Ultimo accesso: 20 aprile 2023

A. FONZI, Saggio “La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti” - rivista “Corti Supreme e Salute” n. 3 settembre-dicembre 2022, [<http://www.cortisupremeesalute.it>] da <http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2023/02/Fonzi-2.pdf>, p. 670, 671, 684, 687 (ultima consultazione 25 maggio 2023)

CISLAGHI C., GIULIANI F., “Gli strumenti per misurare la mobilità”, *Quaderno di Monitor n. 9, “La mobilità sanitaria, 2012”*, Supplemento al numero 29 anno 2012 di *Monitor Trimestrale dell’Agenas*, <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/monitor-rivista-agenas>, p. 32 ss. (ultima consultazione 10 maggio 2023)

Capitolo 3

ARTIACO I., «La grande fuga dei medici dagli ospedali italiani: “stipendi bassi, aggressioni e nessuna tutela”», in *fanpage.it* [<https://www.fanpage.it>], 8 maggio 2023, <https://www.fanpage.it/attualita/la-grande-fuga-dei-medici-dagli-ospedali-italiani-stipendi-bassi-aggressioni-e-nessuna-tutela/> (ultima consultazione 13 maggio 2023)

ANAOO-ASSOMED [<https://www.anaao.it>], *Dicono di noi, “Stipendi bassi e burnout, 10 medici al giorno in fuga da Ssn - Fortune Italia”*,

<https://www.anaao.it/content.php?cont=37583>, 10 maggio 2023 (ultima consultazione 13 maggio 23)

PAPACCIO G., “Carenza dei medici: necessarie risposte politiche oltre gli specializzandi e gli over 70 in corsia”, in *IlSole24ore* [<https://www.ilsole24ore.com>], Sanità24, 4 maggio 2023, <https://bit.ly/3oblG1b> (ultima consultazione 13 maggio 2023)

MISERENDINO M., “Pronti a lasciare il posto fisso per lavorare come medici a gettone. Ecco chi lo fa e perché”, in *Doctor33* [<http://www.doctor33.it>], 17 novembre 2022, <http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/pronti-a-lasciare-il-posto-fisso-per-lavorare-come-medici-a-gettone-ecco-chi-lo-fa-e-perche/> (ultima consultazione 10 maggio 2023)

ANAC [<https://www.anticorruzione.it>], «Medici “a gettone”, Anac sollecita l’intervento del ministro alla Salute», 15 novembre 2022, <https://www.anticorruzione.it/-/medici-a-gettone-anic-sollecita-l-intervento-del-ministro-alla-salute> (ultima consultazione 13 maggio 2023)

AGENAS [<https://www.agenas.gov.it/>], Ricerca internazionale “HEROES - HEalth woRkfOrcE to meet health challEngES”, 2023-2026, <https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/ricerca-internazionale/personale-sanitario-ri/heroes-health-workforce-to-meet-health-challenges> (ultima consultazione 15 maggio 2023)

RICCOMAGNO A., “L’Europa, Agenas e la programmazione del personale sanitario”, in *TrendSanità* [<https://trendsanita.it>], 16 maggio 2023, https://trendsanita.it/leuropa-agenas-e-la-programmazione-del-personale-sanitario/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=dailypphc (ultima consultazione 3 giugno2023)

Quotidianosaità.it [<https://www.quotidianosanita.it/>], “Congresso Fadoi: “Metà di medici e infermieri è in burnout e uno su due pensa di licenziarsi”, 06 maggio 2023, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=113523 (ultima consultazione 3 giugno 2023)

QuiFinanza [<https://quifinanza.it/>], “Università, aumentano i posti a Medicina: 30mila in più entro il 2030”, 12 maggio 2023, <https://quifinanza.it/lavoro/universita-aumentano-i-posti-a-medicina-30mila-in-piu-entro-il-2030/709820/>, (ultima consultazione 3 giugno 2023)

CAVALCOLI D., “Medicina, 30 mila posti in più: il piano del Miur contro la carenza di camici bianchi”, Corriere della Sera [<https://www.corriere.it>], 16 maggio 2023, https://www.corriere.it/economia/lavoro/23_maggio_16/medicina-30-mila-posti-piu-piano-miur-contro-carenza-camici-bianchi-46db128c-efe7-11ed-b11b-448a986dc43d.shtml (ultima consultazione 8 giugno 2023)

Senato della Repubblica, XIX Legislatura, Atto parlamentare n. 714 - L. 53/2023 (GU n.124 del 29-05-2023) e Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 124 del 29/05/2023 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2023/05/29/124/sg/pdf>

PERISSINOTTO L., “Bocciata la stabilizzazione dei ricercatori. La protesta allo IOV e all'IZS di Padova”, su sito informativo “Collettiva” della CGIL [<https://www.collettiva.it>], 22 maggio 2023, <https://www.collettiva.it/copertine/lavoro/2023/05/22/news/iov-izs-padova-ricerca-precari-stabilizzazione-fp-cgil-3059923/> (ultima consultazione 10 giugno 2023)

AMATURO E., Corso di Sociologia, “Metodologia e Tecnica della Ricerca Sociale”, slide Campionamento non probabilistico, Sociologia, Università di Napoli, <https://bit.ly/3CA2ptR> (ultima consultazione 20 maggio 2023)

LAGETTO G., Corso di Sociologia, “Metodi e Tecniche della Ricerca Sociale” aa 2021-2022, slide Il Campionamento, p. 71, file:///C:/Users/Utente/Downloads/10_Il%20campionamento_12.05.22_19.05.22.pdf (ultima consultazione 30 maggio 2023)

Capitolo 4

Quotidianosaità.it [<https://www.quotidianosanita.it>], “Dirigenza sanitaria. A Mestre il confronto sulla *Great Resignation*, l’esodo del personale. Lanzarin: “Dobbiamo valorizzare le persone e le competenze”, 20 novembre 2022, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=108816 (ultima consultazione 17 giugno 2023)


Rapporto Svimez 2019 sull’Economia e la società del Mezzogiorno – Note di sintesi: “Il Mezzogiorno nella nuova geografia europea delle disuguaglianze”, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1000865.pdf>, pagg. 29-30 (ultima consultazione 17 giugno 2023)

FASSARI C., “Rapporto shock dell’Ocse: “Se non si investe in sanità a rischio benessere e tenuta sociali”. Per salvarsi la spesa dovrebbe aumentare dell’1,4% del Pil rispetto al 2019: che per l’Italia vorrebbe dire 25 miliardi in più all’anno”, Quotidianosanità [<https://www.quotidianosanita.it/>], 25 febbraio 2023, <https://bit.ly/3XkqPRC> (ultima consultazione 20 giugno 2023)

CAVICCHI I., “La salute è prossima al forfait. E Schillaci, da solo, non può salvarla”, Quotidianosanità.it [<https://www.quotidianosanita.it/>], 15 novembre 2022, da https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=108928 (ultima consultazione 20 giugno 2020)

ALLEGATI

Allegato 1

 <p>UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE</p>	<p>FACOLTÀ DI ECONOMIA "GIORGIO FUÀ" </p>
<h1>LA GREAT RESIGNATION DELLE PROFESSIONI SANITARIE: LE RAGIONI DELL'ABBANDONO</h1>	
<p>Questionario ai professionisti sanitari ex dipendenti SSN</p>	
<p>Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Sociosanitari Facoltà di Economia "Giorgio Fuà" - Università Politecnica delle Marche</p>	
<p>Laureanda: <i>Dott.ssa Raffaella Bartesaghi</i> Relatore: <i>Prof.ssa Micol Bronzini</i> Correlatore: <i>Prof.ssa Elena Spina</i></p>	
<p>* Obbligatoria</p>	
<p>> Dalla domanda 9 La preghiamo di rispondere in modo approfondito <</p>	
<p>1. Anno di nascita *</p>	
<input type="text"/>	

2. Genere: *

Uomo

Donna

3. Stato civile: *

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Vedovo/a

Divorziato/a

4. Ha figli? Se sì, quanti? *

5. E' medico/infermiere/Tsm?
(Se medico indicare la specialistica) *

6. In che Regione lavorava? *

7. Prima di dimettersi è stato dipendente di un'Azienda Ospedaliera o di un'Asl? *

8. Per quanto tempo è stato dipendente del SSN? *

9. Qual è la motivazione principale che l'ha indotta ad abbandonare il suo incarico nel SSN? Quali sono le altre motivazioni? *

10. Attualmente lavora in strutture sanitarie private convenzionate con il SSN, non convenzionate, in proprio o si è trasferito all'estero? Per quante ore al giorno e quanti giorni a settimana è professionalmente impegnato? *

11. Ritiene di aver migliorato/peggiorato il suo status professionale dopo le dimissioni? Per quali aspetti (qualità della vita, conciliazione vita-lavoro, economici, etc.)? *

12. Secondo lei quali sono gli aspetti critici che rendono non più conveniente lavorare nel SSN (organizzazione, eccesso di stress, processi, normative etc.) e, nello specifico, nel reparto o distretto/dipartimento dove lavorava? *

13. Se venissero risolte le criticità che l'hanno convinta a dimettersi, sarebbe disponibile a rientrare nel SSN? Se la risposta è NO, per quale motivo? *

14. Ritiene che il sistema di reclutamento di personale sanitario, c.d. "a gettone", a cui fanno ricorso alcune aziende sanitarie pubbliche, sia efficace nel garantire l'erogazione dei servizi sanitari con standard di qualità apprezzabili? Perché? *

15. Che aspettative ha per il suo futuro lavorativo? *

Allegato 2

N.	2) Genere:	3) Stato civile:	4) Ha figli? Se sì, quanti?	5) E' medico/infermiere/Tsr m? (Se medico indicare la specialistica)	6) In che Regione lavorava?	7) Prima di dimettersi è stato dipendente di un'Azienda Ospedaliera o di un'Asl?	8) Per quanto tempo è stato dipendente del SSN?	9) Qual è la motivazione principale che l'ha indotta ad abbandonare il suo incarico nel SSN? Quali sono le altre motivazioni?	10) Attualmente lavora in strutture sanitarie private convenzionate con il SSN, non convenzionate, in proprio o si è trasferito all'estero? Per quante ore al giorno e quanti giorni a settimana è prof...	11) Ritiene di aver migliorato/peggiorato il suo status professionale dopo le dimissioni? Per quali aspetti (qualità della vita, conciliazione vita-lavoro, economici, etc.)?
1	Uomo	Celibe/Nubile	No	Infermiere	Abruzzo	ASL	13	SSN al tracollo, stipendi troppo bassi e responsabilità aumentate	Sono L.P. in Italia, in Lombardia, struttura sanitaria privata convenzionata; 40 ore settimanali ma con flessibilità oraria anche se non sono una persona che sta a guardare l'orologio	Il mio status è migliorato nettamente per la sfera economica. Adesso ho un ruolo di coordinamento e management in cui metto a disposizione le mie conoscenze in modo condiviso e questo permette a tutti i miei collaboratori il confronto e un'apertura mentale abbandonando il concetto del "si è sempre fatto così". Non è facile! Mostrarsi leader oggi e non capi con un approccio diverso (utilizzando soft skills/team building)
2	Uomo	Divorziato/a	1	medico chirurgia plastica	Umbria	AO	10	Poco tempo per me e per la mia attività lavorativa libero professionale e per la mia famiglia	lavoro in strutture sanitarie private convenzionate con il SSN, non convenzionate, in proprio	tutto molto meglio. attività sportiva viaggi etc.
3	Uomo	Divorziato/a	3	Medico anestesista rianimatore	Umbria	ASL P.O.	22	Insoddisfazione per il mancato riconoscimento della mia professionalità. Eccessiva richiesta di surplus lavorativo a fronte di trattamento economico indegno, dequalificazione del proprio lavoro.	Strutture sanitarie SSN e private in qualità di libero professionista. 12 ore al giorno, 3 giorni alla settimana	Miglior qualità della vita, maggior tempo a disposizione per me e per i miei familiari, miglioramento status economico
4	Uomo	Coniugato/a	4	Medico radiodiagnostica	Umbria	Asl P.O.	16 anni	Assenza di incentivi per chi esegue alcuni tipi di metodiche ad alta specializzazione. Gestire la completa disorganizzazione del sistema oramai talmente incartato dalla burocrazia che uno specialista arriva a dover prescrivere l'esame che eseguirà, inserirlo a Cup, se no andrebbe ad un anno, farlo, refertarlo e consegnarlo al paziente di persona. Se parte di uno screening, bisogna inserire la stessa risposta in almeno tre software, perché incompatibili. Sentirsi dire dal DG che si fanno pochi esami e che è troppo per l'azienda perché fanno cose che si fanno solo in altri due centri in Italia.... addirittura si pretende di pagare l'intramoenia ad orario come se una procedura e la sua velocità non dipendessero direttamente dall'operatore, per cui se lo ci metto 15 minuti a fare una procedura devo rimanere timbrato 45 minuti perché stabilito così dal tempario. Questione del cosiddetto abbattimento liste d'attesa: esami prenotati ogni 45 minuti e i dipendenti vengono pagati ad orario quindi non saranno mai incentivati a fare di più...	Strutture private convenzionate 6/8 ore 6 giorni su sette	Decisamente migliorato. Orari stabiliti direttamente e totalmente flessibile. Lavoro organizzato da altri e perfettamente, devo solo pensare a fare il medico. Economicamente almeno tre volte senza notti e domenica
5	Donna	Celibe/Nubile	3	Medico oftalmologo	Umbria	ASL P.O.	14 anni	Scarso riconoscimento del lavoro, eccessivo carico, mancanza di lavoro in equipe	Lavoro presso strutture private non convenzionate per circa 24 h/settimana per 4 gg/settimana	Migliorato per più tempo libero, più riconoscimenti economici, meno tensione emotiva, assenza di discussioni sul posto di lavoro
6	Uomo	Divorziato/a	2	Medico radiologo	Umbria	AO	15 anni	Ragioni familiari ed una totale insoddisfazione del sistema del lavoro pubblico, sottopagato e l'assenza cronica di personale che porta a dover fare più di quel che si dovrebbe esponendosi a rischi professionali	Sono impegnato per 5 giorni a settimana 7-8 h / giorno prevalentemente in una struttura privata in cui sono stato assunto	Ho nettamente migliorato sia la mia qualità di vita sia quella professionale con forte riconoscimento nella popolazione

7	Uomo	Divorziato/a	2	Medico radiologo	Marche	ASL	15 anni	Stress per carichi di lavoro eccessivi, scarsa gratificazione, scarso riconoscimento del lavoro eseguito, impossibilita' di gestire il proprio tempo intra ed extralavorativo e, solo per ultimo, stipendio troppo basso rapportato al carico di lavoro e alla responsabilita'	Lavoro in clinica convenzionata ssn, in centri medici privati e come gettonista per ospedali pubblici che mi impegnano tutti i giorni della settimana, ma senza festivi e senza notti	Aumentato qualita' della vita in particolare per riuscire a gestire senza difficoltu' gli impegni personali extralavorativi, poter decidere di eseguire mansioni che piú mi aggradano e mi gratificano nel lavoro, miglior remunerazione complessiva
8	Uomo	Coniugato/a	2	Medico specialista in radiodiagnostica e in medicina dello sport	Umbria	AO	25 anni	Nel corso della mia attivita' ospedaliera come radiodiagnosta avevo approfondito, per interesse personale, soprattutto la diagnostica radiologica in ambito osteoarticolare e muscolo-scheletrico. Con l'arrivo di un nuovo dirigente di 2° livello, a cui non piaceva tale materia ritenendola piú adatta a un'attivita' privata extra-ospedaliera, decise di troncane le varie attivita' ambulatoriali che avevo creato prima del suo arrivo, a favore di un'attivita' mirata all'oncologia, materia che lo interessava molto di piú. Mi sono trovato pertanto, nel giro di pochi giorni, a dover rinunciare ad effettuare quegli esami che sapevo fare meglio, per i quali ero ricercato e consultato da numerosi ortopedici, sia in sede intra- che extra-ospedaliera. Mi sono guardato intorno e ho contattato una struttura privata per chiedere se avessero avuto bisogno di un radiologo "osteoarticolare". Avuta una risposta affermativa ho deciso di uscire dall'ospedale nell'aprile 2010.	Lavoro in attivita' libero-professionale in strutture convenzionate con il SSN. Precisamente in 4 strutture, dal lunedi al venerdi, con un impegno orario che varia dalle 4 alle 7 ore al giorno circa. Occasionalmente mi trovo impegnato anche il sabato e la domenica ma lavorando da casa.	Ritengo di aver notevolmente migliorato la mia vita professionale e di conseguenza la mia serenita' di vita. In particolare, sono notevolmente meno stressato perché devo rendere conto solo a me stesso avendo un'ampia liberta' di organizzazione e di gestione del mio lavoro. Organizzo in modo del tutto autonomo i miei orari di lavoro, il mio modo di refertare gli esami radiologici, il mio rapporto con tanti miei colleghi specialisti e la mia vita personale si é arricchita di tanti spazi nuovi. Non ultima considerazione é il lato economico, che é all'incirca triplicato rispetto ai miei stipendi ospedalieri.
9	Uomo	Coniugato/a	Nessuno	Medico Cardiologo	Umbria	ASL P.O.	Ospedale 27 anni, MMG convent. 10 anni	Stress e burnout lavorativo. In particolare: turni di notte, eccessivo carico burocratico, conflitti, esposizione a rischi giudiziari.	Centri privati polispecialistici, per quanto mi riguarda non in convenzione	Migliorato per non stress. Peggiorato per la qualita' del lavoro. (no terapia intensiva)
10	Donna	Celibe/Nubile	No	Infermiera	Emilia-Romagna	AO	1 anno e 6 mesi	Poca attenzione verso il paziente. Mancato riconoscimento e relativa gratificazione di chi lavora con maggior impegno, scarso interesse alla qualita' a fronte dei numeri operati.poca attenzione all'aspetto emotivo e umano con i professionisti	Privato convenzionato, 40/50 ore settimanali	Migliorato, aspetto economico e di liberta'
11	Uomo	Celibe/Nubile	Nessuno	Infermiere	Abruzzo	ASL	13 anni	Stipendio e meritocrazia	Azienda privata accreditata impegnato 5 giorni su 7	Migliorato per aspetto economico, gratificazione e crescita professionale
12	Donna	Divorziato/a	2 figli	Medico radiologo	Umbria	ASL P.O.	15 anni	Non riuscito piu' a svolgere la mia professione con la qualita' desiderata e dovuta, ero scarsamente considerata nelle mie innumerevoli proposte atte a migliorare il servizio, ero scarsamente remunerata	Lavoro in strutture convenzionate e non della mia regione. Lavoro 6 giorni a settimana con una media oraria di 12 ore	Sono migliorate le condizioni lavorative, mi sento considerata e rispettata. Lavorare piu' ore non e' un problema dato che amo la mia professione. Guadagno adeguatamente al carico di lavoro e ho potuto fare cose prima impensabili da madre single, come comprare casa e far studiare mia figlia grande a Milano e in Australia
13	Uomo	Celibe/Nubile	Nessuno	Medico anestesista rianimatore	Abruzzo	ASL	5 anni	Motivazioni politiche	38/40 ore settimanali. Struttura convenzionata SSN	Migliorato sotto aspetto qualitativo del lavoro, economico, maggiore attenzione alla meritocrazia e alle capacita' e attitudini
14	Donna	Coniugato/a	1	Infermiera	Emilia-Romagna	ASL	9 anni	Vincolo di esclusivita' lavorativa	Presso struttura privata convenzionata in qualita' di libero professionista: 36-40 ore settimanali	Migliorato a livello di gratificazione professionale e personale, conciliazione vita-lavoro, economici
15	Uomo	Coniugato/a	1	Medico radiologo	Umbria	ASL P.O.	10 anni	Impossibilita' di fare carriera...disinteresse dell'azienda alla formazione e alle qualita' dei singoli!	Strutture private convenzionate...circa 10 ore al giorno	Migliorato stipendio...e cresciuto professionalmente potendomi dedicare a quello che piú mi interessa e piace
16	Uomo	Coniugato/a	2	Medico chirurgia generale	Lazio	AO	15 anni	Disorganizzazione. Sfruttamento. Assenza logiche meritocratiche.	Privato convenzionato 3 gg / sett	Migliore qualita' di vita. Migliori condizioni economiche. Complessita' inferiore

17	Uomo	Coniugato/a	1	Infermiere	Marche	AO	11 anni	Voglia di cambiare lavoro nella libera professione	Libero professionista, lavoro 6 giorni su 7, 9 ore al giorno in media	Migliorato... sia a livello economico che di crescita professionale
18	Donna	Divorziato/a	1	Infermiera	Marche	AO	18 anni	Turni massacranti, stipendio da poveri	Lavoro all'estero, 5 giorni a settimana, 8 ore al giorno ! Festivi, wee liberi! No notti, no reperibilità, stipendio più alto	Ho migliorato molto la qualità della vita, dal punto di vista professionale, emotivo ed economico
19	Donna	Coniugato/a	2	Medico Psichiatra	Marche	ASL	15 anni	Mancati riconoscimenti e gratificazioni nonostante i buoni risultati ottenuti, scarsa possibilità di fare carriera, clima lavorativo pesante, alta conflittualità da parte di quasi tutta l'equipe nei confronti della direzione, mancanza di risposte chiare e risolutive dalla direzione, ritmi lavorativi pesanti e continue richieste di aumentare le prestazioni etc...	Struttura privata a tempo pieno	Migliorato sia il mio status professionale che il mio benessere psico-fisico
20	Uomo	Vedovo/a	2	Medico chirurgia generale	Calabria	AO	21 anni	Hanno scelto un altro primario e non me che avevo maturato le competenze necessarie	Casa di cura convenzionata nella mia regione, il mio contratto non prevede orari, quando c'è da fare si fa	Notevolmente migliorato per qualità del lavoro, retribuzione, gratificazioni e tempo libero
21	Uomo	Celibe/Nubile	No	Medico Anestesista	Marche	AO	1 anno e mezzo	Turnazioni eccessive con conseguente scarsa qualità della vita.	Strutture private convenzionate come libero professionista. Tra le 30 e le 36 ore a settimana tra i 3 e i 4 giorni a settimana. In base alle mie necessità.	Migliorato come qualità della vita, conciliazione vita-lavoro e migliori condizioni economiche.
22	Uomo	Coniugato/a	1	Medico. Specialista in chirurgia dei Trapianti	Toscana	AO	5 anni	Avevo una posizione offerta in un reparto chirurgico a Firenze appena finita la specializzazione ma mi sono trasferito a Chicago per training chirurgico ulteriore e non sono più tornato	Lavoro come Professore di Chirurgia e Capo Dipartimento in una Università degli USA	Certamente migliorato dal punto di vista di opportunità, salario e visibilità professionale. Il lavoro è stato senz'altro più duro che rimanere in Italia
23	Uomo	Coniugato/a	3	Medico ortopedico	Marche	AO	22 anni	Perdita del senso di appartenenza, scarsa retribuzione rispetto ai carichi di lavoro, impoverimento motivazionale	Libero professionista, "gettonista" in sala gessi in strutture del SSN in carenza di personale, a volte drammatica	Qualità della vita migliorata, minori responsabilità rispetto alla retribuzione (ma devo ancora fare i conti definitivi), maggior tempo libero, miglior gestione del tempo libero
24	Uomo	Celibe/Nubile	no	Medico chirurgo specialista in chirurgia generale	Umbria	AO	13 anni	Mancanza totale di organizzazione, impossibilità di esercitare la propria professione, mobbing e totale iniquità della gestione del personale da parte delle figure apicali e superiori	Strutture private e convenzionate in Italia ed all'estero. 6 giorni a settimana 8-10 ore	migliorato per ogni aspetto sociale, economico e professionale
25	Uomo	Divorziato/a	no	Infermiere	Lombardia	AO	22	Compenso economico e orari di lavoro	Sempre a Milano ma come libero professionista	Sicuramente, sia come contributo economico che come qualità di vita
26	Donna	Divorziato/a	No	Infermiera	Lombardia	AO	28 anni	Scarso riconoscimento economico a fronte dell'impegno e dei continui turni senza adeguato riposo	Sono libera professionista e lavoro 30 ore a settimana, sia a domicilio che per strutture private non accreditate	Migliorato decisamente, sia per aspetti economici che qualità della vita
27	Donna	Coniugato/a	2 figli	Infermiera	Lombardia	AO	21 anni	La motivazione principale è la scarsa flessibilità degli orari di lavoro che non mi permettevano di conciliare la vita familiare, in secondo luogo lo scarso riconoscimento economico e professionale.	Ora lavoro come libero professionista con P.Iva e sono impegnata 24 ore settimanali	Ritengo di avere sensibilmente migliorato la mia qualità di vita dal punto di vista familiare ed economico
28	Uomo	Coniugato/a	1	Medico ortopedico	Emilia-Romagna	ASL	32 anni	La mancanza di trasparenza nelle scelte aziendali quasi mai a vantaggio reale dei pazienti	Casa di cura convenzionata, 2 giorni a settimana per un massimo di 12 h	Migliorato, per qualità della vita, totale libertà di scelte, nessun vantaggio economico
29	Donna	Celibe/Nubile	no	Medico pediatra	Umbria e successivamente Lazio	AO	7 anni	Personale medico insufficiente ed eccessivo carico di lavoro	Attualmente sono libero professionista e lavoro in Italia; lavoro 5 giorni a settimana	Sì, è migliorata la qualità della vita
30	Donna	Coniugato/a	2	Medico psichiatra	Umbria	ASL	5 anni	La carenza di personale adeguato, la limitazione crescente di risorse, il disinvestimento verso il servizio, la mediocrità del servizio che ci mettono in condizioni di offrire, veramente svilente la medicina dozzinale che non cura i pazienti ed ammalia i curanti.	Sono ancora nel SSN espletando i tre mesi di preavviso ma mi sto organizzando per andare presso una struttura sanitaria convenzionata, una non convenzionata e una struttura residenziale convenzionata	Prendere questa forte e difficile decisione è stata dura e ha richiesto tempo, quasi come un lutto, visti gli ideali in cui credevo, ma ora mi sento molto allegerita

12) Secondo lei quali sono gli aspetti critici che rendono non più conveniente lavorare nel SSN (organizzazione, eccesso di stress, processi, normative etc.) e, nello specifico, nel reparto o distretto?	13) Se venissero risolte le criticità che l'hanno convinta a dimettersi, sarebbe disponibile a rientrare nel SSN? Se la risposta è NO, per quale motivo?	14) Ritieni che il sistema di reclutamento di personale sanitario, c.d. "a gettone", a cui fanno ricorso alcune aziende sanitarie pubbliche, sia efficace nel garantire l'erogazione dei servizi sanitari...	15) Che aspettative ha per il suo futuro lavorativo?
L'organizzazione del SSN attuale è al trabollo, al collasso. Non c'è un collega che sento che sta bene sia professionalmente che personalmente. Siamo in una fase della PA di cambio generazionale, di gente che pensa di sapere coordinare ma in realtà non è così, tutto ruota intorno al vertice politico, al conoscitore di sponsor che sceglie non per meriti ma per clientelismo, il suo gruppo di lavoro, che poi a mio avviso non sarà mai performante, magari slo all'inizio per compiacere, i vertici non li ho mai visti in corsia, è troppo facile comandare	NO perché ho trovato il mio equilibrio adesso	Non saprei, ma penso che per alcune attività possano essere efficaci	Non saprei, sono LP quindi pronto a tutto.
organizzazione, impossibilità di fare attività libero professionale, problemi con colleghi e superiori	NO perché ho una vita strutturata diversamente oramai	In realtà non penso siano efficaci perché occorre continuità per affinare il livello delle prestazioni	Libera professione, vita privata, viaggi e crescita personale.
Lato lavoratore, assenza di una qualsiasi forma di carriera, trattamento economico indecente, eccessivi carichi di lavoro, continue richieste di aumento di responsabilità "isorisorse", burnout postCovid con nessun riconoscimento; inoltre impegno profuso, eccessiva burocrazia a scapito della funzione medica, direzioni sanitarie assenti/poco qualificate nel problem solving, dequalificazione dell'offerta chirurgica.	NO. Non prevedo a breve termine nessun miglioramento a carico delle problematiche sovraesposte. Vale a dire totale sfiducia in un'eventuale riorganizzazione del SSN, carenza cronica di medici ed infermieri SSN	Sì, per l'utilizzo di professionisti in grado di assicurare elevati livelli di professionalità e motivati dal miglioramento delle condizioni lavorative e della risultante qualità di vita	Gratificazione economica a fronte di un miglioramento delle condizioni di lavoro (meno turni, no festivi, no notti) correlato ad un miglioramento della qualità di vita per l'aumento del tempo da dedicare ai propri interessi ed alla propria famiglia.
Stress da burocrazia e politicizzazione. Se qualcuno vuole fare di più non può farlo perché il sistema non lo permette. Se ci prova si fa nemico tutto il reparto e rischia solo di più senza guadagnare se non briciole	Si ma dovrebbe funzionare come il privato, dove chi lavora due volte guadagna due volte	I medici sono gli stessi che escono dalle stesse università. Normalmente nei Ps ci vanno medici con le specializzazioni più disparate che non hanno trovato altro	Fare il mio lavoro con la tecnologia migliore disponibile sul mercato e con un'organizzazione impeccabile dalla prenotazione alla consegna dell'esame per fornire al paziente il miglior servizio per la sua salute
Cattiva organizzazione del lavoro ed eccessive richieste, basso stipendio per i rischi che si corrono, mancanza di possibilità di crescita professionale e di fare carriera, mancanza di possibilità di part-time	NO, mi piace come lavoro adesso e come bilancio lavoro e tempo libero	NO, penso che possa aiutare momentaneamente ma è più oneroso per il SSN e fornisce meno garanzie all'utente	Continuare così, aumentare un po' il lavoro quando i figli cresceranno, provare a lavorare fuori regione o all'estero
Pessima organizzazione del lavoro, carenza di personale cronica, colleghi a volte inadatti ma che riescono a far carriera comunale, scarsa retribuzione	Non sarei disposto in ogni caso, non ne vale la pena	Svilisce la professione e soprattutto non genera una continuità né una programmazione nel reparto	Mi aspetto di poter continuare a lavorare privatamente mantenendo alta la qualità del mio lavoro

Carichi di lavoro disumani a discapito della qualità con rischi eccessivi per paziente e lavoratore, scarsa gratificazione, disorganizzazione generale, stipendi inadeguati	No, ho perso completamente la fiducia nelle amministrazioni, ho visto cambi repentini e non rischerei di mettermi nuovamente in gioco	Efficace nel ricoprire deficit di organico, ma andrebbe a parer mio intensificata la selezione dei professionisti per evitare di l'impiego di professionisti inadeguati all'incarico per capacità ed esperienza	Domanda difficile, complessivamente buone aspettative per il futuro
La struttura pubblica è purtroppo sottoposta a un'organizzazione rigida e piramidale, il più delle volte del tutto avulsa dalle reali esigenze del Paziente, nei tempi e nelle modalità di assistenza. Non viene per niente valorizzato il "merito" e c'è pertanto un appiattimento notevole di tutti i trattamenti del personale, sia medico che paramedico. Tutto questo porta a uno stress non ripagato sia dal punto di vista della gratificazione professionale che dal punto di vista remunerativo. Si creano con facilità dissapori, tensioni, atteggiamenti depressivi e una consapevole e frustrante consapevolezza di non poter dare il proprio meglio per il benessere del Paziente davanti ai numerosi ostacoli che una burocrazia aziendale ha inevitabilmente portato in ambito sanitario.	Assolutamente NO! La sensazione di benessere che ho raggiunto attualmente non è possibile in un ambiente ospedaliero. Per come è organizzata attualmente la sanità pubblica, anche se dovessero risolversi alcune criticità, non potrebbe mai soddisfare appieno i bisogni della popolazione e di coloro che vi operano all'interno.	Non saprei rispondere... lo credo molto in un'attività privata "convenzionale" con il SSN per tutto ciò che è la gestione ambulatoriale del malato, lasciando alla struttura pubblica solo le problematiche più importanti e superspecialistiche, magari differenziando gli ambiti specialistici fra i vari ospedali di una regione.	Vorrei continuare a lavorare finché ne ho le possibilità fisiche, finché la salute me lo consentirà. Entro quest'anno, in una struttura privata in cui sono anche socio e direttore sanitario, dovremmo iniziare un'attività diagnostica radiologica comprensiva di un'apparecchiatura per la radiologia convenzionale, per la risonanza magnetica e per la mineralometria computerizzata (MOC). Quindi ci sono ancora dei fertili progetti in corso.
Tutti.	Si, con dei limiti. Notti, età anagrafica, tipo di organizzazione del lavoro	Non saprei. Non ho dati in merito.	Penso che ancora per poco potrei continuare con il privato. Per il pubblico non si sa. Dipende dalle condizioni. Ci sono anche disincentivi di natura fiscale, (cumulo con pensione, aliquote alte, oneri burocratici)
Troppe ore di lavoro e soprattutto reperibilità a fronte dello stipendio, mancata attenzione per chi ancora desidera lavorare secondo standard perché l'interesse è monetario, persone poco competenti ai vertici, mancata équipe tra colleghi	No, per la libertà della libera professione	Si, se si avvale di personale preparato	Continuare la libera professione tra sala operatoria e terapia intensiva, probabilmente cambiando città
Organizzazione stress responsabilità e rischi non retribuiti	Potrei pensarci	Assolutamente no, ci sono meno garanzie di cure di livello adeguato	Continua crescita professionale
E' un ambiente di lavoro stressante e soprattutto non stimolante. La professione e' sottopagata. L'organizzazione in generale pessima e non vengono ascoltati i Medici che propongono soluzioni migliorative	Si, senza dubbio, perché dopotutto mi sento più utile a lavorare per il SSN	Non e' sufficiente perché permene la problematica strutturale e dirigenziale	Attualmente non cambierei nulla...quindi che rimanga così
Le decisioni politiche	No perché il sistema tende a premiare come responsabili non più "il più bravo" ma colui che ha maggiori agganci politici	Non saprei. Sono un sistema tampone ma non risolvono il problema. La qualità della Prestazione non è imputabile al singolo ma alla complessiva organizzazione della struttura	Attualmente ottime.
Vincolo di esclusività, mancata valorizzazione del lavoro individuale, eccesso di stress/processi, ambiente di lavoro malsano	No, perché sono motivazioni che coinvolgono tanti aspetti	Si, perché l'incentivo economico può essere motivante	Di avere la possibilità di scegliere le esperienze professionali da intraprendere
I professionisti venivano trattati tutti alla stessa maniera nonostante le diverse età, competenze e qualità!	No ...perché la politica sarà sempre nella sanità e quindi non migliorerà mai!	Non mi interessa e non ho idea ...ma penso che non ha senso pagare quanto un medico strutturato in privato solo per 3 giorni e 2 notti ...se guardate le tariffe capirete che un ospedaliero è un povero affogato.	Di poter continuare a lavorare con serenità e passione
Disorganizzazione, Sfruttamento. Assenza logiche meritocratiche.	Si	No. Assenza di selezione mirata ai bisogni.	Nessuna

Manca meritocrazia e spazio per una crescita professionale ed economica	Forse dipende dalle condizioni	Non credo che sia la risposta a questo problema di mancanza di personale	Continuare a crescere professionalmente
Eccesso di stress, stipendio basso	Si rientrei subito	No! Perché non c'è nessuna verifica sulle competenze	Fare tutt'altro: aprire un enoteca
Continue richieste di "sacrifici" a fronte di una scarsa valorizzazione del personale. Mancata partecipazione alle decisioni organizzative che calano dall'alto, mancanza di risposte concrete alle richieste del personale "in trincea". Indifferenza e risposte "melliflue" alla perdita continua di personale qualificato.	Al momento assolutamente no per senso di gratitudine e fiducia nei confronti dell'azienda che mi ha assunto	Absolutamente no, personale spesso poco qualificato, inaffidabile in senso contrattuale. Personale che date le condizioni non può assicurare continuità né costruire equipie stabili	Restare nel privato
Lavoro non giustamente retribuito, elevata burocrazia, nessun valore al merito, troppe raccomandazioni e ingerenze politiche	Sì, senza dubbio	Non credo sia la soluzione migliore manca la continuità assistenziale e i gettonisti non conoscono la realtà lavorativa locale	Mantenere e implementare la mia qualità di lavoro
Organizzazione inadeguata e condizioni medico legali rischiose nei presidi più piccoli, orari di lavoro eccessivi, remunerazione inadeguata per le responsabilità di cui bisogna farsi carico. Questo in particolare per il mio lavoro che riguarda le urgenze.	Sì	Non è un sistema efficiente. Viene sacrificata la professionalità sopportando alle mancanze con personale spesso non preparato o inadeguato, che non esita a scaricare le proprie responsabilità su figure come gli anestesisti dipendenti.	Una migliore qualità della vita, un minore carico di lavoro, uno stipendio adeguato alle mie responsabilità.
Il supporto per l'avanzamento professionale e la ricerca sono molto limitati. Il compenso è basso e certamente insufficiente.	Non tornerei a questo stadio della mia carriera perché sarebbe controproducente per la mia famiglia e per i miei impegni con l'Università che mi ha supportato per molti anni	Non conosco i dettagli e quindi mi astengo dal rispondere	Continuare nel mio ruolo presente per altri 5-8 anni
Preferisco non rispondere	Sì	Volendo esemplificare in maniera "chirurgica" il SSN si sta dissanguando, il medico gettonista, come me, non è la soluzione dell'emorragia, è una trasfusione, rimedio palliativo indispensabile alla sopravvivenza del paziente, ma temporaneo.	Per il momento navigo a vista.
manca totale di organizzazione, impossibilità di esercitare la propria professione, mobbing e totale iniquità della gestione del personale da parte delle figure apicali o superiori	No, perché non avverrà mai	No, perché acuirebbe oltremodo i deficit organizzativi e di scarsa qualità clinica ed assistenziale dell'attuale SSN	Che si mantenga come l'attuale
Eccesso di stress e continui spostamenti da un U.O. all'altra	Non credo	Sì perché cambia lo spirito con cui il professionista si impegna visto il miglioramento economico	Maggiori guadagni
Eccesso di stress e processi troppo complessi in termini di burocrazia. In reparto manca l'assunzione di responsabilità da chi di dovere	Certamente, dopotutto il posto pubblico è comunque una garanzia per il futuro (pensione) e c'è un contatto con il paziente differente più immersivo	Sì, molti dei professionisti sono coloro che si sono licenziati dal pubblico, quindi preparati.	Vorrei solo lavorare serenamente
Le mie motivazioni non sono legate ad un reparto specifico, ma all'organizzazione aziendale che non mi permette di conciliare lavoro e famiglia e credo che questa sia uno degli aspetti critici che spinge molti di noi ad andarsene	Probabilmente rientrerei nel SSN	Secondo me sì, perché i professionisti sono più motivati a dare il meglio di sé e ciò si ripercuote sulla qualità delle cure	Mi aspetto di continuare a lavorare come LP perché non credo che il SSN possa risolvere nel breve periodo le criticità
La figura del medico è ormai soggetta a troppe regole burocratiche fini a se stesse solo per giustificare uffici e impiegati completamente inutili, troppi interessi politici, troppe decisioni di facciata prive di reali vantaggi (reparto ortopedia)	No, non ha alcun senso tornare indietro perché è impossibile che qualcosa possa cambiare in meglio con la classe dirigente attuale	No perché i medici a gettone non possono sentirsi coinvolti ottime	Ottimo, ho ancora tante energie e sono pronto a nuove opportunità
personale insufficiente, eccesso di stress, scarsa organizzazione, scarsa remunerazione in relazione all'impegno profuso ed alle responsabilità	Non so mi piacerebbe ma ci devo pensare	No, non c'è continuità assistenziale	Continuare la libera professione
Pessima organizzazione, pressapochismo, non curanza, non cura verso la qualità, inevitabile sovraccarico del poco personale	Non so, la scelta è forte, dovrebbero essere molto valide le ragioni per tornare indietro	Forse meglio, la motivazione credo sia più alta	Buone, perché ho diverse richieste di collaborazione da più fronti