



**Rapporto Fnomceo-Censis**

**Il necessario cambio  
di paradigma  
nel Servizio sanitario:  
stop all'aziendalizzazione  
e ritorno del primato  
della salute**

*Rapporto finale*

**Roma, 11 luglio 2024**

# INDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. PRIMA LA SALUTE</b>  | <b>4</b>  |
| <i>1.1. La centralità necessaria del medico</i>  | 4         |
| <i>1.2. Le radici vere delle criticità e delle soluzioni possibili</i>                       | 5         |
| 1.2.1. Attirare e trattenere i medici per rilanciare la sanità italiana                      | 5         |
| 1.2.2. I numeri in pillole   | 8         |
| <b>2. GLI EFFETTI DELLE SCELTE ECONOMICISTE</b>  | <b>11</b> |
| <i>2.1. La deriva aziendalista</i>   | 11        |
| <i>2.2. La transizione necessaria</i>  | 12        |
| 2.2.1. Andare oltre il paradigma economicista  | 12        |
| 2.2.2. Il necessario primato del paradigma salute-centrico                                   | 13        |
| <i>2.3. La fragilizzazione</i>   | 14        |
| <i>2.4. Una diversa strada</i>   | 15        |
| <b>3. LA PROFESSIONALITÀ SVALORIZZATA: IL RILANCIO URGENTE DEL VALORE DEL MEDICO</b>         | <b>17</b> |
| <i>3.1. La volontà soggettiva che compensa le carenze sistemiche</i>                         | 17        |
| <i>3.2. Lo stato della situazione</i>  | 18        |
| 3.2.1. L'alta pressione su emergenze e reparti di <i>primo trasferimento</i>                 | 18        |
| 3.2.2. Ricostruire attrattività  | 19        |
| <i>3.3. I numeri del disinvestimento</i>   | 20        |
| 3.3.1. Più medici con contratti temporanei, meno medici permanenti                           | 20        |
| 3.3.2. Decollo delle spese per lavoro temporaneo: collaborazioni e interinale                | 21        |
| <i>3.4. Retribuzioni claudicanti</i>   | 22        |
| 3.4.1. Meno soldi per i medici nel Servizio sanitario  | 22        |
| 3.4.2. Uno sguardo territoriale: la frammentazione che prevale                               | 23        |
| 3.4.3. Guadagnare (molto) di più altrove   | 24        |
| <b>4. SANITÀ SENZA MEDICI: LA VERITÀ DI QUEL CHE STA ACCADENDO</b>                           | <b>25</b> |
| <i>4.1. Un circuito perverso regressivo</i>  | 25        |
| <i>4.2. L'erosione dell'attrattività del Servizio sanitario</i>                              | 26        |
| <i>4.3. Rimettere al centro il medico, ricostruire l'attrattività del Servizio sanitario</i> | 27        |
| <i>4.4. Quel che ne pensano gli italiani</i>   | 28        |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. IL RICONOSCIMENTO DEL VALORE DEI MEDICI PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO</b>                               | <b>30</b> |
| 5.1. <i>Cambiare rotta</i>   | 30        |
| 5.2. <i>L'impegno volontaristico individuale non basta più</i>   | 31        |
| 5.3. <i>Valorizzare subito i medici nostrani</i>   | 32        |
| 5.4. <i>Ripartire dal capitale fiduciario</i>  | 33        |
| 5.5. <i>Sanno anche gestire bene, se l'obiettivo primo è la salute</i>   | 35        |
| 5.6. <i>Ripristinare il primato della tutela della salute sui vincoli economici</i>                                    | 36        |
| 5.7. <i>Una nuova fase è possibile</i>   | 37        |
| <b>6. IL SERVIZIO SANITARIO: UN AMORE ITALIANO</b>   | <b>39</b> |
| 6.1. <i>L'irriducibile centralità</i>  | 39        |
| 6.2. <i>Priorità presente e futura</i>   | 40        |
| 6.3. <i>Il medico cancellato: l'urgenza di andare oltre la logica del Pnrr</i>   | 41        |
| <b>7. I CITTADINI TRA LIBERTÀ DI SCELTA SULLA SALUTE E DISILLUSIONE PER LE SCELTE PUBBLICHE SUL SERVIZIO SANITARIO</b> | <b>42</b> |
| 7.1. <i>Il valore della libertà di scelta e gli effetti della disillusione tra i cittadini</i>                         | 42        |
| 7.2. <i>Lo stato dei rapporti cittadini-Servizio sanitario</i>   | 43        |
| 7.3. <i>La sovranità sanitaria e la paura della dipendenza</i>   | 44        |
| <b>TABELLE E FIGURE</b>  | <b>46</b> |

# 1. PRIMA LA SALUTE

## 1.1. La centralità necessaria del medico

Esiste ormai ampio consenso sociale sull'urgenza di rilanciare il Servizio sanitario provato da un prolungato depotenziamento a causa di risorse pubbliche cresciute troppo poco rispetto ai fabbisogni sanitari di una popolazione che invecchia e che richiede risposte assistenziali appropriate per acuzie, cronicità sempre più diffuse e, anche, nei casi di possibili emergenze.

Le diffuse esperienze degli italiani di liste di attesa molto lunghe per l'accesso a prestazioni sanitarie nelle strutture pubbliche o del privato accreditato e il relativo inevitabile ricorso al privato puro per accorciare i tempi di accesso o, anche, quelle in strutture e servizi intasati e non in linea con gli standard attesi di qualità, hanno reso drammaticamente attuale l'urgenza sociale di un diverso approccio alla sanità.

Se il potenziamento sostanziale del finanziamento pubblico è una sorta di precondizione ineludibile, tuttavia esso non esaurisce la gamma di problematiche da affrontare poiché, a questo stadio, quel che va rimesso in discussione è un approccio di fondo, culturale e operativo, troppo a lungo egemone nella sanità italiana.

È l'approccio aziendalistico in cui il rispetto di vincoli di bilancio prevale su criteri di valutazione fondati sulla necessità e l'appropriatezza delle prestazioni per la tutela della salute dei cittadini e che, di conseguenza, pone il medico in posizione subordinata rispetto ai responsabili economico-finanziari della sanità.

Il contenimento della spesa come obiettivo primario ha generato il perverso spostamento del costo di una parte non irrilevante di prestazioni appropriate dal bilancio pubblico ai budget privati delle famiglie, creando il presupposto di una sanità differenziata per capacità economica.

L'aziendalizzazione, poi, è stata anche all'origine di una prolungata e autolesionistica politica di contenimento della spesa per il personale sanitario, con un marcato disinvestimento nei medici, infermieri e altri operatori.

Così, nel tempo, lavorare nel Servizio sanitario è diventato sempre più difficile, pesante, ad altissimo rischio di burn-out, senza adeguate gratificazioni economiche.



Da qui l'inevitabile fuga dal Servizio sanitario verso soluzioni professionali meno logoranti e a più alta gratificazione, nella libera professione così come nelle sanità di altri paesi.

Ecco il vero cuore delle criticità attuali del Servizio sanitario: il suo svuotamento da medici e altri operatori sanitari, cioè il depauperamento della risorsa fondamentale che ha tenuto in piedi la sanità italiana nei momenti più difficili e da cui non si può prescindere per una sanità di qualità, in linea con le aspettative dei cittadini.

Il presente Rapporto rende ragione di questa dimensione decisiva e, al contempo ancora troppo sottovalutata, della crisi del Servizio sanitario e vuol contribuire a mettere al centro del dibattito pubblico la necessità di rimotivare i medici, rendendo di nuovo attrattivo il lavoro ad altissima utilità sociale all'interno della sanità universalista, per la quale gli italiani continuano a nutrire un amore indefettibile.

Non ci sarà una sanità efficiente e per tutti se non saranno create le condizioni per un'espansione del numero di medici convinti che val la pena lavorare in modo permanente nel Servizio sanitario.

Ogni altro obiettivo, a cominciare da quello socialmente decisivo del taglio della lunghezza delle liste di attesa, è subordinato a quello di rendere il Servizio sanitario un contesto particolarmente attraente per i nostri medici, a cominciare dai giovani.

## **1.2. Le radici vere delle criticità e delle soluzioni possibili**

### **1.2.1. Attirare e trattenere i medici per rilanciare la sanità italiana**

Il meccanismo regressivo che sta strangolando il Servizio sanitario è ormai svelato nei suoi fondamentali:

- il ritmo rallentato di crescita della spesa sanitaria pubblica rispetto alla dinamica dei fabbisogni sanitari;
- l'aziendalizzazione che impone il primato dell'economia su quello della tutela della salute vincolando, l'autonomia decisionale del medico nella scelta delle risposte assistenziali.

Molto concretamente, di fronte a una prescrizione medica di farmaci o prestazioni non coperte dal Servizio sanitario i cittadini ricorrono alle risorse di tasca propria.



Così, quasi automaticamente, l'universalismo formale del Servizio sanitario lascia spazio a una sanità in cui l'accesso dipende dalla disponibilità di risorse economiche.

Intanto, le strutture del Servizio sanitario stentano a star dietro alla domanda di prestazioni dei cittadini, con conseguente allungamento delle liste di attesa, intasamento di strutture e servizi e la trasformazione del lavoro dei medici e di tutto il personale sanitario in un'attività ad elevata pressione, con accelerata usura psico-fisica e alto rischio di burn-out.

Il Servizio sanitario diventa un contesto dalle condizioni di lavoro sempre più difficili con assenza di adeguate gratificazioni economiche: ecco l'origine della decrescente attrattività del lavoro dipendente nella sanità italiana e della sua sempre più evidente difficoltà a trattenere medici e infermieri.

L'inadeguata spesa sanitaria pubblica alimenta un disinvestimento sostanziale nel personale permanente del Servizio sanitario, con buchi evidenti negli organici, proprio mentre si assiste al decollo della domanda sanitaria.

E, dato il blocco delle assunzioni nel pubblico, le strutture sanitarie non possono che potenziare il ricorso a personale con contratti temporanei, da quelli a tempo determinato alla fornitura temporanea di servizi.

Il Servizio sanitario, quindi, sceglie di rispondere alla crescente domanda sanitaria ricorrendo in modo massiccio a lavoro intermittente, generando così un mercato libero professionale che garantisce remunerazioni economiche molto più attraenti per i medici rispetto a quelle del lavoro permanente nel Servizio sanitario, senza quegli obblighi di presenza quotidiana e continuativa ormai molto pesante in contesti di lavoro percepiti sempre più come ostili.

Medici sotto stress sono stimolati a lasciare il Servizio sanitario o, se più giovani a non entrarvi, a beneficio di soluzioni alternative di tipo libero professionali o, in molti casi, di inserimento nelle sanità di altri paesi.

Di fronte alla ridotta attrattività del lavoro nel Servizio sanitario e alla evidente fuga da esso, inefficace appare il ricorso a medici di altri paesi, tanto che la grande maggioranza degli italiani dichiara urgente puntare su un'inversione della fuga dei medici italiani, piuttosto che su flussi in ingresso di quelli da altri paesi.

Quanto descritto è l'intreccio fenomenologico del circuito regressivo che l'aziendalizzazione con le sue logiche ragionieristiche ha attivato all'interno del servizio sanitario che è causa primaria delle sue crescenti difficoltà a tener

fede alla promessa di universalismo che resta il suo tratto costitutivo, amatissimo dagli italiani.

È evidente che la soluzione delle criticità socialmente più odiose della sanità italiana, come ad esempio la lunghezza estrema delle liste d'attesa, non può che fondarsi sull'espansione della spesa sanitaria pubblica con un investimento consistente nell'ampliamento del numero di medici e di altre figure professionali mettendo, al contempo, in campo strumenti di gratificazione economica adeguati e condizioni di lavoro quotidiane finalmente normali.

Troppo a lungo, infatti, allo sforzo volontaristico soggettivo dei singoli medici è stato richiesto di colmare le carenze sistemiche emerse in modo plateale nel periodo dell'emergenza Covid e che ancora oggi sono esperienza corrente di una grande maggioranza di italiani. Alta è infatti la quota di italiani che nell'ultimo anno ha sperimentato strutture e servizi intasati, locali sovraffollati e tempi di accesso biblici.

Dalla ricerca emergono comunque indicazioni operative molto precise, da intendersi come altrettante priorità:

- avere più medici con retribuzioni più gratificanti in linea con quelle di un numero consistente di paesi europei;
- impegnare più risorse pubbliche per ampliare la capacità di erogare prestazioni e accogliere pazienti in una sanità alle prese con gli effetti dell'intenso invecchiamento della popolazione.

E poi, ancora, ridare centralità al medico restituendogli quell'autonomia decisionale sulle prestazioni appropriate che oggi è limitata dai molteplici vincoli di budget e da altri *lacci e laccioli* imposti dal primato dell'economia esito dell'aziendalizzazione.

Come rilevato, è ancora profondo l'amore degli italiani per il Servizio sanitario che considerano un vero e proprio tesoro nazionale, così come resta inscalfibile il legame fiduciario tra medici e cittadini: ecco due risorse immateriali molto importanti che, insieme a quelle materiali dei finanziamenti pubblici e dell'investimento in personale aggiuntivo da inserire in un contesto di lavoro adeguati, possono dare slancio ad una nuova stagione di promozione del Servizio sanitario italiano.



## 1.2.2. I numeri in pillole

### **Medici nel Servizio sanitario, più intermittenti e meno permanenti.**

Considerate le unità annue di lavoro a tempo determinato e interinali per le figure sanitarie si registra +75,4% nel 2012-2022: +29,6% nel 2012-2019 e +35,4% nel 2019-2022. In pratica, tra 2012 e 2022 ci sono 15.320 unità annue di lavoro in più. In particolare, nello stesso periodo per le figure sanitarie con *contratti a tempo determinato* si è registrato un balzo del +78,1%, con +23,1% in fase preCovid e +44,6% in quella successiva. Per il lavoro interinale invece si registra +45,2% nel 2012-2022, risultante di +103,4% nel 2012-2019 e -28,6% tra 2019 e 2022. Riguardo alle figure sanitarie stabili nello stesso periodo 2012-2022 si è avuto un incremento modesto del 2,6%, con un taglio del 2% tra 2012 e 2019 e un sussulto del +4,6% tra 2019 e 2022, che include la reazione all'emergenza. I numeri certificano il gonfiarsi del numero di intermittenti, personale non stabilmente inserito nel Servizio sanitario.

**Tanta spesa per medici non permanenti.** La spesa per lavoro a *tempo determinato, consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie provenienti dal privato* è stata pari a 3,6 miliardi di euro nel 2022, con un incremento del +66,4% rispetto al 2012, esito di +15,1% nel 2012-2019 e +44,5% tra 2019 e 2022. La spesa per il tempo determinato è stata nel 2022 pari a 1,9 miliardi di euro con +93,4% rispetto a dieci anni prima, mentre quello per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie sono state pari a 1,7 miliardi di euro, con un balzo del +44,2% in dieci anni. La spesa per personale permanente invece è aumentata del +6,4% nel 2012-2022, con -0,8% nel 2012-2019 e +7,2% nel 2019-2022.

**Retribuzioni claudicanti.** In Italia non c'è un reale *shortage* di medici poiché sono 410 per 100 mila abitanti, dato superiore a quelli di paesi come Francia (318 medici per 100 mila abitanti) o Paesi Bassi (390 medici per 100.000 abitanti). Sono invece non attraenti le condizioni di lavoro e le retribuzioni contrattuali che per i medici nella PA nel periodo 2015-2022 sono addirittura diminuite in termini reali del 6,1%. La spesa totale per retribuzioni dei medici permanenti della PA tra 2012 e 2022 ha registrato +0,2%, con -2,5% tra 2012 e 2019 e +2,8% tra 2019 e 2022, conferma ulteriore del mancato investimento sulla risorsa chiave della sanità: i medici. Del resto, posto pari a 100 il valore delle retribuzioni dei medici dipendenti italiani, nei Paesi Bassi è pari a 176, in Germania a 172,3 e Irlanda a 154,8: i medici italiani guadagnano molto meno dei colleghi di altri paesi omologhi.





**Le dinamiche territoriali.** Dati regionali mostrano tagli netti di personale medico permanente praticamente tutte le regioni meridionali con valori che oscillano da -21,1% in Molise e -19,6% in Basilicata sino a -3,2% in Sardegna, e con l'eccezione della sola Puglia (+2,6) e Abruzzo (+0,7). Tagli di medici si registrano anche in Piemonte e, soprattutto, Liguria. Le spesa per dirigenti medici ha subito contrazioni nominali nel decennio 2012-2022 in Molise (-25,8%), Basilicata (-11,4%), Calabria (-8,6%), Liguria (-4,5%), Campania (-4%), Sicilia (-3,1%), Piemonte (-2,1%), e in Sardegna (-0,6%).

**Più medici, più motivati: quel che ne pensano gli italiani.** L'84,5% degli italiani è convinto che avere troppi medici con contratti temporanei, intermittenti indebolisce la sanità: opinione condivisa da maggioranze trasversali a gruppi sociali e macroaree territoriali. Per l'87,2% è quindi prioritario migliorare condizioni di lavoro e retribuzioni dei medici, proprio perché li considerano la risorsa più importante della sanità. Il 90% poi reputa che in sanità le tecnologie sono importanti, ma non possono assolutamente sostituire il rapporto umano dei pazienti con medici, infermieri e altri operatori sanitari. Urgenza suprema è per il 92,5% degli italiani procedere all'assunzione di medici e infermieri nel Servizio sanitario, altrimenti sarà molto difficile realizzare l'annunciato taglio della lunghezza delle liste di attesa o il disintasamento delle strutture sanitarie sovraffollate. Quasi l'85% degli italiani ritiene che prima di prendere medici da altri paesi sarebbe opportuno trattenere quelli italiani evitando la loro fuga all'estero.

**Urgente disintasarare.** La necessità di intervenire rapidamente attraendo nuovi medici e trattenendo quelli in servizio è resa più stringente dal fatto che negli ultimi 24 mesi, direttamente o tramite familiari il 44,5% degli italiani ha sperimentato situazioni di sovra-affollamento in reparti ospedalieri o strutture sanitarie. Sono esperienze condivise dal 44,7% nel Nord-Ovest, dal 39% nel Nord-Est, dal 45,5% nel Centro e dal 46,8% al Sud-Isole. Il moltiplicarsi di aggressioni ai medici non è altro che la trasformazione del medico stesso nel capro espiatorio di contesti difficili, e eventuali prestazioni non in linea con le aspettative. Secondo l'84,3% degli italiani le aggressioni ai medici sono un'emergenza su cui intervenire occorre intervenire con provvedimenti urgenti ed efficaci

**Ridare centralità e autonomia al medico.** L'81,5% degli italiani dice che nei casi in cui il medico gli prescrive un farmaco o una prestazione, qualora non siano coperti dal Servizio sanitario, scelgono di pagarli di tasca propria. E non sorprende che il 78,9% degli italiani è convinto che a decidere su cure, farmaci debba essere *sempre e solo* il medico senza sottostare a vincoli di budget o finanziari a restringere la sua autonomia.



**L'indistruttibile amore degli italiani per il Servizio sanitario.** Il 91,7% degli italiani è molto orgoglioso della sanità per tutti, universalista. È pertanto un'apprezzatissima, e sinora troppo poco valorizzata, distintività italiana. L'83,6% dei cittadini, poi, dichiara che dopo l'esperienza traumatica del Covid si attendeva investimenti molto più cospicui in sanità con un impegno ben più intenso per potenziarla. Ecco i segnali della diffusa disillusione collettiva. Richiesti di indicare le priorità su cui orientare investimenti per potenziare l'economia e innalzare il benessere delle persone, il 65,6% degli italiani ha indicato il Servizio sanitario nelle componenti ospedaliere e territoriali, seguito a distanza dal 50,2% che ha indicato il sistema scolastico e universitario, dal 29,8% le infrastrutture per la mobilità e la logistica come strade, ponti, aeroporti, ferrovie veloci ecc., dal 27,7% il sistema previdenziale.



## 2. GLI EFFETTI DELLE SCELTE ECONOMICISTE

### 2.1. La deriva aziendalista

Nel Servizio sanitario sono andati emergendo gli esiti molto negativi di una *governance* troppo a lungo piegata su obiettivi economicisti che, progressivamente, hanno scalzato il primato della salute che, invece, era costitutivo della fase fondativa del Servizio sanitario.

A partire dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 in avanti si è registrato un peso crescente dei vincoli economici che hanno finito per imporsi come una sorta di camicia di forza all'azione del Servizio sanitario in generale e a quella dei medici in specifico.

L'emergenza inedita e inattesa del Covid sembrava avere d'improvviso generato ad ogni livello nel nostro paese una presa d'atto collettiva della necessità di emancipare il Servizio sanitario dall'approccio ragionieristico, cominciando con il garantirgli risorse adeguate per poter generare una *tutela della salute uguale per tutti ovunque*.

Oggi però, a ormai quattro anni dall'inizio dell'emergenza pandemica, è sempre più evidente che nella società italiana cresce la disillusione sociale da promesse tradite di fronte alle difficoltà di accesso dei cittadini a servizi e strutture del Servizio sanitario e al disagio evidente degli operatori sanitari, medici in primo luogo.

Così torna d'attualità il fatto che la concezione economicista della sanità, moltiplicando vincoli e obblighi burocratico-amministrativi, ha costretto e costringe sempre più i medici ad affrontare la tutela della salute come se avessero le *mani legate dietro la schiena*, cioè privi di risorse adeguate e dell'autonomia decisionale di cui avrebbero concretamente bisogno.

Ecco perché è possibile comprendere in modo semplice e impressivo i danni prodotti dall'economicismo in sanità osservando gli effetti nefasti che ha prodotto sulla *mission* del medico.

Del resto, l'antica, consolidata e tuttora elevata fiducia di una netta maggioranza di italiani nei medici, negli ultimi tempi è scossa dalla moltiplicazione di episodi di violenza di cui sono vittime.

La verità è che, con un incredibile capovolgimento delle responsabilità, i medici si trovano in prima linea, spesso con altri operatori, a fronteggiare la

rabbia e la disillusione dei cittadini soprattutto nei casi specifici in cui gli esiti delle cure non sono in linea con le aspettative delle persone, e in cui comunque si evidenzia il costo sociale e in salute dei tagli o dei mancati investimenti nel Servizio sanitario.

La svalorizzazione e l'impoverimento della sanità hanno amplificato i rischi a cui i pazienti sono sottoposti in caso di cure in un momento storico in cui le loro aspettative di qualità sanitaria sono sempre più alte.

Ed è proprio il *gap* tra aspettative di qualità delle cure e realtà di una sanità impoverita che, in troppi casi, trasforma il medico nel capro espiatorio su cui si scarica la rabbia dei pazienti e dei familiari delusi.

Sarebbe quindi un errore isolare le aggressioni ai medici al solo ambito della cronaca poiché, anch'esse sono un portato di una più generale situazione di fragilizzazione del Servizio sanitario, troppo a lungo preda di approcci estranei alle sue funzioni storiche, tanto apprezzate dai cittadini.

## **2.2. La transizione necessaria**

### **2.2.1. Andare oltre il paradigma economicista**

È ormai maturo un salto di qualità culturale prima ancora che tecnico o operativo nel modo di gestire la sanità italiana. Infatti, all'urgenza di garantire la sostenibilità economica emersa dopo il primo quindicennio di attività del Servizio sanitario, si è andata sostituendo un'esigenza opposta di restituzione della centralità della tutela della salute nel sistema rispetto ad ogni altra possibile priorità.

Infatti, nel paradigma economicista della sanità che predomina dal biennio delle prime riforme strutturali del Servizio sanitario che ormai datano di oltre trent'anni, il medico è tenuto ai margini della gestione delle risorse allocate, la cui responsabilità è invece in capo ad un manager.

In pratica si è in presenza di un modello che crea una relazione asimmetrica tra la dimensione clinica e quella gestionale, in contraddizione con la materialità dei processi decisionali concreti in cui invece sono strettamente intrecciate.

Il modello genera un'asimmetria evidente al suo interno poiché, mentre il medico è esposto su due fronti di responsabilità, vale a dire il paziente che vuole qualità e il direttore generale che vuole economicità della gestione,

quest'ultimo risponde solo all'autorità di riferimento che lo ha scelto, cioè la Regione.

Di fatto, si può dire che il Direttore Generale è complessivamente sovraordinato al medico che, di conseguenza è forzato suo malgrado in un ruolo subordinato nel processo decisionale relativo alle risorse.

### **2.2.2. Il necessario primato del paradigma salute-centrico**

Il paradigma economicista ha, da un lato riportato sicuramente i conti sotto controllo ricorrendo, laddove necessario, a modalità di rigore estremo come nel caso dei Piani di rientro che hanno imposto una ristrutturazione profonda di Servizi sanitari regionali a rischio dissesto.

Tuttavia, non è certo una forzatura evidenziare che il tempo del primato di tale paradigma è ormai trascorso, se non altro perché la sua applicazione prolungata e senza contrappesi reali ha finito per generare la citata fragilizzazione del Servizio sanitario.

Ecco perché a questo stadio è essenziale delineare il senso di un paradigma alternativo il cui requisito primario è la centralità assoluta della tutela della salute, dalla prevenzione alle cure al follow up.

Di questo paradigma alternativo è già possibile cogliere elementi costitutivi quali, ad esempio:

- l'inserimento della gestione delle risorse nei principi del governo clinico in stretta correlazione con gli altri principi;
- l'attribuzione di un ruolo essenziale al medico nei processi decisionali relativi anche alla gestione delle risorse.

Pertanto, il nuovo paradigma porta con sé un nuovo modello di gestione delle risorse in sanità, visto che la dinamica crescente della spesa sanitaria prescinde da sprechi e ha piuttosto origine:

- nella dinamica crescente molto intensa dei fabbisogni sanitari esito della demografia regressiva della popolazione;
- nei crescenti costi delle tecnologie sanitarie più avanzate;
- nella necessità di rispondere ad aspettative soggettive di qualità più elevate da parte dei pazienti.

In concreto, si tratta di passare dal modello che fissa un determinato ammontare di spesa sanitaria per poi pretendere di massimizzarne all'estremo la redditività con i metodi dell'aziendalizzazione ad uno che, invece, ne coglie

la redditività come investimento sociale all'origine di una filiera composta da una molteplicità di attori diversi che finisce per generare valore:

- in termini di produzione di buona salute;
- economico e occupazionale, perché mette in movimento con logica di cerchi concentrici imprese di una molteplicità di settori e, tramite la creazione di occupazione e redditi connessi, anche la spesa dei consumatori.

### 2.3. La fragilizzazione

Sono gli effetti del processo di lunga deriva di fragilizzazione del Servizio sanitario e dell'universalismo della sanità italiana come esito del predominio del paradigma economicista e dell'aziendalizzazione che rendono, in questa fase, essenziale delineare i connotati di un nuovo paradigma che dovrà reimporci e che è fondato sulla centralità della salute delle persone rispetto ad ogni criterio diverso e alternativo.

Come evidenziato, tale processo è associato al rilancio della centralità del medico nei processi di presa in carico e cura del paziente e, più in generale nei processi decisionali relativi alle migliori soluzioni diagnostiche e terapeutiche che, di conseguenza, non possono non includere anche la questione della gestione delle risorse disponibili.

Non c'è figura dirigenziale o criterio non-clinico che possa prevalere sull'autonomia dei processi valutativi e decisionali del medico nei vari ambiti del sistema sanitario. E allora la governance della sanità dovrà sempre più riadattarsi a questa scelta valoriale di fondo, che dovrà informare di sé ogni processo e dinamica interna al Servizio sanitario.

È così che si tornerà a guardare al beneficio netto totale che l'investimento in sanità genera, che significa *più salute e migliore qualità della vita* per i cittadini oltre che, come evidenziato in un precedente Rapporto Fnomceo-Censis, un impatto molto positivo anche sul sistema di imprese, sulla creazione di valore economico e sulla generazione di occupazione aggiuntiva di qualità.

## 2.4. Una diversa strada

Il dibattito pubblico sul rilancio del Servizio sanitario, dopo lo stress test del Covid, è stato centrato sulle risorse pubbliche da mobilitare, sia come investimenti sia a sostegno della spesa corrente.

Riguardo agli impieghi delle risorse, invece, ha prevalso l'idea che occorresse procedere ad un massiccio investimento di risorse pubbliche, in particolare del Pnrr, in attivazione o completamento di strutture fisiche in cui inserire le tipologie di servizi sanitari sui territori che sono stati individuati come essenziali.

Attenzione è stata data anche all'investimento in tecnologie, tanto più che con estrema rapidità vanno emergendo nuove tecnologie, come l'Intelligenza Artificiale, da cui molto si attende per un salto di qualità dei processi di diagnosi e cura.

Tuttavia, questo lodevole e colossale sforzo di modernizzazione del capitale non umano della sanità non è di per sé stesso sufficiente, tenuto conto delle reali e quotidiane criticità della sanità italiana.

Ecco perché diventa vitale capovolgere le retoriche pubbliche che si sono affermate negli ultimi anni rimettendo al centro, quel che gli italiani continuano a considerare essenziale per la sanità: medici, infermieri, operatori sanitari, vale a dire il fattore umano e il sapere esperto medico.

Malgrado i riconoscimenti pubblici tributati più volte al personale del Servizio sanitario, resta che nelle strategie di rilancio con relativi investimenti il personale è rimasto ai margini, silenziato rispetto a faraonici investimenti nei più diversi aspetti infrastrutturali e tecnologici della sanità.

E invece la buona sanità ha la sua radice prima e più profonda nella presenza di buoni medici e, in generale, di un buon personale sanitario motivato, oltre che da adeguate gratificazioni economiche dalla possibilità di lavorare in condizioni strutturali e sistemiche profondamente diverse da quelle attualmente prevalenti, segnate da intasamento di strutture, pazienti e familiari iper-stressati e, anche, crescenti rischi alla propria incolumità fisica.

Come rilevato, la moltiplicazione delle aggressioni a personale medico in strutture anche molto diverse tra loro, che sono spesso autentici presidi avanzati in territori desertificati, è un indicatore sentinella di una crisi più profonda del Servizio sanitario che, come sistema, finisce per lasciare soli i

medici, trasformandoli nei bersagli incolpevoli, innocenti, di un rancore profondo di cittadini che si sentono traditi nella sacra promessa delle cure.

È una situazione che una nettissima maggioranza di italiani reputa inaccettabile, per la quale si attendono soluzioni strutturali che modifichino le cause profonde e originarie delle difficoltà attuali del Servizio sanitario insieme a provvedimenti eccezionali, dagli effetti più immediati di tutela dell'incolumità del personale medico.

Se le iniziative immediate consentiranno di evitare le conseguenze più gravi delle attuali situazioni di disagio, sarà solo un efficace mix di strategie di lungo periodo con espansione delle risorse e ripristino della centralità della tutela della salute rispetto a ogni altro criterio, per quanto importante e legittimo, a far uscire la sanità italiana dalle sabbie mobili in cui da troppo tempo sembra incagliata.





### **3. LA PROFESSIONALITÀ SVALORIZZATA: IL RILANCIO URGENTE DEL VALORE DEL MEDICO**

#### **3.1. La volontà soggettiva che compensa le carenze sistemiche**

Nei tanti e diversi aspetti delle difficoltà della sanità italiana, troppo poco sono richiamate quelle che coinvolgono direttamente il personale, a cominciare dai medici. Occorre infatti fare i conti con contesti di lavoro sempre più complessi, in cui solo l'impegno strenuo di medici e operatori sanitari in generale permette al sistema di continuare a operare.

I tanti e diversi punti di crisi che emergono nel quotidiano ma che hanno radici strutturali, infatti, sono affrontati da una sommatoria di sforzi volontaristici dei singoli medici, che ne sono quasi obbligati data l'ampiezza e la profondità delle *defaillance* sistemiche.

Sforzi prolungati, continui, ad alto coinvolgimento fisico e psicologico che nel tempo non possono che mettere le persone a rischio burn-out, con un'emergere naturale di una diffusa voglia di fuga o, almeno, del desiderio di poter lavorare in condizioni ordinarie, dove il singolo non è chiamato sistematicamente a colmare lacune e carenze del sistema.

Di questa condizione di vita professionale quotidiana dei medici italiani impegnati nel Servizio sanitario si parla troppo poco nell'arena pubblica, anche quando l'attenzione è concentrata sulla crisi della sanità.

Si sottolinea, infatti, la comprensibile centralità della lunghezza delle liste di attesa e la necessità di interventi rapidi ed efficaci per ridurre qui e ora le barriere d'accesso dei cittadini a diagnosi e cure.

Poi, però, non avendo contezza dello stato reale dei processi di produzione e erogazione delle prestazioni sanitarie, si finisce per assistere all'elaborazione di provvedimenti che di fatto finirebbero per rendere ancor più stringente la pressione sui medici che operano nel Servizio sanitario.

Per evitare quindi il ricorso a soluzioni che sono peggiori del male o, che, comunque non risolverebbero le criticità del Servizio sanitario, è indispensabile avere piena consapevolezza che le condizioni di lavoro e retributive dei medici sono tra gli aspetti più rilevanti dell'attuale crisi sanitaria italiana.

L'inadeguatezza delle risorse pubbliche per la sanità, infatti, ha finito per trasformarsi in un investimento ridotto sulle persone del Servizio sanitario, a cominciare dai medici.

Le liste di attesa troppo lunghe sono l'epifenomeno visibile e altamente invisibile ai cittadini generato dalla progressiva fragilità e carenza dell'offerta, esito appunto del disinvestimento nei medici e nel personale del Servizio sanitario.

## **3.2. Lo stato della situazione**

### **3.2.1. L'alta pressione su emergenze e reparti di *primo trasferimento***

Negli ultimi anni molto si è parlato dello *shortage* annunciato di medici e personale infermieristico nel Servizio sanitario, diventato una vera e propria priorità.

Tuttavia, l'analisi concreta della fenomenologia relativa alle difficoltà della sanità italiana evidenzia una criticità diversa, che è essenziale mettere all'attenzione generale: la ridotta attrattività dell'occupazione nel Servizio sanitario italiano per medici, infermieri e altri operatori sanitari.

La questione è emersa in modo impressivo negli ultimi anni, in linea con la crescente consapevolezza che il divario tra i fabbisogni sanitari e la domanda sanitaria degli italiani da un lato e l'offerta del Servizio sanitario dall'altro tendeva ad ampliarsi.

Un ampliamento diventato altamente critico, che è andato emergendo con modalità diverse, poiché per le prestazioni sanitarie:

- elettive, la possibilità di fissare una data di riferimento per la loro erogazione ha consentito di fatto di procedere al razionamento mediante l'allungamento delle liste di attesa che riporta di forza la domanda all'offerta esistente, con l'effetto di allentare la pressione sulle strutture e i servizi;
- d'urgenza/emergenza, si è registrato uno straordinario intasamento con situazioni di vero e proprio *sovraffollamento* e tremendo impatto sulle condizioni di lavoro dei medici. Ecco l'origine reale di quella vera e propria fuga dei medici, a cominciare dai più giovani, dai servizi di urgenza, emergenza.

Non solo: la pressione che parte dai reparti di pronto soccorso tracima in altri reparti che sono di fatto prossimi alla prima linea dell'emergenza come, ad

esempio, quelli di medicina interna che, non a caso, soffrono in modo rilevante della carenza di medici, con evidente rarefazione di giovani pronti a dedicarsi.

Le colossali difficoltà dell'emergenza, quindi, si ampliano come un blob che coinvolge i reparti che, prima e più degli altri, operano come luoghi di trasferimento *privilegiato* delle persone che entrano in emergenza. Tecnicamente, quindi, l'eccesso di domanda sull'offerta dell'emergenza si colpisce come uno tsunami i reparti che sono "*prima sosta successiva*" all'emergenza, il cui personale quindi finisce pesantemente sotto pressione.

### **3.2.2. Ricostruire attrattività**

È urgente a questo stadio restituire attrattività al lavoro nel Servizio sanitario a cominciare proprio dai reparti particolarmente colpiti dalla rarefazione del personale.

Sono gli snodi del Servizio sanitario in cui nel quotidiano sono più potenti gli effetti della mancanza di personale e che, pertanto hanno bisogno con maggiore urgenza di veder modificate le condizioni strutturali quotidiane di lavoro per poter tornare a stimolare l'arrivo di personale medico aggiuntivo e, al contempo, per riuscire a trattenere quello che già c'è, persuadendolo a continuare a dispiegare il proprio percorso professionale all'interno.

È evidente che, razionalmente, per incentivare il personale sanitario, medici in testa, a prendersi l'onere di affrontare in modo prolungato contesti ad alta difficoltà occorre garantire riconoscimento economico adeguato, oltre che dare segnali concreti tempestivi che è possibile procedere ad un miglioramento strutturale del contesto di lavoro.

In pratica, la complessità dei contesti indicati, richiede uno sforzo specifico di affiancamento e supporto sistemico, puntando a chiudere una fase storica in cui il personale sanitario è stato lasciato solo ad affrontare le infinite difficoltà del quotidiano.

Pertanto, in questa fase il problema chiave del Servizio sanitario non è lo *shortage* in assoluto di personale medico reclutabile, piuttosto la sua ridotta capacità attrattiva e di *retention* rispetto a contratti alternativi temporanei o alla fuga all'estero.

Ecco il punto decisivo su cui intervenire, evitando soluzioni semplicistiche e scarsamente efficaci come, ad esempio, il ricorso a medici provenienti da paesi lontani e spesso molto diversi dal nostro.



### 3.3. I numeri del disinvestimento

#### 3.3.1. Più medici con contratti temporanei, meno medici permanenti

Un primo eclatante effetto del lento andare della spesa pubblica per sanità è consistito nel feroce contenimento del personale permanente nel Servizio sanitario con conseguente ricorso a quello temporaneo, che sia a tempo determinato o interinale.

Infatti, l'evoluzione nel tempo del personale stabile nel comparto sanità segnala una serie di fenomeni significativi quali (**tab. 1**):

- tra 2012 e 2019, cioè la fase più intensa di fragilizzazione del Servizio sanitario, si registra una contrazione evidente per tutte le tipologie di figure nel periodo compreso;
- nel 2019-2022 la reazione allo choc emergenziale ha generato un blocco del trend di contrazione, in particolare per personale infermieristico, tecnico sanitario e con funzioni riabilitative e di vigilanza e ispezione per il quale si registra un oltrepassamento dei valori del 2012.

In specifico per i dirigenti medici si registra una riduzione tra 2012 e 2022 del -1,1%, portato del -1,7% del 2012-2019 e del +0,7% del 2019-2022.

L'analisi delle unità annue di lavoro relative alle figure sanitarie e del comparto sanità in totale a tempo determinato e come interinali evidenzia ulteriori trend significativi. Infatti, dai dati risulta che nel decennio 2012-2022 si sono avuti incrementi molto significativi del ricorso per le figure sanitarie (**tab. 2**):

- *a contratti a tempo determinato* con +78,1%. Il trend indicato si dispiega sia in fase preCovid con +23,1% che in quella emergenziale e post-emergenziale (+44,6%);
- *al lavoro interinale* che ha registrato un solido rialzo nella fase preCovid e, poi, nel periodo emergenziale un certo rallentamento.

In totale, tra tempo determinato e interinali si registra un decollo tra 2012 e 2022 di 15.320 unità annue di lavoro pari a +75,4%; un trend prolungato nel tempo che ha segnato +29,6% nel 2012-2019 e +35,4% nel 2019-2022 (**fig. 1**).

Pur nella diversità sostanziale delle loro caratteristiche contrattuali, tempo determinato e contratti interinali sono alternativi ad una contrattualità che

significa permanenza, stabilità e, presumibilmente, anche maggiore senso di appartenenza nella struttura in cui le persone lavorano.

È un cambio radicale di paradigma nel rapporto tra medici e Servizio sanitario perché spezza nel quotidiano quella continuità che può promuovere appunto senso di appartenenza nel personale e riconoscimento nei pazienti, con una positiva influenza sulla efficienza, efficacia e qualità dell'offerta sanitaria.

La temporaneità del rapporto di lavoro è, in ogni ambito e ancor più in quello sanitario, origine di una trasformazione radicale dell'approccio al servizio, poiché spezza il legame essenziale del professionista, il medico in questo caso, con la continuità della struttura e quella possibile del rapporto con i pazienti.

### **3.3.2. Decollo delle spese per lavoro temporaneo: collaborazioni e interinale**

Il blocco delle assunzioni nella sanità ha obbligato le strutture a trovare soluzioni alternative che consentissero di rispondere alla pressione della domanda di prestazioni da parte dei cittadini.

I dati mostrano la potenza della dinamica crescente dei costi afferenti a *tempo determinato, consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie* provenienti dal privato per i quali la spesa complessiva è stata pari a 3,6 miliardi di euro nel 2022, con un incremento del +66,4% rispetto al 2012, esito di +15,1% nel 2012-2019 e +44,5% tra 2019 e 2022.

La spesa per il tempo determinato è stata nel 2022 pari a 1,9 miliardi di euro con +93,4% rispetto a dieci anni prima, mentre quello per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie sono state pari a 1,7 miliardi di euro, con un balzo del +44,2% in dieci anni (**tab. 3**).

Ecco certificato l'incremento consistente di spesa pubblica per le forme non permanenti, ad alta flessibilità di lavoro con cui si è risposto al bisogno improvviso di espansione dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Una soluzione *subito-pronta* con cui si è cercato di far fronte all'irruzione improvvisa di una domanda aggiuntiva che inevitabilmente rischiava di portare subito al collasso il Servizio sanitario.

La dinamica è esplicita e potenzialmente perversa ed è pertanto molto utile ribadirne i connotati: di fronte al decollo della domanda sanitaria, il Servizio

sanitario è stato costretto a coinvolgere tempestivamente personale aggiuntivo, ricorrendo massicciamente a contratti flessibili e temporanei.

I buchi degli organici, quindi, sono stati coperti con soluzioni temporanee, ricorrendo a una contrattualistica che, se nell'immediato consente di dare risposte rapide ed efficaci, nel medio-lungo periodo rischia di erodere il legame tra medici e strutture sanitarie, con impatti non certo positivi sulla qualità complessiva delle prestazioni.

Sono soluzioni che, al di là del vantaggio economico immediato per alcuni degli operatori sanitari che vi fanno ricorso, hanno un effetto perverso sull'essenziale senso di appartenenza e sui legami da riconoscimento che nel tempo tendono a crearsi con i propri luoghi di lavoro.

Quel che è certo è che il sistema di offerta ha trovato un suo precarissimo equilibrio ampliando la quota di personale con forme contrattuali diverse dal tempo indeterminato, cioè da quell'insieme di tutele che sono basilari per l'engagement dei professionisti.

### **3.4. Retribuzioni claudicanti**

#### **3.4.1. Meno soldi per i medici nel Servizio sanitario**

Una componente essenziale dell'attrattività di un settore economico è la retribuzione che, nel caso dei medici nel Servizio sanitario, nel tempo è stata progressivamente meno allettante.

È l'esito del definanziamento pubblico reale della sanità che ha colpito con particolare durezza proprio le risorse per il personale, con inevitabile penalizzazione proprio dei medici.

I dati, ancora una volta, definiscono con chiarezza estrema la situazione poiché le retribuzioni contrattuali di medici nella PA nel periodo 2015-2022 sono diminuite in termini reali del 6,1% (**tab. 4**).

Nelle fasi di deflazione e in quelle più recenti di rialzo dell'inflazione c'è stata una costante nelle retribuzioni dei medici della PA: non hanno avuto alcun trend ascendente tanto che, in termini reali, si sono ridotte in modo piuttosto consistente.

Pertanto, le due fondamentali ragioni di perdita di attrattività del Servizio sanitario per i medici sono:



- contesti di lavoro diventati via via più ostici con anche l'inedito fenomeno dell'ostilità dura di pazienti e relativi familiari delusi rispetto alle aspettative;
- retribuzioni inadeguate e addirittura decrescenti nel tempo, con un aumento della penosità dell'attività professionale che affianca la contrazione della sua capacità di remunerare i medici stessi.

Infatti, la spesa totale per retribuzioni dei medici permanenti della PA tra 2012 e 2022 è rimasta sostanzialmente inalterata, a ulteriore conferma del mancato investimento nel fondamentale della nostra sanità, appunto i medici.

### 3.4.2. Uno sguardo territoriale: la frammentazione che prevale

La distribuzione delle responsabilità istituzionali e di governance del Servizio sanitario è ormai da decenni su base regionale, in linea con quella diversificazione delle performance che è una criticità antica e consolidata della sanità italiana.

In attesa di verificare gli sviluppi indotti dalla nuova legge sull'autonomia, è comunque essenziale procedere ad uno sguardo territoriale anche per quanto riguarda il personale, in particolare quello medico, nonché la spesa ad esso specificamente rivolta.

Emerge una certa articolazione delle dinamiche quantitative nel tempo riguardo sia al totale del personale sanitario che, più in specifico, ai dirigenti medici.

Infatti, subiscono tagli netti di personale medico permanente praticamente tutte le regioni meridionali con valori che oscillano dal -21,1% in Molise, e -19,6% in Basilicata a -3,2% in Sardegna, con l'eccezione della Puglia (+2,6) e dell'Abruzzo (+0,7) controtendenza rispetto al trend meridionale (**tab. 5**). Contrazione di dirigenti medici si registrano anche in Piemonte e, soprattutto, in Liguria.

Riguardo invece alle spese per il personale sanitario, in particolare i dirigenti medici emerge che contrazioni del valore nominale si sono registrate nel decennio 2012-2022 in Molise (-25,8%), Basilicata (-11,4%), Calabria (-8,6%), Liguria (-4,5%), Campania (-4%), Sicilia (-3,1%), Piemonte (-2,1%), e in Sardegna (-0,6%) (**tab. 6**).

In altre cinque regioni si sono avuti incrementi minimali, inferiori al 3% del totale del personale medico dirigente. Pertanto, l'inadeguato potenziamento

della presenza di medici permanenti coinvolge una quota significativa di regioni, all'interno di un panorama che resta diversificato e molto frastagliato.

### 3.4.3. Guadagnare (molto) di più altrove

Utile è anche il ricorso a comparazioni internazionali, malgrado le non facili diversità tra i dati nazionali che vanno superati. A questo proposito emerge da un'elaborazione Censis su dati Ocse che in Italia la retribuzione media annua lorda pro-capite dei medici specialisti dipendenti in alcuni paesi dell'Unione Europea segnala che **(tab. 7)**:

- il valore italiano è pari a 109.225 dollari in PPA, di contro a valori che sono nettamente più elevati in paesi come i Paesi Bassi (192.264 dollari PPA), Germania (188.149 dollari PPA), Irlanda (169.088 dollari PPA) o, anche Belgio (141-490 dollari PPA) o anche Spagna (116.819 dollari PPA);
- in termini di numero indice risulta che posto pari a 100 il valore delle retribuzioni dei medici dipendenti italiani, quello nei Paesi Bassi è pari a 176, Germania (172,3), Irlanda (154,8) con distacchi molto significativi.

Sono dati che mostrano plasticamente come i medici italiani nella PA sono alle prese con retribuzioni visibilmente distanti da quelle dei colleghi di altri paesi, fenomeno che certifica come l'attrattività del lavoro nelle sanità altrui è particolarmente forte.

Si tratta di una dimensione decisiva, poiché senza una capacità attrattività adeguata il Servizio sanitario rischia di svuotarsi di professionalità, a cominciare dai medici senza i quali è chiaramente impossibile fare sanità.



## **4. SANITÀ SENZA MEDICI: LA VERITÀ DI QUEL CHE STA ACCADENDO**

### **4.1. Un circuito perverso regressivo**

Il ridotto investimento nel Servizio sanitario con peggioramento delle sue performance e dei contesti di lavoro, il blocco prolungato delle assunzioni e il contenimento della spesa per il personale hanno via via reso molto più difficile l'esercizio della professione per i medici.

Intanto, le esigenze di personale sono state affrontate ricorrendo a forme di lavoro temporaneo, nel mentre cresceva anche il ricorso a figure mediche specialistiche nella forma di fornitura di servizi.

In pratica, quel che non veniva internalizzato nel Servizio sanitario tramite assunzioni permanenti, poiché comunque era indispensabile per rispondere alle esigenze della domanda sanitaria dei cittadini veniva recuperato tramite contratti temporanei, addirittura sotto forme di fornitura di servizi.

Così, paradossalmente nel tempo si è creato un mercato libero professionale dalle remunerazioni interessanti per i medici, molti dei quali quindi ne sono stati attratti.

È utile fissare il paradosso di un processo altamente regressivo che parte dal blocco delle assunzioni nel Servizio sanitario, dal lento andare della spesa pubblica per il personale in sanità e dal persistente gap tra offerta sanitaria e domanda di prestazioni mediche e sanitarie di una popolazione che invecchia. Porta il Servizio sanitario a ricorrere massicciamente alla libera professione per colmare il gap di offerta rispetto alla domanda, offrendo ai liberi professionisti remunerazioni particolarmente attrattive. Si struttura così un mercato delle prestazioni medico-specialistiche che diventa vantaggioso anche per i medici che sono indotti a sceglierlo rispetto alle difficoltà e alle retribuzioni rallentate del lavoro permanente nel Servizio sanitario.

Ecco descritto l'incredibile, autolesionistico, perverso circuito regressivo che il primato dell'economia e delle logiche aziendalistiche hanno generato nel Servizio sanitario. Lungi dal risolvere i problemi di sostenibilità economica hanno reso possibili e praticabili soluzioni, come quello del lavoro temporaneo acquistato sul mercato libero professionale, che fragilizzano

ulteriormente il Servizio sanitario, non senza generare costi elevati e, di certo, non funzionali alla buona gestione economica.

## 4.2. L'erosione dell'attrattività del Servizio sanitario

Il processo regressivo descritto quindi mostra che la criticità reale non consiste nella scarsità assoluta di medici rispetto alle necessità, piuttosto nella perdita di attrattività relativa del Servizio sanitario rispetto alle opportunità libero professionali, peraltro poi richieste proprio dalle strutture della sanità pubblica.

Dati di comparazione internazionale mostrano che in Italia ci sono 410 per 100 mila abitanti, superiore al dato di paesi come la Francia che ha 318 medici per 100 mila abitanti o i Paesi Bassi con 390 medici per 100.000 abitanti.

È quindi evidente che in questa fase il problema chiave del Servizio sanitario non è lo *shortage* in assoluto di personale medico reclutabile, piuttosto la sua ridotta capacità attrattiva e di *retention* con collocazione permanente rispetto a contratti alternativi temporanei o alla fuga all'estero.

Ecco perché ha senso rilevare che piuttosto che ricorrere a medici provenienti da paesi lontani e spesso molto diversi dal nostro, sarebbe opportuno promuovere investimenti adeguati per restituire attrattività al lavoro nel Servizio sanitario.

La questione chiave è quindi esplicita: una molteplicità di scelte relative al Servizio sanitario e alla spesa pubblica per la sanità ha ridotta la capacità dello stesso Servizio sanitario di attrarre e trattenere operatori sanitari, dai medici specialisti di vario tipo agli infermieri.

Infatti, come rivelato, il costituirsi di un mercato ampio di scambio di prestazioni medico-sanitarie anche di alto profilo, alimentato dalla domanda proveniente dal Servizio sanitario, ha generato opportunità altamente attrattive per gli operatori sanitari che sono alternative rispetto al lavoro permanente proprio nel Servizio sanitario.

L'effetto diventa perverso all'ennesima potenza poiché: le ridotte risorse pubbliche garantite al Servizio sanitario costringono le strutture pubbliche a ricorrere alla fornitura di servizi, con un conseguente balzo in alto dei costi e, dal lato dei professionisti sanitari, la creazione di opportunità che rendono ben poco attrattiva l'occupazione permanente nel Servizio sanitario.

Una spirale perversa che, a questo punto, deve essere spezzata con urgenza altrimenti c'è il rischio che ne esca colpita la qualità delle prestazioni e, in generale, delle performance delle strutture sanitarie, affidate per una parte non certo secondaria a personale esterno, temporaneo, coinvolto in modo limitato nel tempo nelle attività.

La scarsa attrattività del lavoro sanitario nel Servizio sanitario, in una fase di accentuata competizione tra Servizio sanitario, libera professione e anche esercizio della professione all'estero, inevitabilmente fragilizza ulteriormente la sanità italiana.

Prioritario è quindi lo sblocco delle assunzioni, che risale addirittura al 2004, a cui occorrerebbe oggi sostituire un massiccio inserimento di nuove aggiuntive risorse umane, garantendo condizioni di lavoro e retributive appropriate e competitive rispetto alle alternative possibili.

Perché ciò sia possibile è indispensabile andare oltre le logiche che hanno ispirato anche il *Pnrr* che di fatto orienta gli investimenti pubblici verso gli immobili da ristrutturare o da organizzare e le attrezzature da acquisire, con un'attenzione molto ridotta al personale.

### **4.3. Rimettere al centro il medico, ricostruire l'attrattività del Servizio sanitario**

Oggi è prioritario rimettere il fattore umano al centro dei processi di modernizzazione della sanità. Occorre infatti rendere di nuovo competitivo il lavoro permanente nelle strutture del Servizio sanitario, altrimenti l'attività libero-professionale svuoterà le strutture che poi saranno costrette a pagare ancor di più le prestazioni erogate come servizi temporanei.

Come rilevato, quindi, in Italia oggi non si è in presenza di un numero insufficiente di medici, piuttosto le condizioni di lavoro e retributive del Servizio sanitario non sono in grado di attrarli e trattenerli.

D'altro canto, l'84,5% degli italiani è convinto che avere troppi medici con contratti temporanei, intermittenti indebolisce la sanità: opinione condivisa trasversalmente a gruppi sociali e macroaree territoriali (**fig. 2**).

È evidente la convinzione collettiva che contratti temporanei in settori strategici della vita collettiva, in particolare nel pubblico, possano alla fin fine incidere negativamente sulla qualità dei servizi prodotti ed erogati.

È una convinzione che si è condensata nel tempo anche a seguito dell'esperienza legata alla diffusione di contratti non permanenti in tanti settori dell'economia, e che si applica in modo particolare alla sanità dove la continuità della permanenza nelle strutture e, anche laddove possibile, di rapporto con i pazienti è vitale.

#### **4.4. Quel che ne pensano gli italiani**

Le tematiche relative al Servizio sanitario sono salite nell'agenda dell'attenzione sociale degli italiani, perché le criticità sono ormai evidenti e coinvolgono quote importanti di persone. D'altro canto, come più volte rilevato, nel periodo emergenziale si erano create elevate aspettative proprio in relazione al potenziamento della sanità, dalle risorse economiche al personale sino alla tipologia di servizi, negli ospedali così come sui territori.

Sarebbe pertanto un errore sottovalutare il punto di vista degli italiani anche in relazione ai tanti e diversi aspetti che riguardano il personale del Servizio sanitario, medici in testa.

Non sorprende quindi che, a differenza di quanto si può rilevare per tanti altri settori, il miglioramento delle retribuzioni e delle condizioni di lavoro dei medici trova ampio consenso: ben l'87,2% fa propria questa convinzione, poiché sono convinti che proprio i medici sono la risorsa più importante della sanità. Si rivelano favorevoli l'87,4% nel Nord-Ovest, l'88,7% nel Nord-Est, l'86,3% al Centro e l'86,6% nel Sud-Isole.

Il dato citato è l'esito di una molteplicità di dinamiche socioculturali e di altre più specificamente relative al settore della sanità, a cominciare dalla persistente centralità del fattore umano che, al di là delle retoriche su nuove tecnologie di vario tipo fino all'IA, resta un costitutivo dell'idea di buona sanità degli italiani.

Il 95% degli italiani è convinta che il fattore umano resta decisivo e il 90% che in sanità le tecnologie sono importanti ma non possono assolutamente sostituire il rapporto umano con medici e altri operatori sanitari. Ne sono convinti l'89,5% delle persone con basso titolo di studio, il 90,9% con maturità e l'89,1% dei laureati.

In pratica, per la grande maggioranza degli italiani in sanità non esistono soluzioni miracoliche di tipo tecnologico, perché c'è una essenziale

persistenza del valore del fattore umano che nel rapporto con il paziente resta assolutamente insostituibile.

L'umanizzazione della sanità che passa attraverso le figure dei medici non è un puro orpello, ma un connotato costitutivo della buona sanità del futuro.



## 5. IL RICONOSCIMENTO DEL VALORE DEI MEDICI PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO

### 5.1. Cambiare rotta

Il dibattito sulla spesa sanitaria pubblica ha fatto emergere la necessità ineludibile di espanderla, perché attualmente è visibilmente incapace di alimentare un ammontare di servizi e prestazioni in linea con i fabbisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini.

L'allungamento delle liste di attesa, quindi, a questo stadio non chiama in causa un'offerta a scartamento ridotto, piuttosto un'offerta che ha raggiunto il suo picco massimo di espandibilità nelle attuali condizioni strutturali.

Ciò è assolutamente evidente dal lato del personale che, visibilmente, è sotto stress costante, chiamato a fronteggiare una domanda sanitaria debordante, con una saturazione delle proprie energie e della capacità di accoglienza delle strutture e dei servizi.

Pertanto, così come è ormai acclarato che non è più rinviabile un aumento consistente della spesa sanitaria pubblica, è ugualmente evidente che occorre:

- ampliare le piante organiche;
- migliorare sensibilmente le condizioni retributive e di lavoro dell'attuale personale sanitario.

Ad oggi la pressione della domanda sanitaria viene affrontata con l'allungamento delle liste di attesa, con relativo razionamento della domanda sanitaria e, in contemporanea mettendo sotto pressione nella massima misura possibile il personale attualmente esistente.

Il fenomeno colpisce la *public opinion* quando viene messo sotto i riflettori mediatici oppure in presenza di eventi eclatanti di cronaca, che costringono a verificare e raccontare quanto realmente accade nelle strutture sanitarie, a cominciare da quelle dell'emergenze e urgenze.

Pertanto, c'è una priorità che raccoglie consenso ad ogni livello: è urgente ampliare il personale medico e sanitario del Servizio sanitario, così come è altrettanto urgente creare condizioni retributive e di contesto attrattive che stimolino a restare nel pubblico impiego della sanità.

## 5.2. L'impegno volontaristico individuale non basta più

Nel rilancio del Servizio sanitario, tante volte annunciato e ora diventata una priorità ineludibile pena il suo declino irreversibile, è essenziale partire dalla dichiarata ineludibile centralità del fattore umano in sanità e, in specifico del ruolo del medico.

Quest'ultimo infatti ha radici nel senso profondo del rapporto con il paziente perché la relazionalità ha nei processi di cura un valore insostituibile ed è il portato delle concrete dinamiche della sanità in questi anni.

Infatti, 8 italiani su 10 sono convinti che alla fin fine se in questi anni il Servizio sanitario ha tenuto lo si deve all'impegno straordinario dei medici, che hanno integrato con sforzo individuale, in condizioni difficili e senza un ritorno economico adeguato.

Per gli italiani è come se il periodo emergenziale si fosse prolungato nella fase successiva a causa del persistente elevato *gap* tra domanda sanitaria e offerta disponibile, certificato dal fatto che ben il 44,5% degli italiani negli ultimi 24 mesi ha sperimentato direttamente o tramite familiari corsie di ospedale o altri servizi sanitari sovra-affollati. L'esperienza è trasversale ai territori poiché coinvolge il 44,7% dei residenti nel Nord-Ovest, il 39% nel Nord-Est, il 45,5% nel Centro e il 46,8% al Sud-Isole (**fig. 3**).

Le situazioni critiche sono state sinora affrontate grazie alla capacità individuale dei medici di spingere l'accesso in sanità oltre i vincoli strutturali. Le opinioni dei cittadini, quindi, evidenziano che:

- esiste una difficoltà strutturale della sanità largamente percepita dagli italiani, che è stata sinora ammortizzata proprio dallo sforzo volontaristico e individuale dei medici e del resto del personale sanitario;
- se ad oggi gli effetti delle difficoltà della sanità non si sono riversate per intero sui cittadini è fondamentalmente grazie allo sforzo medico, del fattore umano che ha spontaneamente ricercato soluzioni praticabili ma che, visibilmente, non possono rispondere alle criticità strutturali ormai permanenti.

E allora questo straordinario capitale umano ha dovuto fare i conti con i processi regressivi indicati che hanno ridotto nel tempo l'attrattività del lavoro nel Servizio sanitario, costringendoli a operare in condizioni ostili, difficili e senza che ci fosse, almeno, una qualche compensazione sul piano della remunerazione.

Ma non si può affidare la tenuta di un sistema radicato sull'intero territorio nazionale, con oltre 680 mila addetti, che eroga oltre 1,3 miliardi di prestazioni annui con una spesa pubblica pari a 131 miliardi di euro all'impegno volontaristico di singole individualità, impegnate in contesti ostili, con retribuzioni non competitive rispetto a quelle che otterrebbero proprio dal Servizio sanitario operandovi nella forma di liberi professionisti.

Il tempo di un cambio radicale di prospettiva è arrivato e non può che partire da una diversa valutazione economica e di ruolo del medico, così da restituire potenza attrattiva al Servizio sanitario.

Ogni ipotesi che punta solo sull'incremento di spesa corrente e investimenti pubblici, senza legarne l'impegno di tali risorse ad un cambio radicale della condizione dei medici e, più in generale, degli operatori sanitari è destinato ad un flop annunciato.

### **5.3. Valorizzare subito i medici nostrani**

Il consenso sociale ampio e trasversale tra gli italiani di tutti i gruppi sociali e territori sulle necessità di espandere la spesa sanitaria pubblica per colmare il gap di offerta rispetto alla domanda, si estende anche all'urgenza di ampliare il personale permanente del Servizio sanitario.

Non c'è quindi solo una richiesta generica di ampliamento dell'offerta sanitaria, ma la percezione precisa che occorre aumentare il numero di medici e degli altri operatori sanitari, altrimenti ogni annuncio di facilitare l'accesso a servizi e strutture sanitarie è destinato a restare lettera morta.

È ben il 92,5% degli italiani, quota che resta largamente maggioritaria trasversalmente a connotati socio-demografici, economici e territoriali delle persone, a ritenere urgente l'assunzione di medici e infermieri in sanità, altrimenti sarà molto difficile tagliare le liste di attesa che, a questo punto, sono troppo lunghe in troppe regioni (**fig. 4**).

La convinzione della grande maggioranza degli italiani coincide con lo stato di fatto del Servizio sanitario e, anzi, per certi versi è semplicemente l'esito dell'esperienza accumulata in questi anni in cui è diventata convinzione collettiva condivisa il fatto che non è sufficiente allungare gli orari di apertura delle strutture sanitarie o individuare stratagemmi più o meno diretti per far lavorare di più i medici che ci sono, perché la questione chiave è aumentare il numero di medici che sono dipendenti del Servizio sanitario.



E per ottenere tale risultato occorre rendere il lavoro dipendente del Servizio sanitario allettante, remunerativo, sostenibile, cioè in grado di persuadere i medici che non è punitivo, penalizzante rispetto ad altre soluzioni professionali.

E allora non sorprende che quasi l'85% degli italiani dichiara che prima di prendere medici da altri paesi sarebbe opportuno tentare di trattenerne quelli italiani che scelgono di andarsene altrove (**fig. 5**).

Non è una sorta di *neo-sciovinismo sanitario*, ma un'idea molto matura e contemporanea che riconosce che il nostro paese disporrebbe dei medici per rispondere in gran parte al bisogno di prestazioni sanitarie, ma la fragilizzazione del Servizio sanitario e la prolungata e autolesionistica disattenzione alla loro condizione ha impedito la loro opportuna valorizzazione.

E diventa insopportabile per la società la retorica che valorizza il ricorso a medici provenienti da altri paesi, addirittura in alcuni casi come forma di solidarietà, come se l'Italia non fosse nelle condizioni di dare il giusto ruolo ai medici nostrani.

#### **5.4. Ripartire dal capitale fiduciario**

Il rilancio del Servizio sanitario, poi, può contare su un asset che troppo spesso viene dato per scontato e che, invece, è il portato di processi di lunga deriva e può giocare un ruolo rilevante nel futuro prossimo: il rapporto fiduciario tra italiani e medici nel Servizio sanitario che è antico, consolidato e che si è rinnovato nelle difficili situazioni degli ultimi anni.

Il medico è nelle strutture sanitarie il volto dell'istituzione, colui a cui ci si affida e che, inevitabilmente si trasforma in colui contro il quale le persone si scagliano quando ritengono che le performance sanitarie non hanno avuto la qualità sanitaria attesa.

Guai a sottovalutare il valore decisivo del rapporto fiduciario tra medico e paziente che, come rilevato, è alla base della tenuta del Servizio sanitario malgrado la sua pluridecennale fragilizzazione.

I dati di fiducia sono inequivocabili: l'84,1% degli italiani dichiara di avere fiducia nei medici del Servizio sanitario, che lavorino nelle corsie o sul territorio. Un plebiscito che si riproduce nel tempo e che anche drammatici

eventi di cronaca con aggressioni a medici non possono assolutamente mettere in discussione.

I medici sono il volto del Servizio sanitario che gli italiani riconoscono e apprezzano perché sono la garanzia suprema che, quali che siano le condizioni di contesto, i loro interessi di cura saranno al centro delle varie azioni. Anche perché quasi il 76% degli italiani è convinto che nel tempo sono stati i medici a tutelare la centralità della salute rispetto a ogni altra esigenza, in particolare di carattere economico.

È una convinzione che si lega alla fiducia accordata ai medici e che un prolungato periodo di difficoltà per il Servizio sanitario, alla fin fine non è riuscito a scalfire.

E tuttavia, come rilevato, tale fiducia può tramutarsi nel suo contrario, in vero e proprio odio quando le persone si sentono tradite perché le prestazioni non si sono rivelate, non importa se nel concreto per ragioni non ascrivibili al medico, non in linea con le aspettative.

Ecco la spiegazione del moltiplicarsi di casi di cronaca con medici vittime di pazienti o familiari disillusi, magari per esiti tragici di interventi che nella grande maggioranza dei casi non chiamano in causa la competenza del medico stesso.

E ci sono anche i tanti casi in cui la rabbia di pazienti esplode per disservizi, disfunzioni chiaramente di origine sistemica che alla fin fine sono impropriamente attribuiti al medico con cui si entra in relazione.

È il quadro troppo spesso tragico di tanti eventi di cronaca che comunque sconvolgono la maggioranza degli italiani che, come si è visto, tributano ai medici un'inscalfibile fiducia, costruita nel tempo e rinnovata negli anni difficili del Covid e in quelli più recenti.

Ecco perché non sorprende che l'84,3% degli italiani oggi reputa le aggressioni ai medici come un'emergenza su cui intervenire con provvedimenti urgenti ed efficaci (**fig. 6**). È un'urgenza condivisa da quote elevate di italiani dei diversi gruppi sociali e territori.

I medici pagano, secondo gli italiani, un prezzo ingiusto al loro essere il volto della sanità di cui i cittadini si fidano e che, in modo inappropriato sono chiamati in causa quando quel che accade nelle strutture sanitarie viene considerato distante dai risultati attesi.

## 5.5. Sanno anche gestire bene, se l'obiettivo primo è la salute

Rilancio del Servizio sanitario e riconoscimento di ruolo e valore del medico vanno di pari passo anche perché rimettere al centro del Servizio sanitario la tutela della salute piuttosto che obiettivi di sostenibilità economica impone di dare maggiore autonomia ai medici e, anche, un diverso ruolo all'interno della gerarchia di poteri del Servizio sanitario.

È un altro aspetto della transizione da un paradigma economicista ad uno centrato sulla salute e si esplicita nel fatto che, per oltre due terzi degli italiani, sono proprio i medici a essere in grado di trovare il giusto equilibrio tra la tenuta economica e finanziaria della sanità e la ineludibile centralità della tutela della salute dei cittadini.

Infatti, l'81,5% degli italiani sottolinea che, se il medico gli prescrive un farmaco o una determinata prestazione qualora non sia coperto dal Servizio sanitario, si limita a pagare di tasca propria (**fig. 7**). Agiscono così il 76,5% dei 18-35enni, l'81,1% degli adulti e l'85,8% degli anziani.

Ecco che la non rimborsabilità o la mancata copertura da parte del Servizio sanitario semplicemente sposta il costo di un farmaco o di una prestazione sul *budget* dei cittadini.

Si è così creato un circuito perverso per cui il primato dell'economia non fa altro che spostare costi per farmaci e prestazioni che i medici valutano come appropriati in capo ai cittadini, perché ragioni economiche impongono di tagliare la spesa pubblica per sanità.

Ecco che imporre lacci e laccioli all'azione del medico, per ragioni economiche e di budget significa semplicemente decidere che la sanità non è primaria, generando una situazione in cui ciascun cittadino finisce per avere accesso alle cure in funzione delle proprie disponibilità economiche.

In un sistema salute-centrico, per quasi il 60% dei cittadini i medici sono dei buoni manager perché optano per la soluzione diagnostica o terapeutica più appropriata definendo un profilo di spesa sanitaria sul paziente in linea con le sue reali esigenze.

In un sistema che invece mette al centro il rigore finanziario avulso dai fabbisogni sanitari a cui dovrebbe garantire risorse adeguate per generare un ammontare di prestazioni appropriato e adeguato, allora è chiaro che il medico è visto come un pericoloso sovversivo che, per curare gli italiani è pronto a scardinare i tanti vincoli messi in campo dai *ragionieri*.

Il buon manager della sanità per gli italiani è colui che prescrive soluzioni appropriate ai fabbisogni sanitari delle persone che il Servizio sanitario deve assolutamente garantire, in sintonia con il suo connotato universalista.

## **5.6. Ripristinare il primato della tutela della salute sui vincoli economici**

È ormai retorica comune sottolineare l'eccesso di peso dell'economia e del rigore della finanza pubblica rispetto agli obiettivi di salute, e tuttavia non pochi segnali indicano che nella concreta implementazione delle politiche non è stato ancora attivato un modo alternativo di operare.

È come se la cultura dell'aziendalizzazione avesse permeato a fondo gli ingranaggi e le culture gestionali del Servizio sanitario e che il passaggio ad un paradigma diverso richiedesse un lavoro certosino, puntuale, quotidiano, di capovolgimento copernicano di idee e pratiche.

Di certo ormai sono quasi 9 italiani su 10 a dichiararsi convinti e preoccupati del fatto che il vincolo di bilancio è stato troppo a lungo il re incontrastato delle decisioni relative alla spesa pubblica per la sanità e, in specifico, relativamente a quel che andava fatto nel Servizio sanitario.

La de-ospedalizzazione, nell'esperienza degli italiani è stata un ridimensionamento dei posti-letto con persistenti vuoti nei territori, e quindi di fatto un *downgrading* della copertura sanitaria.

Non sorprende quindi che nel nuovo contesto quasi 8 italiani su 10 vedono come soluzione da praticare al più presto l'attribuzione di una nuova autonomia decisionale proprio ai dirigenti medici.

E, in particolare, il 78,9% degli italiani ritiene che a decidere su cure, farmaci debba essere sempre e solo il medico senza vincoli di budget, economici a stringere il perimetro della sua autonomia (**fig. 8**). Lo pensa il 79,4% nel Nord-Ovest, l'80,7% nel Nord-Est, l'80,5% al Centro e il 76,5% nel Sud-Isole.

Ecco la sanità che per gli italiani è da perseguire e che incarna il senso profondo del Servizio sanitario, quello che lo rende così essenziale per la grande maggioranza degli italiani.

Se i medici son coloro che, in fondo, hanno il sapere esperto per delineare le soluzioni diagnostiche e terapeutiche più appropriate, allora non si può non

riconoscere con coraggio facendo un salto qualitativo decisivo, culturale prima ancora che operativo rispetto al passato recente, che ai medici va riconosciuta autonomia piena nelle decisioni cliniche, senza costringerli nella camicia di forza di una decisione vincolata alle restrizioni sulle scelte terapeutiche imposte per ragioni economiche.

Come rilevato, se gli italiani in larga maggioranza sono pronti a seguire le prescrizioni mediche a prescindere dalla loro rimborsabilità allora ci sono due situazioni non proprio ottimali esito di scelte del medico poiché:

- o cerca una qualche soluzione terapeutica praticabile nella rimborsabilità del Servizio sanitario che, non necessariamente coincide sempre e comunque con l'ottimo;
- o indica la soluzione terapeuticamente più appropriata anche se non coperta dal Servizio sanitario trasferendo sui cittadini il costo, e quindi lasciando che le condizioni economiche determinino il tipo di cura.

Sono entrambe soluzioni in evidente contrasto con l'universalismo del Servizio sanitario e la necessità che sia garantita la tutela della salute a tutti e ovunque, a prescindere dalle diversità economiche, territoriali e di altro genere.

L'autonomia decisionale del medico sul piano clinico, anche in termini di risorse da allocare a determinate soluzioni diagnostiche e terapeutiche, di fatto ripristinerebbe il primato della tutela della salute su ogni altra variabile economica.

## **5.7. Una nuova fase è possibile**

Occorre emanciparsi dall'idea che una gestione efficiente ed efficace delle risorse sanitarie sia pregiudizialmente in contrasto con le appropriate decisioni sanitarie.

La verità è che occorre fissare la priorità: è il vincolo di bilancio e di spesa pubblica predeterminato a prescindere dai fabbisogni sanitari o sono quest'ultimi, che inevitabilmente devono essere certificati dai medici nel loro concreto operare?

Il nuovo modello di gestione delle strutture e dei servizi sanitari nel servizio sanitario, quindi, non può che liberarsi di logiche e pratiche dell'aziendalizzazione che implica che una buona gestione economica deve



essere garantita da figure professionali diverse dal medico, chiamati ad applicare una molteplicità di vincoli alle decisioni mediche.

Pertanto, i medici dovrebbero limitarsi a operare nel perimetro economico definito, restando però il volto esterno del Servizio sanitario e, quindi, finendo per subire gli effetti di rancore e rabbia dei cittadini quando le cose non vanno per il verso giusto.

Guai poi a pensare che stiano maturando altre soluzioni automatiche, ad esempio l'illusione di ricorrere agli algoritmi o all'IA per dare soluzioni più in grado di tenere insieme sostenibilità economica e efficacia terapeutica.

Ad oggi, la decisione medica può trovare uno straordinario supporto nelle nuove tecnologie, ma è nel rapporto relazionale medico-paziente che può e deve maturare la soluzione più appropriata, fermo restando la rilevanza del contributo tecnologico.



## 6. IL SERVIZIO SANITARIO: UN AMORE ITALIANO

### 6.1. L'irriducibile centralità

Alta è la disillusione degli italiani per le concrete performance del Servizio sanitario, tenuto conto delle promesse che erano state fatte nel periodo peggiore del Covid sulla sua centralità e sulla necessità di destinare massicci investimenti proprio al potenziamento della sanità nel suo complesso.

E invece le cose sono oggi molto diverse poiché, nel mentre a lungo ha prevalso la retorica della necessaria deospedalizzazione a cui non è stato affiancato un adeguato e concreto impegno di potenziamento dei servizi sui territori, il periodo emergenziale aveva reso evidente che era la totalità delle strutture e dei servizi, dall'ospedale al territorio ad essere sottodimensionata rispetto ai fabbisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini.

Lo stress test del dopo Covid, però, ha mostrato che le dichiarazioni di principio, dall'entità dei finanziamenti alla loro destinazione non hanno trovato compiuta applicazione.

E così è andata emergendo un'iniziale disillusione che poi, in molti casi, si è tramutata o in rabbia oppure, nella maggioranza dei casi, nel classico meccanismo di adattamento tipico degli italiani cerca soluzioni operative, oltrepassando volta per volta i vincoli del razionamento sanitario.

Infatti, ben l'83,6% degli italiani dichiara esplicitamente che dopo l'esperienza traumatica del Covid si aspettava molti più soldi e un impegno più intenso per potenziare la sanità (**fig. 9**).

Una riserva di disillusione consistente, condivisa da maggioranze rilevanti nei territori e nei diversi gruppi sociali, che è anche una domanda sociale pressante per tornare al dettato di quanto promesso e che gli italiani reputano urgente.

Infatti, la sanità resta priorità per gli italiani, che collocano da sempre il Servizio sanitario ai vertici delle istituzioni più apprezzate e che lo considerano molto più che uno straordinario erogatore di servizi. Esso, infatti, è per gli italiani un'istituzione coesiva decisiva, la cui esistenza incide in misura decisiva sul benessere soggettivo e la qualità della vita.

Notoriamente sono accolti con orrore i casi attribuiti alle sanità di altri paesi dove l'accesso alle cure è esplicitamente subordinato alla capacità di pagare

direttamente o tramite esose polizze assicurative private il costo dei servizi e delle prestazioni di cui si beneficia.

La verità è che quasi il 92% degli italiani dichiara che avere la sanità per tutti universalista è oggi un motivo di orgoglio per l'Italia e gli italiani, una distintività internazionale che apprezzano molto più di quanto si tende a considerare.

## **6.2. Priorità presente e futura**

In una fase storica segnata dall'incertezza estrema e dalla moltiplicazione dei rischi sociali, con l'irruzione di rischi globali inediti, capaci di stravolgere le vite quotidiane di ciascuno, non può non colpire il fatto che nella graduatoria delle priorità gli italiani continuano a collocare la tutela e cura della salute e, di conseguenza, l'investimento nel soggetto chiave, vale a dire il Servizio sanitario.

Infatti, è stato chiesto ai cittadini quali siano le priorità su cui orientare gli investimenti per far funzionare al meglio l'economica e innalzare il benessere delle persone e l'esito è stato il seguente: il 65,6% ha indicato il Servizio sanitario nelle componenti ospedaliere e territoriali, il 50,2% il sistema scolastico e universitario, il 29,8% le infrastrutture per la mobilità e la logistica come strade, ponti, aeroporti, ferrovie veloci ecc., il 27,7% il sistema previdenziale, il 24,1% investimenti per la transizione ecologica, il 20,3% nuove tecnologie per incentivarne l'applicazione e trasferire alle persone le competenze, e poi il 18,6% le imprese industriali e, in particolare, manifatturiere.

La priorità di investimento del Servizio sanitario è indicata dalla maggioranza degli italiani trasversalmente ai gruppi sociali e territori. Servizio sanitario per gli italiani significa sviluppo, crescita, molto di più che altre infrastrutturazioni materiali e sociali pur molto importanti.



### **6.3. Il medico cancellato: l'urgenza di andare oltre la logica del Pnrr**

L'ampio e articolato spettro di destinazioni possibili per gli investimenti ha nella graduatoria delle priorità indicate dagli italiani al suo vertice il Servizio sanitario.

E, in una certa misura, il Pnrr aveva già risposto a tale esigenza con un set di investimenti fissato a circa 20 miliardi di euro orientato appunto alla modernizzazione di interi settori del nostro sistema sanitario.

Tuttavia, nella logica del Pnrr per l'allocazione delle risorse è stata privilegiata una modernizzazione di tutto ciò che non è capitale umano, dalle infrastrutture edili alle tecnologie e macchinari.

Una infrastrutturazione essenziale, senza la quale difficilmente la sanità potrebbe generare quella produttività in grado di consentire al Servizio sanitario di rispondere, con le risorse pubbliche che gli sono garantite, alla dinamica crescente dei fabbisogni sanitari.

E tuttavia non può non colpire l'assenza di fatto di investimenti adeguati alla valorizzazione e promozione del fattore umano e, in specifico, del medico, vero perno dell'articolato sistema di prevenzione e tutela della salute.

Gli obiettivi fissati nel cronogramma del Pnrr sono stati sostanzialmente rispettati e, tuttavia, non può non emergere la parzialità del Piano, il fatto che gli investimenti siano relativi a dimensioni essenziali ma non esaustive della sanità.

Occorre ribaltare la logica a partire da una verità elementare, vale a dire che è decisivo il medico, nella concreta dinamica dei servizi così come nel rapporto con i pazienti e i familiari, per i quali il Servizio sanitario coincide di fatto con volti e corpi dei medici e operatori sanitari con cui entrano in contatto.

L'umanizzazione della sanità, intesa come centralità della relazionalità medico-paziente resta come un costitutivo della buona sanità. E, invece, nei piani di ristrutturazione e rilancio è proprio il fattore umano ad essere penalizzato se non addirittura cancellato.

## **7. I CITTADINI TRA LIBERTÀ DI SCELTA SULLA SALUTE E DISILLUSIONE PER LE SCELTE PUBBLICHE SUL SERVIZIO SANITARIO**

### **7.1. Il valore della libertà di scelta e gli effetti della disillusione tra i cittadini**

Il rapporto con la salute degli italiani è stato epicentro di processi di evoluzione socioculturale di lungo periodo, che ne ha visto amplificata la rilevanza, con investimento di tempo, soldi, energie da parte delle persone.

Oggi è alta la voglia di autoregolazione responsabile degli italiani che, pur nel rispetto della competenza medica e dell'elevatissima fiducia che nutrono in essi, significa anche la volontà e la possibilità di poter effettuare scelte relativamente alla propria salute.

In questo senso, quindi, l'attività dei medici deve necessariamente contemperarsi con le nuove esigenze di cittadini consapevoli, responsabili, ma al contempo pericolosamente sfidanti.

Il medico si trova stretto tra esigenze contrapposte a cui occorre dare un equilibrio:

- garantire la soluzione clinica appropriata, efficace, in grado di dare le risposte attese alle problematiche di salute o, anche, capace di prevenire l'insorgere di determinate patologie;
- offrire al paziente un quadro preciso, comprensibile di soluzioni possibili in cui possa esercitare eventualmente la propria scelta consapevole. Non una sorta di autolesionistico libero arbitrio dell'incompetenza, ma un esercizio maturo e responsabile della propria libertà di scelta, guidati dal sapere esperto del medico;
- rispettare i vincoli economico-finanziari che sono imposti e che, di fatto, tendono a sovraordinare ogni altro aspetto, a cominciare da quelli clinici.

Proprio il primato di aziendalizzazione e vincoli economici ha sempre di più esposto i medici alle reazioni dei cittadini nei casi in cui le risposte sanitarie, per i motivi più disparati, non si sono dimostrate efficaci o all'altezza delle aspettative.

Esiste un'aggressività micro, quotidiana, che attraversa, a volte tragicamente, i luoghi di cura che segnalano come si sia trasferito sulla figura del medico, che opera nel front-office, la diffusa rabbia per la disillusione che i cittadini provano rispetto alle tante promesse fatte in epoca emergenziale sulla sanità.

Il “*mai più*” condiviso in epoca Covid relativamente alla fragilità del Servizio sanitario, impreparato ad affrontare in modo sistemico l'emergenza, e privo comunque di un'offerta sufficiente di posti letto ospedalieri e, più ancora, di servizi sul territorio, oggi si è tramutato in disillusione profonda.

Lunghe liste di attesa per l'accesso a prestazioni elettive e prolungate attese nei Pronto Soccorso in situazioni di emergenza finiscono per esasperare gli italiani che poi, sia pure in casi limitati, scaricano la rabbia proprio sui medici a cui, però, la grande maggioranza dei cittadini riconosce abnegazione nel quotidiano impegno, con un ruolo decisivo nella tenuta del Servizio sanitario.

È fondamentale, comunque, che il ruolo del medico sia innestato dentro la nuova configurazione dei diritti dei pazienti fondata sulla sovranità individuale della scelta. Se i medici delineano opportunità alternative è poi il cittadino a dover esercitare la scelta su cosa concretamente fare. È in fondo quel che oggi accade con una penalizzazione di fatto dei cittadini che, nei casi in cui le prestazioni appropriate prescritte non sono coperte dal Servizio sanitario, finiscono sistematicamente per pagarle di tasca propria.

## **7.2. Lo stato dei rapporti cittadini-Servizio sanitario**

È evidente che la disillusione da promesse non mantenute è molto forte ed è inscritta nei dati delle liste di attesa e nella quota di cittadini che, dopo avere tentato di prenotare nel Servizio sanitario, pubblico e privato accreditato, sono costretti a rivolgersi al privato pagando di tasca propria.

Del resto, la spesa sanitaria privata annua è salita ad oltre 41 miliardi di euro e certifica il persistente divario tra fabbisogni sanitari e offerta. È vero che esiste un certo grado di inappropriata nelle prestazioni erogate dal Servizio sanitario e in quelle acquistate privatamente; tuttavia, resta irrisolto il problema di una valutazione metodologicamente inappuntabile della detta quota di inappropriata.

È invece certo il *gap* tra i fabbisogni sanitari di una società che sta invecchiando con un'elevata diffusione di patologie croniche e un'offerta

sanitaria finanziata in modo inadeguato e che resta al di sotto delle esigenze della domanda.

Ecco perché torna il leit motiv di questo nostro tempo: i fabbisogni sanitari chiedono un *upgrading* del finanziamento pubblico che consenta di produrre ed erogare una quantità molto più alta di prestazioni, con un'attenzione estrema anche alla tipologia, che significa considerare acuzie, cronicità e, anche, situazioni di emergenza assoluta, come nel caso della pandemia.

### **7.3. La sovranità sanitaria e la paura della dipendenza**

È nel periodo dell'emergenza sanitaria che più forte è stata la paura degli italiani, dai decisori ai cittadini, di essere diventati dipendenti da altri paesi per forniture essenziali per la salute.

Il tema resta centrale, malgrado non abbia la virulenza quotidiana e immediata del periodo del Covid. A questo stadio, infatti, occorre chiedersi se e in che misura la sanità italiana è autonoma rispetto al suo concreto quotidiano operare.

È chiaro che l'attivarsi dei meccanismi di razionamento, in particolare le lunghe liste di attesa, indica che attualmente il sistema stenta a star dietro alla dinamica dei fabbisogni sanitari.

Ma è soprattutto sul personale che emerge la criticità maggiore del nostro tempo legata, come si è visto in precedenza, non tanto alla scarsità assoluta di figure mediche in Italia, quanto alla loro ormai ridotta volontà di lavorare in modo permanente nel Servizio sanitario.

Così si è avviato un ulteriore circuito perverso, esito anch'esso delle logiche di aziendalizzazione e di primato dell'economico sul sanitario: di fronte alla riluttanza dei medici italiani di lavorare nelle intasate strutture sanitarie italiane, ecco che si corre a cercare di reclutare medici all'estero.

Alla soluzione più razionale, cioè potenziare l'attrattività del Servizio sanitario e la sua competitività rispetto a occupazioni alternative, che sia quella libero-professionale o quella presso le sanità di altri paesi, si preferisce la ricerca e il tentativo di reclutare personale all'estero.

L'esito attuale di questo perverso meccanismo è l'evidente sottodimensionamento delle piante organiche, malgrado il ricorso intenso e

costoso al lavoro come fornitura di servizi, che genera anche la ricerca di personale all'estero.

Così si finisce per generare una *sovranità sanitaria limitata*, perché dipendente sempre più da personale proveniente da altri paesi, laddove quello italiano invece va a caccia di collocazioni più remunerative e gratificanti oltre confine.

Ecco perché l'offerta di condizioni economiche e di lavoro più adeguate ai medici e operatori sanitari del nostro paese è oggi un obiettivo che travalica il semplice buon funzionamento del Servizio sanitario per imporsi come un obiettivo-paese da cui dipendono una molteplicità di valori decisivi per il nostro tempo.

Come rilevato, per gli italiani, in larga maggioranza, è urgente procedere a due operazioni distinte ma collegate quali:

- massicce assunzioni di medici e anche infermieri altrimenti ogni annuncio di taglio delle liste di attesa o di ampliamento delle infrastrutture materiali della sanità sarà vano;
- incentivare i medici italiani a lavorare stabilmente nel Servizio sanitario, piuttosto che rincorrere quelli di altri paesi.

Occorre poi, su un altro piano, allentare la stretta dei vincoli economici imposti dalle logiche dell'aziendalizzazione, procedendo a valutare dell'attività dei medici, piuttosto che la dimensione economica con relativo impatto, l'efficacia e l'appropriatezza delle loro scelte cliniche.

Si tratta di un passaggio culturale e operativo che, di certo, molto potrebbe contribuire a restituire attrattività e capacità di *retention* alla sanità italiana.

## TABELLE E FIGURE



**Tab. 1 - Personale stabile della Pubblica Amministrazione del comparto della sanità per tipologia, 2012-2022 (v.a. e var. %)**

|   | V.a.    |         |         | Var. %    |           |           |
|---|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
|   | 2012    | 2019    | 2022    | 2012-2022 | 2012-2019 | 2019-2022 |
| Direttori sanitari  | 266     | 226     | 236     | -11,3     | -15,0     | 4,4       |
| Dirigenti medici  | 108.927 | 107.044 | 107.772 | -1,1      | -1,7      | 0,7       |
| Altri dirigenti sanitari  | 20.234  | 18.508  | 19.891  | -1,7      | -8,5      | 7,5       |
| Personale infermieristico, tecnico sanitario, funzioni riabilitative, vigilanza e ispezione | 340.741 | 335.053 | 354.323 | 4,0       | -1,7      | 5,8       |
| Totale figure sanitarie   | 470.168 | 460.831 | 482.222 | 2,6       | -2,0      | 4,6       |
| Totale personale comparto della sanità  | 673.416 | 649.523 | 681.855 | 1,3       | -3,5      | 5,0       |

*Fonte:* elaborazione Censis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto Annuale della Pubblica Amministrazione

**Tab. 2 - Unità annue di lavoro della Pubblica Amministrazione del comparto della sanità, a tempo determinato e interinali, 2012-2022 (v.a. e var. %)**

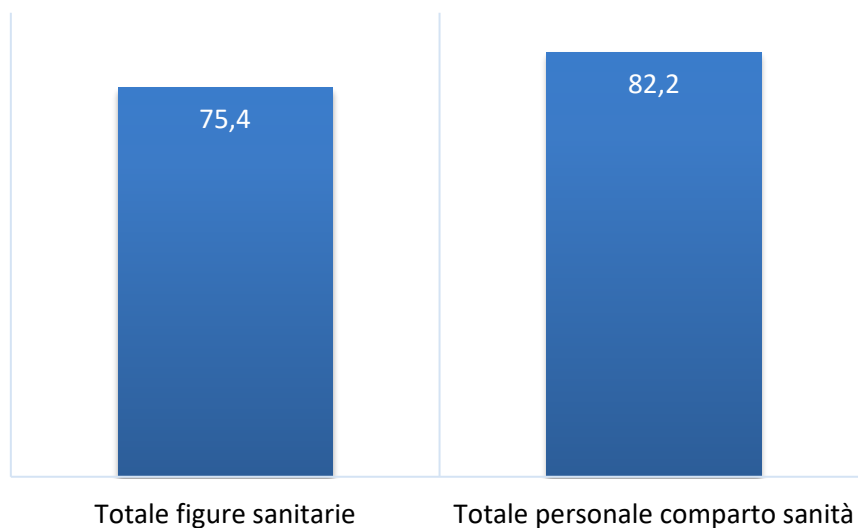
|   | V.a.          |               |               | Var. %      |             |             |
|---|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
|   | 2012          | 2019          | 2022          | 2012-2022   | 2012-2019   | 2019-2022   |
| <b>Tempo determinato</b>  |               |               |               |             |             |             |
| Dirigenti medici  | 6.879         | 6.279         | 6.782         | -1,4        | -8,7        | 8,0         |
| Altri dirigenti sanitari  | 947           | 1.335         | 1.959         | 106,8       | 40,9        | 46,7        |
| Personale infermieristico, tecnico sanitario, funzioni riabilitative, vigilanza e ispezione | 10.860        | 15.394        | 24.529        | 125,9       | 41,8        | 59,3        |
| Totale figure sanitarie   | 18.686        | 23.007        | 33.270        | 78,1        | 23,1        | 44,6        |
| Totale personale comparto sanità  | 27.155        | 32.713        | 50.155        | 84,7        | 20,5        | 53,3        |
| <b>Interinali</b>   |               |               |               |             |             |             |
| Personale infermieristico, tecnico sanitario, funzioni riabilitative, vigilanza e ispezione | 1.626         | 3.306         | 2.312         | 42,2        | 103,3       | -30,1       |
| Totale figure sanitarie (*)   | 1.628         | 3.312         | 2.363         | 45,2        | 103,4       | -28,6       |
| Totale personale comparto sanità  | 4.408         | 6.831         | 7.367         | 67,1        | 54,9        | 7,9         |
| <b>Tempo determinato e interinali</b>   |               |               |               |             |             |             |
| <b>Totale figure sanitarie</b>  | <b>20.314</b> | <b>26.319</b> | <b>35.634</b> | <b>75,4</b> | <b>29,6</b> | <b>35,4</b> |
| <b>Totale personale comparto sanità</b>   | <b>31.564</b> | <b>39.544</b> | <b>57.522</b> | <b>82,2</b> | <b>25,3</b> | <b>45,5</b> |

(\*) Include i dirigenti medici e gli altri dirigenti sanitari

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto Annuale della Pubblica Amministrazione



**Fig. 1 - Andamento delle unità di lavoro annue della Pubblica Amministrazione del comparto della sanità, interinali e a tempo determinato, 2012-2022 (var. %)**



*Fonte:* elaborazione Censis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto Annuale della Pubblica Amministrazione

**Tab. 3 - Costo del personale nei conti economici degli enti del Sistema Sanitario Nazionale, 2012-2022 (v.a. e var. %)**

|   | V.a. in milioni di euro |               |               | Var. % nominale |             |             |
|---|-------------------------|---------------|---------------|-----------------|-------------|-------------|
|   | 2012                    | 2019          | 2022          | 2012-2022       | 2012-2019   | 2019-2022   |
| <b>Costo del personale</b>  | 35.096                  | 34.967        | 38.231        | 8,9             | -0,4        | 9,3         |
| <b>Personale del ruolo sanitario</b>  | <b>28.231</b>           | <b>28.345</b> | <b>30.871</b> | <b>9,3</b>      | <b>0,4</b>  | <b>8,9</b>  |
| Tempo indeterminato   | 27.242                  | 27.016        | 28.973        | 6,4             | -0,8        | 7,2         |
| Tempo determinato   | 970                     | 1.311         | 1.875         | 93,4            | 35,2        | 43,0        |
| Altro   | 20                      | 19            | 23            | 17,0            | -4,4        | 22,4        |
| <i>di cui: personale dirigente medico</i>   | <i>12.915</i>           | <i>12.584</i> | <i>13.037</i> | <i>0,9</i>      | <i>-2,6</i> | <i>3,6</i>  |
| <b>Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</b>                    | <b>1.175</b>            | <b>1.159</b>  | <b>1.695</b>  | <b>44,2</b>     | <b>-1,4</b> | <b>46,2</b> |
| <b>Tempo determinato, consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie</b> | <b>2.145</b>            | <b>2.470</b>  | <b>3.570</b>  | <b>66,4</b>     | <b>15,1</b> | <b>44,5</b> |

Fonte: elaborazione Censis su dati Ragioneria Generale dello Stato

**Tab. 4 – Retribuzione contrattuale media annua di medici e veterinari nella Pubblica Amministrazione, 2015-2023 (v.a. pro capite in euro e var. %)**

|                           | V.a. in euro correnti per dipendente |        | Var. % reale (*)<br>2015-2023 |
|---------------------------|--------------------------------------|--------|-------------------------------|
|                           | 2015                                 | 2023   |                               |
| Retribuzione contrattuale | 70.297                               | 78.934 | -6,1                          |

(\*) Valori deflazionati con l'indice dei prezzi al consumo (nic)

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

**Tab. 5 - Graduatoria regionale per variazione del numero di dirigenti medici nella Pubblica Amministrazione, comparto sanità, 2012-2022 (var. %)**

|                       | Totale personale<br>del comparto<br>della sanità | Figure<br>sanitarie | di cui dirigenti<br>medici |
|-----------------------|--|---------------------|----------------------------|
| Trentino-Alto Adige   | 5,9  | 11,1                | 11,0                       |
| Emilia-Romagna        | 12,4   | 14,7                | 9,0                        |
| Toscana               | 5,4  | 5,0                 | 6,3                        |
| Lazio                 | 0,8  | 6,0                 | 4,7                        |
| Lombardia             | 0,8  | 2,7                 | 4,2                        |
| Puglia                | 3,7  | 3,7                 | 2,6                        |
| Umbria                | 4,7  | 7,2                 | 1,3                        |
| Friuli-Venezia Giulia | 1,9  | 2,4                 | 1,3                        |
| Abruzzo               | -2,9   | -1,3                | 0,7                        |
| Marche                | 0,1  | 1,1                 | 0,0                        |
| Veneto                | 4,9  | 6,7                 | -1,0                       |
| Sardegna              | -0,2   | -0,3                | -3,2                       |
| Campania              | 0,7  | -0,3                | -6,9                       |
| Piemonte              | -3,7   | -1,3                | -7,0                       |
| Sicilia               | -5,3   | -6,7                | -10,1                      |
| Liguria               | -3,5   | -2,6                | -10,3                      |
| Valle d'Aosta         | -1,2   | -2,7                | -14,0                      |
| Calabria              | -12,9  | -10,6               | -15,2                      |
| Basilicata            | -9,5   | -9,9                | -19,6                      |
| Molise                | -19,6  | -15,8               | -21,1                      |
| Totale                | 1,3  | 2,6                 | -1,1                       |

*Fonte:* elaborazione Censis su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto Annuale della Pubblica Amministrazione

**Tab. 6 – Graduatoria regionale per andamento del costo dei medici nei conti economici degli enti del Sistema Sanitario Nazionale, 2012-2022 (v.a. e var. %)**

|                       | V.a.<br>in milioni di euro<br>2022 | Var. % nominale<br>2012-2022 |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Trentino-Alto Adige   | 406                                | 16,4                         |
| Valle d'Aosta         | 49                                 | 11,8                         |
| Emilia-Romagna        | 1.077                              | 8,9                          |
| Toscana               | 914                                | 6,5                          |
| Abruzzo               | 318                                | 3,8                          |
| Friuli-Venezia Giulia | 312                                | 3,6                          |
| Veneto                | 937                                | 3,3                          |
| Lombardia             | 1.779                              | 2,7                          |
| Umbria                | 230                                | 2,4                          |
| Puglia                | 782                                | 1,6                          |
| Marche                | 360                                | 1,6                          |
| Lazio                 | 1.079                              | 0,2                          |
| Sardegna              | 488                                | -0,6                         |
| Piemonte              | 998                                | -2,1                         |
| Sicilia               | 1.151                              | -3,1                         |
| Campania              | 1.138                              | -4,0                         |
| Liguria               | 354                                | -4,5                         |
| Calabria              | 468                                | -8,6                         |
| Basilicata            | 136                                | -11,4                        |
| Molise                | 61                                 | -25,8                        |
| Totale                | 13.037                             | 0,9                          |

*Fonte:* elaborazione Censis su dati Ragioneria Generale dello Stato

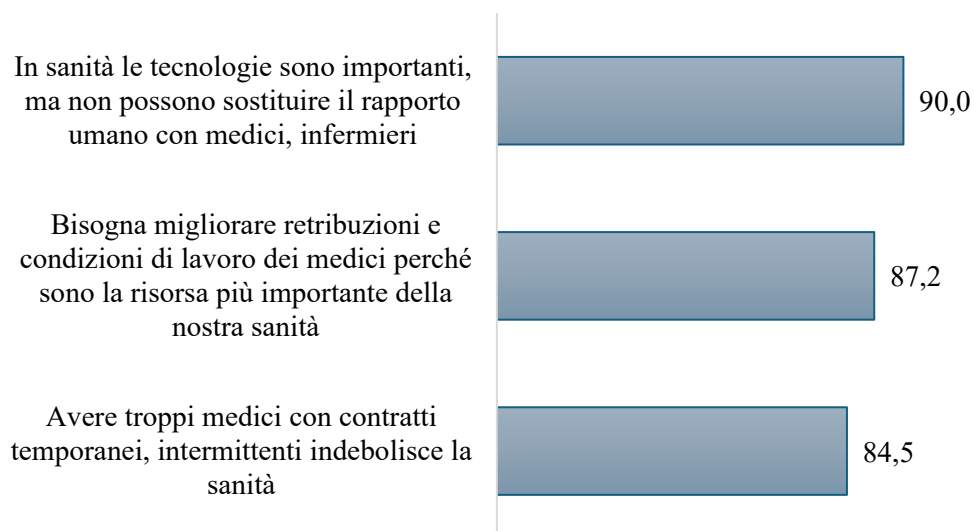
**Tab. 7 - Retribuzione media annua lorda pro capite dei medici specialisti dipendenti (\*) in alcuni Paesi dell'Unione europea, 2022 o ultimo anno disponibile (v.a. in dollari a parità di potere d'acquisto e numeri indice)**

|               | Pro capite<br>in dollari Ppa | Numeri indice<br>(Italia=100) |
|---------------|------------------------------|-------------------------------|
| Paesi Bassi   | 192.264                      | 176,0                         |
| Germania      | 188.149                      | 172,3                         |
| Irlanda       | 169.088                      | 154,8                         |
| Danimarca     | 151.150                      | 138,4                         |
| Belgio        | 141.490                      | 129,5                         |
| Finlandia     | 131.124                      | 120,0                         |
| Ungheria      | 118.680                      | 108,7                         |
| Spagna        | 116.819                      | 107,0                         |
| Svezia        | 111.839                      | 102,4                         |
| <b>Italia</b> | <b>109.225</b>               | <b>100,0</b>                  |
| Slovenia      | 108.355                      | 99,2                          |
| Francia       | 105.603                      | 96,7                          |
| Cechia        | 81.139                       | 74,3                          |
| Estonia       | 78.102                       | 71,5                          |
| Portogallo    | 66.984                       | 61,3                          |
| Grecia        | 64.043                       | 58,6                          |
| Slovacchia    | 63.403                       | 58,0                          |
| Polonia       | 47.055                       | 43,1                          |

(\*) Medici dipendenti o il cui reddito deriva principalmente dal lavoro dipendente; per l'Italia il dato fa riferimento ai medici che lavorano full-time negli ospedali

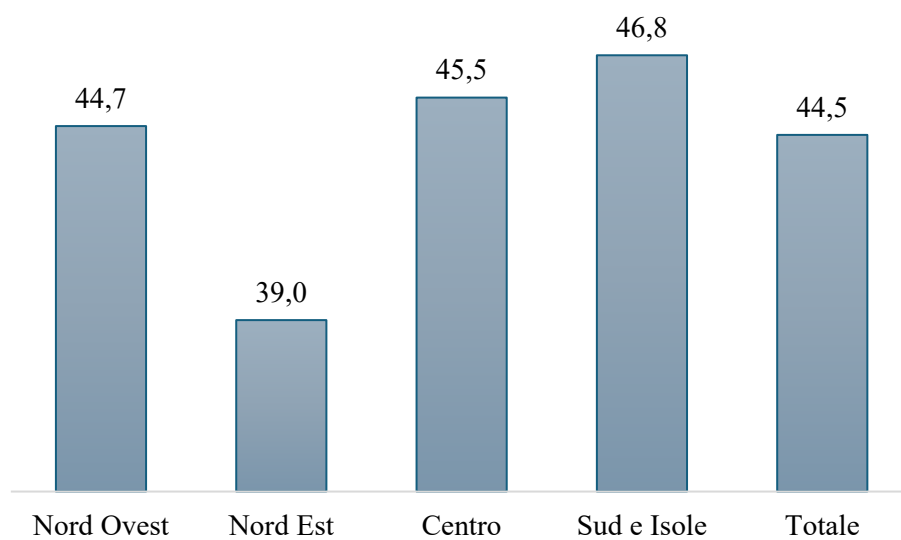
Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

**Fig. 2 – Opinioni degli italiani su ruolo e condizione dei medici nel Servizio sanitario (val. %)**



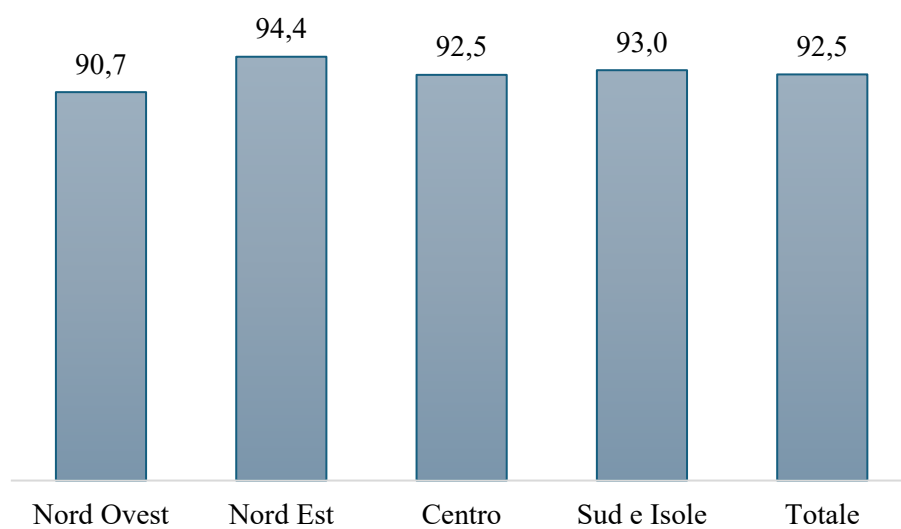
*Fonte:* indagine Censis, 2024

**Fig. 3 – Italiani a cui negli ultimi 24 mesi è capitato direttamente o tramite familiari di finire in corsie di ospedale o in altri servizi sanitari sovra-affollati, per area geografica (val. %)**



*Fonte: indagine Censis, 2024*

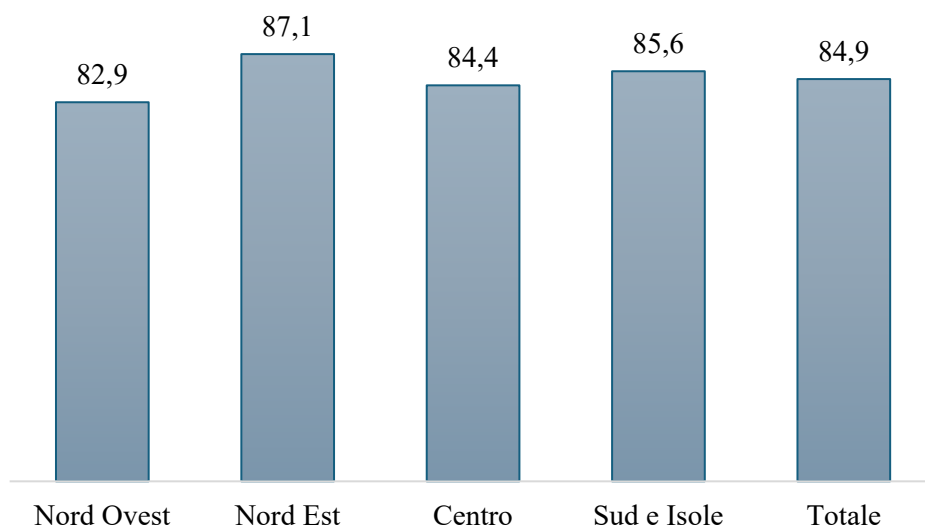
**Fig. 4 – Italiani convinti che sia urgente assumere infermieri e medici nella sanità, anche per tagliare le liste di attesa, per area geografica (val. %)**



*Fonte: indagine Censis, 2024*

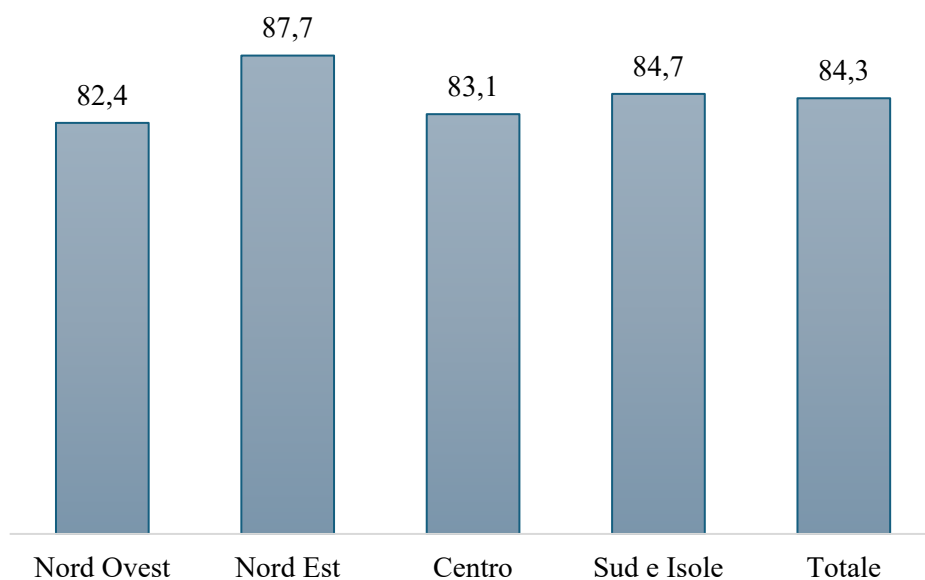


**Fig. 5 – Italiani convinti che prima di attrarre medici da altri paesi occorra trattenere quelli italiani che se ne vanno all'estero, per area geografica (val. %)**



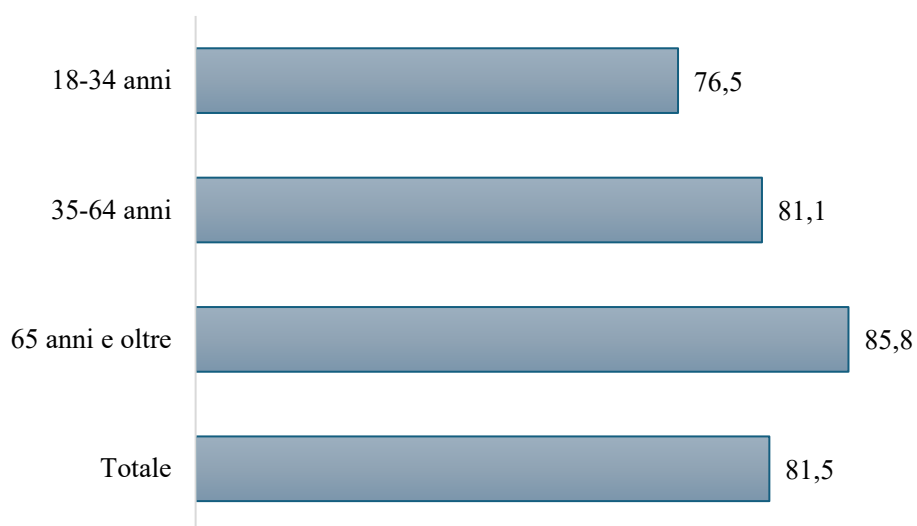
*Fonte: indagine Censis, 2024*

**Fig. 6 – Italiani che reputano le aggressioni ai medici un'emergenza su cui intervenire con provvedimenti urgenti ed efficaci, per area geografica (val. %)**



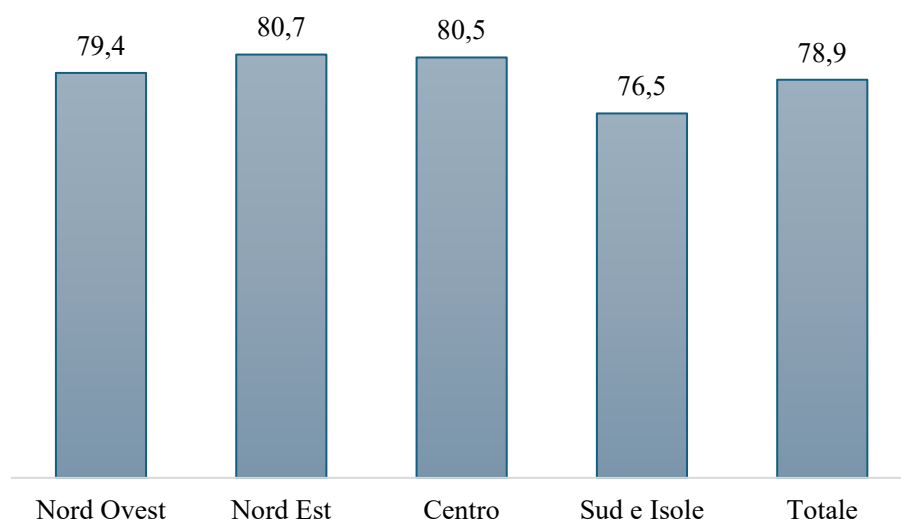
*Fonte: indagine Censis, 2024*

**Fig. 7 – Italiani che scelgono di pagare di tasca propria farmaci o prestazioni prescritte dal medico ma non coperte dal Servizio sanitario, per età (val. %)**



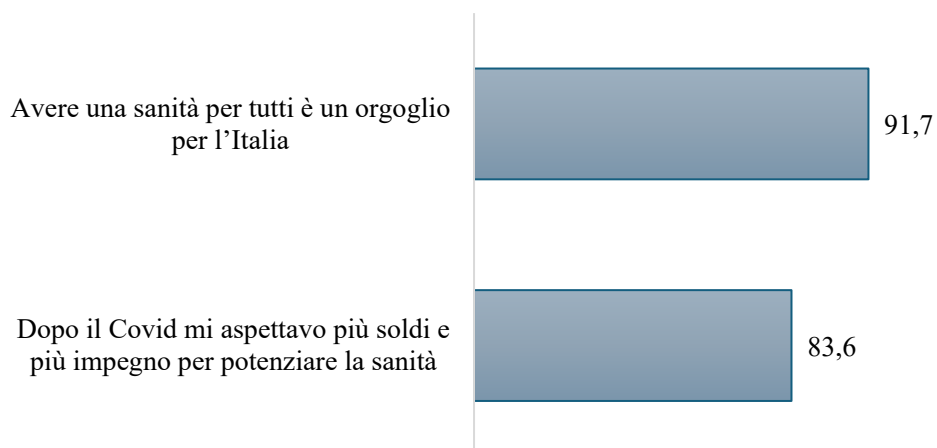
*Fonte:* indagine Censis, 2024

**Fig. 8 – Italiani convinti che a decidere su cure e farmaci debba essere sempre e solo il medico senza vincoli di *budget*, per area geografica (val. %)**



*Fonte:* indagine Censis, 2024

**Fig. 9 – Italiani e Servizio sanitario: l'orgoglio e l'aspettativa di rilevanti investimenti per il suo sviluppo (val. %)**



Fonte: indagine Censis, 2024