

LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA E TECNOLOGICA IN SANITÀ

I RISULTATI DI UNO STUDIO

SULLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

a cura di

Luisa D'Agostino

Alessia Romito

57

INAPPREPORT

L'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP) è un ente pubblico di ricerca che si occupa di analisi, monitoraggio e valutazione delle politiche del lavoro, delle politiche dell'istruzione e della formazione, delle politiche sociali e, in generale, di tutte le politiche economiche che hanno effetti sul mercato del lavoro. Nato il 1° dicembre 2016 a seguito della trasformazione dell'Isfol e vigilato dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, l'Ente ha un ruolo strategico – stabilito dal decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 – nel nuovo sistema di governance delle politiche sociali e del lavoro del Paese.

L'Inapp fa parte del Sistema statistico nazionale (SISTAN) e collabora con le istituzioni europee. È Organismo Intermedio del PON Sistemi di Politiche Attive per l'Occupazione (SPAQ) e del Programma nazionale Giovani, donne e lavoro 2023-2026 del Fondo sociale europeo, delegato dall'Autorità di Gestione all'attuazione di specifiche azioni, ed è Agenzia nazionale del programma comunitario Erasmus+ per l'ambito istruzione e formazione professionale. È l'ente nazionale all'interno del consorzio europeo ERIC-ESS che conduce l'indagine European Social Survey. L'attività dell'Inapp si rivolge a una vasta comunità di stakeholder: ricercatori, accademici, mondo della pratica e policymaker, organizzazioni della società civile, giornalisti, utilizzatori di dati, cittadinanza in generale.

Presidente: *Natale Forlani*

Direttore generale: *Loriano Bigi*

Riferimenti

Corso d'Italia, 33

00198 Roma

Tel. + 39 06854471

www.inapp.gov.it

La collana Inapp Report è curata da Pierangela Ghezzi.



INAPP

**LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA
E TECNOLOGICA IN SANITÀ**
I RISULTATI DI UNO STUDIO
SULLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

a cura di
Luisa D'Agostino
Alessia Romito

Il testo è frutto della rielaborazione dei risultati della ricerca *L'evoluzione del mercato del lavoro del comparto sanitario nel contesto della digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni*, realizzata nell'ambito dell'operazione I/8i/8.5.6/2 del Piano INAPP OI 2018-2023 FSE PON SPAO.

Questo testo è stato sottoposto con esito favorevole al processo di peer review interna curato dal Comitato tecnico scientifico dell'Istituto.

Testo a cura di *Luisa D'Agostino e Alessia Romito*

Autrici: *Luisa D'Agostino* (Introduzione, parr. 1.1, 1.2, 4.1, 4.2, 4.3, cap. 5, Conclusioni); *Roberta Fefé* (cap. 3); *Monya Ferritti* (cap. 2); *Alessia Romito* (parr. 1.3, 4.4, cap. 6, Conclusioni).

Questionario elettronico e gestione della piattaforma durante la fase di rilevazione a cura di *Marco Cioppa*.

Coordinamento editoriale: *Valeria Cioccolo, Paola Piras*

Editing grafico: *Valentina Valeriano*

Le opinioni espresse in questo lavoro impegnano la responsabilità degli autori e non necessariamente riflettono la posizione dell'Ente.

Testo chiuso a dicembre 2024

Pubblicato a marzo 2025

Alcuni diritti riservati [2025] [INAPP].

Quest'opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons Attribuzione – Non Commerciale – Condividi allo stesso modo 4.0 Italia License.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)



ISSN 2533-1795

ISBN 978-88-543-0355-3

Indice

Introduzione	7
Parte I - Il contesto di riferimento	9
1 Invecchiamento e transizione digitale in sanità	11
1.1 L'evoluzione del settore sanitario nell'Italia che invecchia	11
1.2 Alcuni dati sulla professione infermieristica in Europa e in Italia	14
1.3 Sviluppo tecnologico in sanità e nuove esigenze formative	20
2 La questione di genere nel settore sanitario: le donne nella professione infermieristica	23
2.1 Stereotipi e segregazione di genere	23
2.2 Conciliazione vita-lavoro e stress lavoro-correlato	25
2.3 L'accesso alla professione	28
3 Le trasformazioni del lavoro di cura	31
3.1 Verso una nuova definizione del campo di intervento in ambito sanitario	32
3.2 Un approccio proattivo allo sviluppo della salute e dei servizi di prossimità	33
3.3 Un nuovo modello di assistenza: alcune implicazioni per un ripensamento delle professioni sanitarie	38
Parte II - I risultati della rilevazione	41
4 Aspetti metodologici e profilo degli infermieri partecipanti alla rilevazione	43
4.1 Finalità e obiettivi della rilevazione	43
4.2 Il quadro teorico di riferimento	44
4.3 La rilevazione sul campo	46
4.4 Il profilo anagrafico e professionale degli infermieri coinvolti nell'indagine	48
5 Le condizioni di lavoro	53
5.1 Gravosità, flessibilità e soddisfazione lavorativa	53

5.2 Età ed evoluzione delle condizioni di lavoro: esperienze, aspettative e pregiudizi	59
5.3 L'uscita dal lavoro	68
5.4 Emergenza pandemica e priorità di rinnovamento nei servizi sanitari	75
6 L'innovazione tecnologica	83
6.1 Utilizzo delle tecnologie tra gli infermieri	83
6.2 Le barriere alla diffusione delle nuove tecnologie	87
6.3 Accettazione e atteggiamento verso le tecnologie	89
6.4 Competenze digitali e formazione dedicata	97
6.5 I 'desiderata' degli infermieri per una sanità digitale	105
Conclusioni	107
Bibliografia	113

Introduzione

L'approfondimento sulla professione infermieristica cui questo Report è dedicato si basa sui risultati emersi da uno studio di settore intitolato *L'evoluzione del mercato del lavoro del comparto sanitario nel contesto della digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni*, realizzato nel 2022 (D'Agostino e Romito 2023). Tale indagine, che ha ampliato uno studio qualitativo svolto nel 2020 durante la prima fase della pandemia (Inapp 2022), era finalizzata ad approfondire il tema delle connessioni tra invecchiamento della forza lavoro e innovazione tecnologica nei servizi sanitari attraverso una rilevazione quantitativa rivolta ad alcune specifiche tipologie di lavoratori del settore.

La decisione di avviare una nuova e più ampia indagine sul comparto sanitario è derivata dall'osservazione delle molteplici e complesse dinamiche che caratterizzano questo particolare settore dei servizi alla persona, tanto fondamentale quanto delicato se considerato alla luce del declino demografico che sta vivendo il nostro Paese. Dopo la drammatica esperienza pandemica, il sistema sanitario è oggi interessato da un significativo processo di rinnovamento che rappresenta un tentativo importante di affrontare molti dei problemi che affliggono da anni questo settore.

Le difficoltà di una profonda riforma del sistema sanitario nel suo complesso, in parte legata anche ai frequenti cambi di governo e alla frammentazione della governance, unita alle esigenze di contenimento dei costi, soprattutto nelle regioni soggette ai piani di rientro, sono alla base di una carenza di personale ormai cronica, di strutture e attrezzature inadeguate e di liste di attesa interminabili. L'introduzione di tecnologie digitali è ancora poco diffusa e necessita di piani di sviluppo attenti e accurati per evitare il rischio di aumentare le differenze già esistenti, a livello regionale e locale, nelle possibilità di accesso e fruizione dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura, tenuto conto che territori, operatori e utenti non sono tutti ugualmente pronti ad affrontare questo tipo di transizione.

Molte criticità erano ben note già prima dell'avvento della pandemia, ma l'emergenza sanitaria le ha accentuate ed evidenziate in modo tale da rendere improcrastinabile un piano di riforma che mirasse concretamente a migliorare l'efficienza del sistema sanitario italiano, dotandolo delle risorse e dell'organizzazione necessari a garantire un livello di erogazione dei servizi essenziali omogeneo in tutti i territori e ad affrontare eventuali future situazioni straordinarie di emergenza.

La prima parte del presente Report descrive i principali tratti di scenario relativi al settore sanitario in generale e alla professione infermieristica in particolare, nonché alle opportunità di sviluppo che derivano dall'introduzione di nuove tecnologie e alla necessità di accompagnare la transizione digitale con adeguati interventi a livello organizzativo e formativo (capitolo 1). Nei capitoli successivi ci si sofferma su alcuni aspetti legati alla segregazione di genere che caratterizza questa professione fin dalle sue origini (capitolo 2), sulle principali trasformazioni del lavoro di cura legate al processo di invecchiamento della popolazione e la conseguente evoluzione nel modo di pensare i servizi e le professioni di assistenza (capitolo 3).

La seconda parte descrive, in primo luogo, la metodologia della ricerca e le caratteristiche delle infermiere e degli infermieri che hanno partecipato alla rilevazione (capitolo 4). Nei capitoli successivi si presentano i risultati della ricerca, partendo dalle condizioni di lavoro degli infermieri in un contesto di vita lavorativa giocoforza prolungata: la loro percezione della gravosità del lavoro, i livelli di soddisfazione, le difficoltà riscontrate con l'avanzare dell'età e le aspettative future (capitolo 5). Segue l'analisi degli esiti relativi all'uso delle tecnologie e alle competenze digitali: la diffusione di nuove tecnologie, la propensione al loro utilizzo e le difficoltà che lo ostacolano; ma anche la capacità di adattamento a un ambiente lavorativo in evoluzione, il possesso di competenze adeguate e la possibilità di acquisirne di nuove attraverso la partecipazione a occasioni formative mirate (capitolo 6).

Il volume si chiude con alcune riflessioni conclusive e suggerimenti di policy, alla luce delle recenti innovazioni normative in materia di invecchiamento che impongono, oggi più che mai, un processo di rinnovamento del sistema dei servizi e delle professioni dedicati alla prevenzione, alla cura e all'assistenza.

Parte I
Il contesto di riferimento

1 Invecchiamento e transizione digitale in sanità

1.1 L'evoluzione del settore sanitario nell'Italia che invecchia

Come sottolineato anche dal Ministero dell'Economia e delle finanze nel *Rapporto di monitoraggio della spesa sanitaria* (MEF 2021), le previsioni demografiche per i prossimi decenni annunciano una significativa espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari connessa all'aumento dell'incidenza della popolazione appartenente alle fasce di età più elevate, dove i bisogni di assistenza sanitaria sono maggiori. Tale aumento è legato sia al progressivo innalzamento della speranza di vita, sia al naturale processo di invecchiamento della generazione più numerosa, quella dei *baby boomers*, generalmente anche più istruiti, informati ed esigenti in materia di tutela della salute; quindi interessati a garantirsi in vecchiaia un'assistenza sempre più qualificata. In particolare, col progressivo invecchiamento delle classi di età più numerose, si prevede una maggiore incidenza delle persone di età superiore a 65 anni con limitazioni all'autosufficienza che, aumentando con l'avanzare dell'età, determinano una maggiore richiesta di servizi di assistenza (OECD 2023). In base ai dati Eurostat¹ (2022), già nel 2019 in Italia la mancanza di assistenza per le persone con limitazioni nello svolgimento delle attività domestiche e di cura personale riguardava circa il 40% degli uomini e il 45% delle donne, a fronte rispettivamente del 10%-15% in Olanda, del 20%-30% circa in Francia e del 25%-30% circa in Germania. Come avviene in molti Paesi, anche in Italia il rischio di esigenze insoddisfatte per l'assistenza a lungo termine o domiciliare grava maggiormente sulle donne e sulla popolazione

¹ Eurostat, *Need for help with personal care activities by sex, age and level of activity limitation*, in Eurostat, *Disability statistics - elderly needs for help or assistance*, *Statistics Explained*, Data extracted in August 2022, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance#Need_for_help_with_personal_care_or_household_activities (consultato il 23-12-2024).

in condizioni socioeconomiche inferiori (ISS 2023; Borgi *et al.* 2024), contribuendo ad amplificare le disuguaglianze sociali. Per questi motivi, molti Stati membri dell'Unione europea stanno adottando politiche di assistenza sociale e sanitaria integrata e centrata sulla persona, che meglio si presta a dare continuità ai servizi di assistenza e supporto, sostenendo l'autonomia individuale e consentendo alle persone anziane di vivere più a lungo dove desiderano, generalmente la propria abitazione (UNECE 2023). Più in generale, per fronteggiare questa tendenza espansiva della domanda, mantenendo e migliorando anche l'aspettativa di vita in buona salute, è necessario aumentare l'efficienza e l'efficacia delle azioni di governance del sistema sanitario, a livello sia nazionale che regionale. Ma tutti gli investimenti necessari, dall'assunzione di nuovo personale all'introduzione di innovazione digitale nei servizi, con apparecchiature sanitarie e principi terapeutici sempre più sofisticati e costosi, richiedono un incremento significativo degli stanziamenti per la sanità.

Grazie agli sforzi compiuti per fronteggiare la pandemia, nel biennio 2020-2021 la spesa sanitaria pubblica in Italia ha registrato un incremento del 15,5%, molto superiore al decennio precedente, ma comunque inferiore a quello rilevato in Francia (19,2%), Germania (18,4%) e Regno Unito (28,6%) (Corte dei conti 2024). Una delle principali criticità che derivano dal contenimento degli stanziamenti per la spesa sanitaria è rappresentata dalla impossibilità di potenziare in misura adeguata gli organici di personale.

Nel 2020 il personale del Servizio sanitario nazionale (SSN) risulta pari a poco meno di 618 mila unità, di cui 68,7% donne e 31,3% uomini (Agenas 2022). Più del 72% è impiegato nel ruolo sanitario, di cui: 59,3% infermieri, 23,1% medici e odontoiatri, e il 17,6% altre figure professionali sanitarie.

Anche se tra il 2019 e il 2020 il personale dipendente del SSN è aumentato del 2,3%, nel periodo tra il 2008 e il 2018, a causa delle esigenze di contenimento della spesa sanitaria, del blocco del turnover nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, alle difficoltà di accesso alle professioni sanitarie, esso risulta complessivamente diminuito di oltre 41.000 unità. L'aumento del personale a contratto di lavoro flessibile, pari a 11.500 unità tra il 2012 e il 2017, e le procedure di reclutamento straordinarie messe in atto per fronteggiare la pandemia, non sono bastati a compensare questa consistente riduzione degli organici. In particolare, seguendo una tendenza comune a molti Paesi dell'Unione, si è ridotta la componente dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), tanto che alcune Regioni hanno deciso di aumentare il limite di 1.500 assistiti per MMG stabilito dai contratti collettivi nazionali. Al tempo stesso si osserva un crescente fenomeno di abbandono del lavoro subordinato a

tempo indeterminato da parte dei professionisti della sanità, soprattutto medici e infermieri, a favore del trasferimento all'estero, dove il trattamento economico è più vantaggioso, o dell'esercizio libero della professione, come nel caso dei c.d. 'medici a gettone'² (Federazione Cimo-FESMED 2022).

In assenza di un efficiente sistema di turnover, il problema del sottodimensionamento degli organici nei servizi sanitari è amplificato dal rapido processo di invecchiamento del personale, come dimostra il progressivo aumento dell'età media che nel 2020 era pari a 51,3 per il personale medico (53,8 uomini e 48,8 donne) e a 47,3 per gli infermieri (47,2 uomini e 47,4 donne) (Agenas 2022). Già nel 2018, i dati Eurostat³ (2020) identificavano i medici italiani come i più vecchi d'Europa, con un'incidenza degli over 55 superiore al 57%. In base a dati più recenti, più del 58% dei medici e del 47% degli infermieri ha superato i 50 anni (Ministero della Salute 2023). Considerando che entro il 2027 si prevede il pensionamento di oltre il 28% dei medici, tra MMG e specialisti, e poco meno dell'8% degli infermieri, il problema della mancanza di personale e della perdita di esperienza e competenze adeguate nella sanità, comune a tutti i Paesi occidentali, potrebbe assumere in Italia dimensioni molto serie, tali da compromettere la corretta funzionalità dei servizi e la sostenibilità dell'intero sistema.

Oltre alle difficoltà di reclutamento dovute alla carenza di personale e legate, in buona parte, a una programmazione inefficace, l'Italia risulta poco attrattiva per i professionisti della sanità provenienti dall'estero, probabilmente a causa dei livelli della retribuzione media, notevolmente inferiori a quelli di altri Paesi, se si considera che un medico francese guadagna il 19,2% in più di un collega italiano e un medico tedesco addirittura il 107% in più (The European House Ambrosetti 2022). Tale divario è anche maggiore tra gli infermieri, per i quali si osserva come i bassi livelli salariali rendano complicata anche la loro mobilità sul territorio nazionale in funzione della domanda.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (2022) ha sottolineato la gravità di questa situazione, evidenziando che "Le strutture sanitarie registrano sempre maggiori difficoltà di reperire sul mercato del lavoro personale dirigente medico [...], ma la criticità investe trasversalmente tutta la professione medica. Anche per il personale del comparto si rileva un'offerta di operatori significativamente insufficiente rispetto ai nuovi fabbisogni, con particolare riferimento agli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico,

² Federazione Cimo-FESMED, *Medici: il 37,6% pronto a lavorare con coop*, Comunicato stampa del 16 novembre 2022, federazionecimofesmed.it (consultato il 13-09-2024).

³ Eurostat, *Healthcare Personnel Statistics; Statistics explained*. Data extracted in August 2020.

assistenti sanitari e operatori sociosanitari". In attesa di una riforma del sistema universitario che possa determinare, negli anni a venire, un rafforzamento degli organici, la Conferenza ha proposto soluzioni emergenziali provvisorie, quali: la possibilità per i dirigenti sanitari del SSN di accedere al rapporto di lavoro convenzionale, al di fuori dell'orario di lavoro; la proroga temporanea, oltre lo stato di emergenza, degli strumenti di reclutamento straordinari introdotti per supportare le aziende durante la fase pandemica (assunzione con contratto a tempo determinato degli specializzandi a partire dal terzo anno); la possibilità, in via straordinaria fino al 2023, di conferire incarichi di lavoro autonomo o collaborazione co.co. ai medici in formazione specialistica iscritti al primo e al secondo anno, con condizioni che non pregiudichino lo svolgimento delle attività formative.

In tale contesto, l'introduzione di innovazione digitale si ritiene possa contribuire a migliorare l'efficienza del sistema sanitario ma, nonostante la pandemia abbia rappresentato uno straordinario fattore di accelerazione, la digitalizzazione di questo comparto procede ancora piuttosto lentamente, con velocità diversa tra i territori e le varie tipologie di servizi, pubblici e privati; differenti appaiono infatti i livelli di maturità tecnologica e numerosi gli ostacoli legati anche alle resistenze degli operatori, alle loro competenze digitali e all'adeguamento dell'offerta formativa rispetto all'uso delle tecnologie.

Molteplici criticità legate anche all'età avanzata degli operatori e degli utenti, all'acquisizione delle nuove competenze digitali necessarie, alla presenza ed efficienza di infrastrutture territoriali adeguate e alla complessità del sistema sanitario italiano stesso, in cui convivono strutturalmente le tre anime del lavoro pubblico, privato e privato convenzionato, rendono particolarmente delicata anche l'attuazione di quelle misure del Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR che mirano proprio a superare tali difficoltà.

1.2 Alcuni dati sulla professione infermieristica in Europa e in Italia

In base ai dati Eurostat⁴ (2024) sul personale infermieristico e addetto all'assistenza, nel 2020 nell'Unione europea-27 operavano 3,9 milioni di infermieri, 162 mila ostetriche e 3,7 milioni circa di personale addetto all'assistenza.

⁴ Eurostat, *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*, Eurostat Statistics Explained, Data extracted in december 2024.

Considerando i soli infermieri⁵, l'Italia si collocava al terzo posto per numero complessivo, con poco più di 373 mila unità, dopo la Germania e la Francia (rispettivamente, poco più di un milione e oltre 760 mila). Tuttavia, il rapporto a 100 mila abitanti – pari a 627,5 – vedeva il nostro Paese al ventesimo posto, molto distante dalle prime posizioni, occupate da Irlanda (1.617), Finlandia (1.356,6) e Germania (1.206,1) e comunque al di sotto alla media europea (847,3).

Sebbene gli infermieri lavorino generalmente seguendo le indicazioni dei medici, in molti Paesi dell'Unione europea è consentito loro, in misura sempre più crescente, di agire in modo autonomo, in funzione delle loro qualifiche professionali e del livello di formazione, che sta progressivamente aumentando. Infatti, sempre in base ai dati Eurostat, tra il 2010 e il 2020 si è registrato un aumento del personale infermieristico laureato nella maggior parte dei Paesi dell'Unione; in alcuni casi, come in Croazia, Malta e Ungheria, è più che raddoppiato. In Italia, il numero degli infermieri laureati è dapprima aumentato, arrivando a superare le 13 mila unità negli anni 2013-2014, per poi tornare progressivamente vicino ai livelli dei 2010, sotto le 10 mila unità.

Espresso in rapporto a 100 mila abitanti, nel 2020, il numero di professionisti infermieristici laureati risultava più alto in Danimarca (44,1), Svezia (43,5) e Germania (43,1), mentre l'Italia registrava un rapporto tra i più bassi (16,8), l'ultimo rispetto agli altri Paesi del G7.

Dati di maggior dettaglio sul sistema sanitario italiano (Ministero della Salute 2023) ci dicono che al 31 dicembre 2021 il personale delle professioni infermieristiche nel nostro Paese, era pari complessivamente a 349.800 unità, così distribuite: 79,5% dipendenti a tempo indeterminato, 6,2% dipendenti a tempo determinato e 0,4% universitari presso AA.SS.LL, AO, AOU, IRRCS pubblici, ARES; 6,1% in servizio nelle strutture equiparate al pubblico, 7,3% nelle case di cura convenzionate, 0,5% nelle case di cura non convenzionate.

Considerando esclusivamente i dipendenti del SSN, a tempo indeterminato e non, il personale delle professioni infermieristiche ammontava a 304.115 unità, prevalentemente infermieri (circa il 96%, di cui il 2% pediatri) e 4% circa di personale ostetrico. La distribuzione per macroarea vede la maggiore concentrazione al Nord

⁵ In base alla International Standard Classification of Occupations (ISCO 08), gli infermieri praticanti includono professionisti infermieristici e infermieri professionali associati. I professionisti infermieristici (codice 2221) sono responsabili della gestione dell'assistenza ai pazienti, anche supervisionando altri operatori sanitari e lavorando autonomamente o in team con medici e altri professionisti nell'applicazione delle misure di prevenzione e cura. Gli associati (codice 3221) forniscono assistenza infermieristica di base ad anziani, persone malate o infortunate, supportano le famiglie e monitorano le condizioni dei pazienti, collaborando generalmente all'attuazione dei piani di assistenza sanitaria stabiliti da medici o altri professionisti sanitari e sotto la loro supervisione.

(48,9%) seguito, a una certa distanza, dal Centro e dal Sud (rispettivamente, 21,8% e 20,4%), poi dalle Isole (8,9%) (tabella 1.1).

Tabella 1.1 Distribuzione regionale del personale dell'area infermieristica dipendente del SSN al 31-12-2021

Regione	Strutture pubbliche		Strutture private		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Piemonte	23.761	7,8%	2.559	5,3%	26.320	7,5%
Valle d'Aosta	651	0,2%	31	0,1%	682	0,2%
Lombardia	41.074	13,5%	12.688	26,2%	53.762	15,3%
P.a. Bolzano	3.982	1,3%	226	0,5%	4.208	1,2%
P.a. Trento	3.379	1,1%	243	0,5%	3.622	1,0%
Veneto	27.282	9,0%	2.685	5,6%	29.967	8,5%
Friuli-V. Giulia	8.185	2,7%	389	0,8%	8.574	2,4%
Liguria	9.740	3,2%	1.290	2,7%	11.030	3,1%
Emilia-Romagna	30.797	10,1%	3.044	6,3%	33.841	9,6%
Toscana	23.046	7,6%	1.446	3,0%	24.492	6,9%
Umbria	5.585	1,8%	71	0,1%	5.656	1,6%
Marche	12.505	4,1%	174	0,4%	12.679	3,6%
Lazio	25.149	8,3%	11.706	24,2%	36.855	10,5%
Abruzzo	7.257	2,4%	678	1,4%	7.935	2,3%
Molise	1.496	0,5%	447	0,9%	1.943	0,6%
Campania	21.968	7,2%	3.657	7,6%	25.625	7,3%
Puglia	19.285	6,3%	4.082	8,4%	23.367	6,6%
Basilicata	3.260	1,1%		0,0%	3.260	0,9%
Calabria	8.651	2,8%	577	1,2%	9.228	2,6%
Sicilia	18.682	6,1%	1.839	3,8%	20.521	5,8%
Sardegna	8.380	2,8%	543	1,1%	8.923	2,5%
TOTALE	304.115	100,0%	48.375	100,0%	352.490	100,0%

Fonte: Ministero della Salute (2023)

Considerando i soli infermieri, inclusi quelli pediatrici, nelle strutture pubbliche il loro numero complessivo era pari a 291.628, così distribuiti per tipo di rapporto di lavoro: 271.577 (93,1%) dipendenti a tempo indeterminato (dei quali il 91,9% a tempo pieno) e 20.051 (6,9%) a tempo determinato (dei quali il 99,3% a tempo pieno).

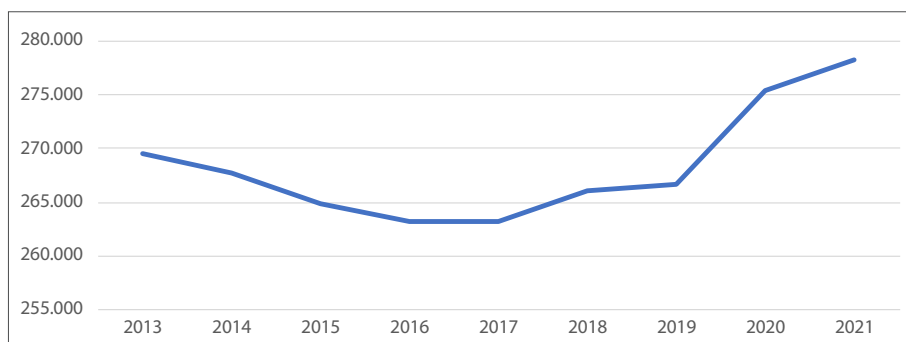
Nelle strutture private gli infermieri erano 46.835, di cui l'88,1% a tempo indeterminato, il 5,8% a tempo determinato e 6,1% con altro tipo di rapporto di lavoro.

Gli infermieri di famiglia e di comunità⁶ a tempo indeterminato erano 1.551, concentrati nelle regioni del Nord (80%), di cui 1.035 nella sola Lombardia (83,3% del Nord e 66,7% del totale); segue il Centro (291, 18,7%); solo 18 unità al Sud (1,2%) e nessuno nelle Isole.

Rispetto alla distribuzione geografica, complessivamente gli infermieri sono concentrati al Nord e al Centro, in particolare in Toscana, Liguria, Emilia-Romagna, Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia, dove il rapporto per 1.000 abitanti è pari o superiore a 6,8; invece, nelle regioni del Nord-Est si ha la maggiore concentrazione rispetto ai medici (più di 2,9 infermieri per medico).

Analizzando i dati dei soli infermieri dipendenti a tempo indeterminato delle strutture pubbliche, gruppo al quale appartiene più del 95% degli infermieri che hanno partecipato alla rilevazione presentata in questo Report (cfr. paragrafo 4.4), si osserva come negli ultimi anni il loro numero sia progressivamente diminuito per poi aumentare dal 2020 per effetto delle misure emergenziali di reclutamento attuate per affrontare la pandemia da Covid-19 (figura 1.1).

Figura 1.1 Infermieri dipendenti a tempo indeterminato nel SSN – anni 2013-2021



Fonte: Ministero della Salute (2023)

Si tratta di lavoratori a tempo pieno quasi nella totalità dei casi (91,7%), con un'incidenza di donne molto importante (circa il 78%, delle quali 89,6% a tempo pieno).

L'età media è pari 46,9 anni, ma l'incremento di circa un anno rispetto al 2013 è dovuto all'aumento dell'età media delle donne, passato da 45,6 nel 2013 a 46,9 nel 2021, mentre è rimasta praticamente invariata quella degli uomini.

⁶ Figura introdotta in Italia con D.L. 19 maggio 2020, n. 34, Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, convertito nella legge 17 luglio 2020, n. 77, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. È la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità interagendo con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità in cui opera.

La distribuzione per classi di età mostra una percentuale di ultracinquantenni vicina al 50%; in particolare gli infermieri dipendenti a tempo indeterminato del SSN con una età pari o superiore ai 60 anni superano l'8% (tabella 1.2). Considerato che oltre il 5% ha più di 35 anni di anzianità di servizio e a breve potrà ritirarsi dal lavoro, si stima che più del 7% andrà in pensione entro il 2027 (Agenas 2023).

Tabella 1.2 Distribuzione infermieri dipendenti T.I. del SSN per classe di età, anzianità di servizio, area geografica e tipologia di struttura, al 31-12-2021

Classi di età	Unità di personale	Incidenza %
Fino a 29 anni	22.958	8,3
30 - 39	49.835	17,9
40 - 49	69.683	25,0
<i>Subtotale under 50</i>	<i>142.476</i>	<i>51,2</i>
50 - 59	113.185	40,7
60 - 64	20.399	7,3
65 e oltre	2.175	0,8
<i>Subtotale over 50</i>	<i>135.759</i>	<i>48,8</i>
<i>Subtotale over 60</i>	<i>22.574</i>	<i>8,1</i>
Totale	278.235	100,0
Anni di servizio	Unità di personale	Incidenza %
0 - 5	63.608	22,9%
6 - 15	53.117	19,1%
16 - 25	76.835	27,6%
26 - 35	70.556	25,4%
36 - 40	12.290	4,4%
Oltre 40	1.829	0,7%
Totale	278.235	100,0%
Area geografica	Unità di personale	Incidenza %
Nord	143.395	51,5%
Centro	58.687	21,1%
Sud	51.559	18,5%
Isole	24.594	8,8%
Totale	278.235	100,0%
Tipologia di struttura	Unità di personale	Incidenza %
Azienda ospedaliera	62.969	22,6%
Azienda ospedaliera universitaria	32.323	11,6%
IRCCS pubblico	12.330	4,4%
ASL e altro	170.613	61,3%
Totale	278.235	100,0%

Fonte: Ministero della Salute (2023)

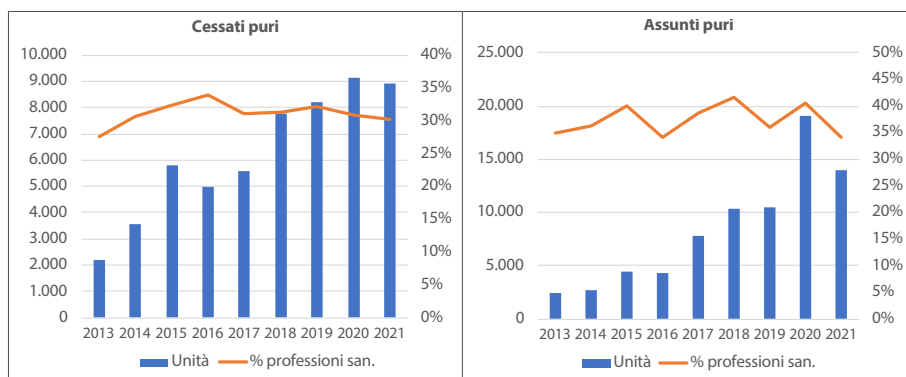
Al 31 dicembre 2021 gli infermieri a tempo indeterminato cessati dal servizio nel corso dell'anno era pari a 17.868 (74,6% donne), dei quali 49,8% cessati puri⁷, 21,5% per mobilità e 28,7% per altri motivi.

La distribuzione dei cessati puri per tipologia di struttura mostra un'incidenza molto significativa nelle AA.SS.LL. (66,4% dei quali 75,5% dimissionari), seguite a distanza dalle aziende ospedaliere (21,3% dei quali 83,2% dimissionari); in coda le aziende ospedaliere universitarie (8,8% dei quali 84,2% dimissionari) e gli IRCCS (3,4%, dei quali 81,6% dimissionari).

Nel corso dello stesso anno, invece, gli assunti a tempo indeterminato sono stati 20.682 (75% donne), dei quali 72% assunti puri⁸, 17% per mobilità e 11% per altri motivi.

Si osserva che, tra gli infermieri dipendenti a tempo indeterminato, il numero dei cessati puri è costantemente aumentato negli ultimi dieci anni, anche se l'incidenza sul totale dei cessati tra il personale sanitario nel suo complesso è rimasta pressoché invariata. L'andamento degli assunti puri, invece, evidenzia il picco di reclutamento straordinario legato all'avvento della pandemia.

Figura 1.2 Andamento cessati e assunti puri espresso in unità di personale, come incidenza di personale infermieristico sul totale di cessazioni, assunzioni delle professioni sanitarie



Fonte: Ministero della Salute (2023)

La Direzione generale per la Salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea ha evidenziato il rischio insito nella carenza di personale infermieristico e di assistenza nell'Unione, in considerazione tanto del progressivo invecchiamento

⁷ I cessati puri comprendono: collocamento a riposo per limiti di età, dimissioni con diritto a pensione, risoluzione rapporto di lavoro dopo 40 anni di contribuzione, licenziamenti.

⁸ Gli assunti puri comprendono: nomine da concorso, assunzioni con procedure art. 35 c. 3 bis D.Lgs. n. 156/01; assunzioni con procedure art. 20 D.Lgs. n. 75/2017, assunzioni per chiamata diretta e per chiamata numerica (categorie protette), personale stabilizzato da LSU.

della popolazione, quanto dell'elevato numero di operatori che matureranno i requisiti per il pensionamento nel prossimo futuro. La Commissione europea (2022) ha quindi proposto una Strategia europea per l'assistenza finalizzata a sostenere gli Stati membri, da un lato a migliorare le condizioni di lavoro e l'equilibrio tra lavoro e vita privata di quanti svolgono attività di assistenza; dall'altro, a garantire servizi di assistenza di qualità, a costi sostenibili e accessibili a tutti. Per migliorare le condizioni di lavoro e rendere il settore dell'assistenza e della cura più attrattivo, soprattutto per gli uomini, si raccomanda ai Paesi UE, oltre che di ratificare e attuare la Convenzione ILO n. 189/2011 sul lavoro domestico⁹ e affrontare i relativi stereotipi di genere, di migliorare i livelli salariali e le condizioni di lavoro, garantendo anche più elevati standard di salute e sicurezza lavorativa.

1.3 Sviluppo tecnologico in sanità e nuove esigenze formative

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche, nonché le pressioni generate dalla pandemia hanno reso più evidente la necessità di ripensare i paradigmi alla base dei sistemi sanitari e di attuare un processo di trasformazione che salvaguardi la sostenibilità degli stessi.

Il settore della salute è stato fortemente coinvolto da una crescente pervasività delle tecnologie, dovuta anche e soprattutto all'esperienza della pandemia da Covid-19, che ha messo in luce la possibilità di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, una più ampia informatizzazione dei sistemi sanitari, ma anche l'impellente esigenza di adottare nuove tecnologie, per rendere i sistemi più efficienti e garantire una maggiore accessibilità ai servizi da parte dei cittadini.

Tale trasformazione, da un lato, ha reso tutti gli attori della sanità – cittadini, pazienti, personale sanitario, decisori di aziende sanitarie – più consapevoli dei benefici che la trasformazione digitale può apportare alle attività e ai servizi che a oggi sono ancora svolti in maniera tradizionale, dall'altro ha messo in luce alcune criticità, soprattutto in ambito di assistenza territoriale, che un più ampio e diffuso utilizzo delle tecnologie può superare.

Le applicazioni della tecnologia in sanità sono innumerevoli: dalla telemedicina ai dispositivi mobili e indossabili, dalle terapie digitali alla *digital pathology*, passando per robotica e sistemi di intelligenza artificiale, che caratterizzano altrettanto numerose opportunità e potenzialità.

⁹ Ratificata dall'Italia nel 2013.

Il Fascicolo sanitario elettronico, utilizzato negli ultimi anni prevalentemente per esiti dei tamponi, green pass o certificati vaccinali, rappresenta un'ampia e preziosa base informativa che agevolerebbe le attività assistenziali e di cura, faciliterebbe l'integrazione delle diverse competenze professionali e al contempo costituirebbe un'importante fonte di dati ai fini di studio e ricerca scientifica, programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria (Ministero della Salute 2022).

Un ricorso strutturale e omogeneo alla telemedicina può, invece, contribuire a ridurre la frammentarietà dell'offerta di servizi sanitari sul territorio, ma anche ad aumentare l'efficienza, la resilienza e la sostenibilità dei sistemi. La telemedicina, infatti, consente di "apportare significativi miglioramenti anche ai processi di presa in carico e gestione della continuità assistenziale di pazienti cronici, anziani e, più in generale, di soggetti destinatari dell'assistenza sociosanitaria o con bisogni sanitari complessi che non si esauriscono in un singolo episodio di cura" (Boscolo *et al.* 2019). Un pieno utilizzo della telemedicina, inoltre, spingerebbe il sistema verso un processo di domiciliarizzazione, riducendo le distanze fisiche e temporali, a rendere sempre più rapidi e frequenti i contatti fra professionisti, determinando allo stesso tempo lo sviluppo di nuove modalità di interazione e comunicazione tra operatori e pazienti, ma anche alla dematerializzazione e qualificazione dei processi di assistenza e cura (Centro studi e ricerche in Salute internazionale e interculturale 2022; D'Angelo 2018).

L'intelligenza artificiale contribuisce a una migliore ed efficiente gestione dei sistemi, ma può anche rafforzare la ricerca sanitaria e favorire una maggiore automatizzazione delle attività amministrative, liberando tempo e risorse in capo al personale sanitario e alle strutture (The European House Ambrosetti 2022).

La mole delle informazioni derivante dall'analisi dei Big Data nel settore sanitario – proveniente prevalentemente dalle cartelle cliniche e infermieristiche informatizzate, ma anche da dispositivi mobili e indossabili – può determinare significativi cambiamenti in termini di miglioramento delle prestazioni, sviluppo di soluzioni all'avanguardia e superamento delle inefficienze. La gestione, l'analisi e lo scambio di dati, infatti, accrescendo la quantità di conoscenze e informazioni a disposizione del personale, favoriscono una più approfondita comprensione clinica dei pazienti, potenziando, al contempo, il processo decisionale degli operatori, in termini di diagnosi più rapide e accurate, e l'integrazione dei servizi di cura. L'analisi predittiva rappresenta un ulteriore vantaggio dell'utilizzo dei Big Data, che suggeriscono interventi proattivi per la cura e protezione dei pazienti,

per episodi di interesse sanitario, quali ad esempio le pandemie, ma anche per l'organizzazione dei servizi e la programmazione sanitaria, fornendo elementi utili per anticipare le esigenze e le attività delle strutture sanitarie e allocare, di conseguenza, le risorse in modo più preciso, tempestivo e appropriato.

È indubbio che l'introduzione delle tecnologie digitali può rendere i sistemi sanitari più efficienti, efficaci ed equi, ma la trasformazione digitale del Servizio sanitario nazionale necessita di investimenti per la formazione e il rafforzamento delle competenze digitali del personale sanitario, nonché di quelle trasversali, che contribuiscono a sviluppare la capacità di adattarsi ai continui e rapidi cambiamenti organizzativi e tecnologici.

In tal senso, è necessario però ripensare il sistema educativo e formativo del personale sanitario, superando una logica formativa meramente istruttiva, sovente vincolata a rigidi programmi ministeriali, limitata a trasmettere passivamente conoscenze teoriche, pensate per colmare lacune spesso nemmeno verificate, incapace di valorizzare le competenze (Alastra 2022). L'offerta formativa non può più essere legata a percorsi standardizzati e generalizzati, deve invece caratterizzarsi per essere personalizzata, coerente con il fabbisogno professionale degli operatori e rispondente alle specificità dei diversi contesti di lavoro, contrastando così l'erogazione di percorsi anonimi, ripetitivi e non qualificanti (Ceccotti 2023). Va, inoltre, considerato che i percorsi formativi devono essere progettati e realizzati contestualmente e in continuità con i progetti di cambiamento definiti dalle strutture sanitarie o dalle istituzioni, e contemplare – in fase di ideazione e programmazione – l'integrazione dei contenuti teorici con attività pratiche ed esperienziali, sviluppando e favorendo al contempo metodi di apprendimento attivo (Osservatorio Sanità Digitale 2022). Consentire al personale sanitario di acquisire nuove abilità d'uso delle varie tecnologie, sia a livello operativo che professionale, scongiurerebbe il rischio di inserire tecnologie nuove all'interno di percorsi organizzativi vecchi, di creare disuguaglianze e rendere il personale mero esecutore nell'utilizzo delle stesse (Biselli 2022). Inoltre, la formazione e lo sviluppo di nuove competenze, oltre a favorire la comprensione della complessità d'interazioni che l'innovazione tecnologica innesca, può essere soprattutto una leva per un cambiamento culturale (D'Angelo 2018).

2 La questione di genere nel settore sanitario: le donne nella professione infermieristica

2.1 Stereotipi e segregazione di genere

La professione dell'infermiere si configura come a elevata densità di stereotipi e pregiudizi¹⁰ che derivano dagli esordi storici della professione, in cui prevaleva la dimensione della cura e della oblatività, e retaggi culturali in cui i media, specialmente il cinema (De Santis e Caccia 2019), hanno avuto un ruolo di cristallizzazione di vecchi stereotipi e creazione di nuovi (di genere, di vocazione religiosa, circa il ruolo ancillare ecc.). Tuttavia, la genderizzazione dei professionisti sanitari non medici contribuisce a veicolare rappresentazioni stereotipate legate alla professione. Infatti, per una questione di disparità di potere connessa al genere, 'le infermiere' sono spesso percepite subalterne 'ai medici', specialmente se uomini, e in una posizione di minore autonomia professionale, sebbene nell'ultimo periodo il gap tra la professione infermieristica e quella medica si sia assottigliata per merito dell'accesso alla formazione universitaria degli infermieri. Lo studio del fenomeno della genderizzazione con particolare riguardo alla identificazione e descrizione dei meccanismi e delle traiettorie per cui la dimensione di genere ostacola l'identità professionale, soprattutto nelle dinamiche interprofessionali e interdisciplinari, in termini di autonomia professionale, può contribuire a porre in essere misure di

¹⁰ Gli stereotipi negativi collegati alla professione infermieristica, inoltre, potrebbero avere un impatto sfavorevole sia rispetto all'attrattività di questo corso di laurea tra i giovani (Pica *et al.* 2022), sia rispetto alla percezione dell'identità professionale. Infatti, un minor senso di auto efficacia e di *agency* possono avere un ruolo nella riduzione delle performance, sull'innalzamento dello stress e sulla generale insoddisfazione lavorativa specialmente se correlata alla posizione di subalternità rispetto ai medici (Ten Hoeve *et al.* 2014).

contrasto¹¹. Poiché quella dell'infermiere è una professione declinata soprattutto al femminile, si rileva tanto più importante studiare le discriminanti di genere perché sono al netto degli stereotipi della professione; uno dei più diffusi in ambito sanitario vuole che l'assistenza sia femminile e la cura sia maschile (cfr. box 2.1).

Box 2.1 L'ingresso degli uomini nella professione infermieristica

La professione infermieristica ha aperto le porte agli uomini in Italia solo a partire dal 1971, con la legge 25 febbraio 1971, n. 124, *Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta*. Precedentemente gli uomini potevano conseguire esclusivamente il *Certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico*, mentre la qualifica di Infermiere professionale, riservata esclusivamente alle donne, era conseguita attraverso il Diploma di Stato per l'esercizio della professione infermiera, dopo aver frequentato apposite scuole-convitto e superato i relativi corsi biennali (con il superamento dell'eventuale terzo anno, le infermiere acquisivano un certificato di abilitazione alle funzioni direttive). La proposta di legge, presentata nel 1968, intendeva rispondere alle esigenze della salute dei cittadini e della adeguata assistenza ospedaliera e di cura, con l'allargamento della platea dei candidati infermieri professionali a causa delle difficoltà di reclutamento di personale qualificato (in quegli anni l'Italia presentava uno dei più bassi rapporti di infermieri ogni 10 mila abitanti tra i Paesi europei: Italia 5,9%, Inghilterra 36,4%, Danimarca 32,2%, Germania 26,7%, Olanda 14,6%). L'apertura delle scuole-convitto agli uomini è avvenuta in una fase storica in cui si stava diffondendo l'esigenza di maggiore qualificazione della professione a causa delle pressioni provenienti dal Consiglio d'Europa, attraverso l'Accordo europeo di Strasburgo sull'*Istruzione e formazione delle infermiere*, emanato il 25 ottobre 1967. Tale atto aveva l'obiettivo di garantire un alto e comune grado di qualificazione alle infermiere e di consentire loro lo svolgimento della professione infermieristica nel territorio degli Stati membri. La legge n. 124/71, oltre a favorire l'accesso agli uomini alla professione, ha permesso di contrastare lo stereotipo per cui, come si legge negli atti parlamentari preparatori alla legge, "il personale femminile sia il più adatto per delicatezza di maniere e per materna sensibilità d'animo a portare all'infermo quelle particolari cure di cui esso ha bisogno risultando, tra l'altro, gradito ai malati di entrambi i sessi" (Atti Parlamentari, V Legislatura, AC n. 274/1968).

Da qualche tempo, però, è in corso un processo di femminilizzazione del sistema sanitario, soprattutto della professione medica che si aggiunge alla categoria del personale infermieristico che è declinato al femminile in senso strutturale poiché connesso ai lavori di cura e di supporto; non a caso, tre infermieri su quattro sono di sesso femminile. Le donne, infatti, costituiscono una componente di grande rilievo tra i dipendenti del SSN, nel 2021 raggiungono quasi il 70% del personale totale (tabella 2.1).

Tabella 2.1 Personale dipendente del SSN per genere, anni 2019, 2020 e 2021

Anno	Totale	Donne v.a.	Donne %
2019	630.810	428.506	67,9
2020	645.162	442.445	68,6
2021	617.246	426.517	69,1

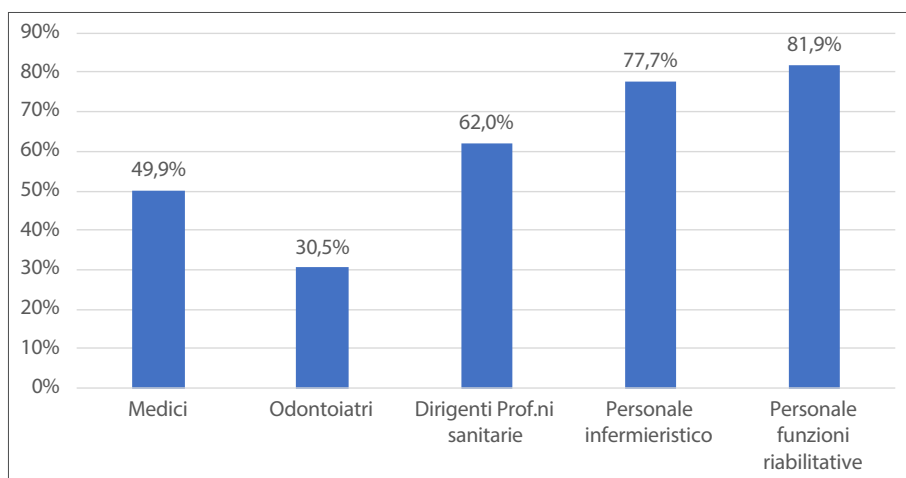
Fonte: elaborazione Inapp su dati del Ministero della Salute, 2022

¹¹ Sono attesi i risultati del progetto *L'impatto di genere sull'identità della figura infermieristica e rapporti interprofessionali* (Coordinatore M. De Maria), anticipato in Opi Roma (2021).

Tuttavia, è opportuno specificare che nel 2020 (ultimi dati disponibili per quanto riguarda i ruoli, Ministero della Salute *et al.* 2022) le donne, che sono il 68,6% del totale, rappresentano il 69,4% dei ruoli sanitari e di questi sono il 49,9% dei medici e il 77,7% dei professionisti sanitari non medici, ossia la categoria del personale infermieristico.

Tra le categorie del personale dipendente a tempo indeterminato del Servizio sanitario nazionale (figura 2.1) le donne sono quasi il 50% del personale medico e il 30,5% degli odontoiatri, ma nelle categorie di personale non medico le donne si configurano come la componente principale; in particolare, circa l'82% del personale con funzioni riabilitative è donna e il 77,7% del personale infermieristico¹².

Figura 2.1 Personale di genere femminile dipendente a tempo indeterminato del SSN, al 31/12/2020, per categoria (limitatamente a medici, odontoiatri, dirigenti di professioni sanitarie, personale infermieristico e con funzioni riabilitative)



Fonte: elaborazione Inapp su dati del Ministero della Salute *et al.* (2022)

2.2 Conciliazione vita-lavoro e stress lavoro-correlato

Nonostante la significativa incidenza del genere femminile nel SSN, in particolare tra le professioni con funzioni di assistenza, anche in questo comparto è possibile ritrovare gli squilibri strutturali che ricorrono in maniera organica nel mondo del lavoro quando si affrontano le dinamiche e i fenomeni in chiave di genere. Inoltre, nel siste-

¹² Le donne (348.320 su oltre 455.000 iscritti agli ordini) rappresentano infatti il 76,5% dei professionisti della categoria nel 2022 (FNOPI 2023).

ma sanitario è inevitabile rilevare sostanziali differenze e discriminazioni che penalizzano le lavoratrici a partire dalle difficoltà di conciliazione fra vita professionale e vita privata. Infatti, il sistema sanitario tutela poco la maternità delle lavoratrici, ad esempio, non agevolandole attraverso il diritto a turnazioni¹³ compatibili con la famiglia e i figli, a fronte di un carico familiare che in linea generale, a causa della pressione sociale e culturale, grava soprattutto sulle donne come soggetti con responsabilità di cura; oltre a ciò emerge la convinzione che il sistema sanitario consideri l'impegno familiare come un fattore che distrae risorse personali e influisce negativamente sulla performance (Olivadoti *et al.* 2021; Arnone *et al.* 2022). Per delineare meglio la cornice descritta basti pensare che nel 2019 la stima delle infermiere con figli era il 70,2% e il 30,9% di questi aveva meno di 15 anni (Fondazione Studi Consulenti del lavoro 2020).

L'aspetto della conciliazione dei tempi di vita privata e di quelli del lavoro per quanto riguarda anche la categoria professionale delle infermiere, come spesso capita, non riguarda solamente i figli. In assenza di un turnover lavorativo adeguato, infatti, l'età media degli infermieri è di 46,9 anni, ossia quell'età della vita in cui soprattutto alle lavoratrici è richiesto oltre all'impegno professionale anche responsabilità di cura e di assistenza delle persone anziane o non autosufficienti – tema diventato sempre più rilevante a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione. Ciò è dovuto soprattutto al perdurare nel nostro Paese degli stereotipi di genere che prevedono che gli oneri di cura e assistenza familiare siano soprattutto una prerogativa femminile. In questo scenario, dunque, le infermiere sono i soggetti sui quali gravano maggiormente le aspettative rispetto a chi debba assumersi la responsabilità del carico di cura dei familiari anziani. Infatti, gioca un ruolo non solo il genere femminile (essere figlia, sorella ecc.) ma anche quello della competenza professionale, che si aggiunge e concorre per sparigliare la 'concorrenza familiare'.

In un contesto lavorativo a predominanza femminile e spesso troppo rigido in termini di flessibilità oraria, le infermiere che hanno bisogno di conciliare la vita privata con la propria dimensione professionale sono costrette a rimodulare il proprio orario di lavoro attraverso un maggiore ricorso al part-time. Tuttavia, nel 2020 questo fenomeno si è ridotto a causa di una maggiore richiesta delle professioniste, sia nelle

¹³ L'art. 53 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e l'art. 11 del D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66, come modificati dal D.Lgs. n. 80/2015 stabiliscono che le donne in accertato stato di gravidanza e fino al compimento di un anno di età del bambino non possono essere sottoposte a turni di lavoro notturni per 7 ore consecutive nella fascia di tempo compresa tra le ore 24:00 e le ore 06:00. Il divieto si estende anche alle lavoratrici con figlio di età inferiore ai 3 anni. Tuttavia, al rientro al lavoro dopo il periodo di maternità, il rispetto del divieto di turnazione notturna per i lavoratori-genitori di figli entro tre anni di età è garantito solo in alcuni reparti ospedalieri per i quali è prevista la mobilità.

strutture che a domicilio (-3,63% rispetto al 2019). Occorre anche considerare che l'orario di lavoro ridotto incide sulla retribuzione delle infermiere, facendo emergere un gap stipendiale pari a circa il -12,8% rispetto agli uomini (FNOPI 2023)¹⁴.

La sanità è un settore caratterizzato da numerose condizioni di lavoro potenzialmente sfavorevoli, incluse quelle sull'equilibrio psicosociale, fisico e sul benessere in generale (Sabo 2008; Benini e Magenti 2021). Infatti, un fenomeno particolarmente critico che si rileva è quello legato allo stress lavoro-correlato soprattutto riguardante i domini del carico di lavoro eccessivo e dei tempi di lavoro pressanti. Quasi un terzo dei lavoratori occupati nel settore sanitario (32%) percepisce nel proprio lavoro questa tipologia di rischio per la propria salute mentale; le donne, in particolare, si sentono maggiormente esposte rispetto agli uomini a fattori di rischio quali tempi e carico di lavoro eccessivi (20,4%), lavoro con persone difficili da trattare (es. lavorare con pazienti difficili è percepito come un rischio dal 20,6% delle lavoratrici contro il 15,6% dei lavoratori) e per prepotenza o vessazione (5% donne contro 3,5% uomini). Nell'intero comparto della Pubblica amministrazione, sono proprio i lavoratori della sanità (38,7%) che avvertono maggiormente il rischio da stress correlato al lavoro. Oltre a ciò, quello della sanità, con il 50,4% è uno dei quattro settori di attività economica in cui i lavoratori e le lavoratrici si sentono maggiormente esposti a più fattori di rischio (Istat 2021¹⁵; Inail 2021).

Il personale sanitario si trova quotidianamente esposto a significative pressioni che condizionano la salute mentale e la vita lavorativa, contribuendo ad alimentare il fenomeno dello stress. In particolare, il personale infermieristico, a causa dei modelli di relazione e lavoro che richiedono un alto coinvolgimento emotivo, è particolarmente vulnerabile a condizioni di stress come la pressione di carichi emotivi e psicologici dovuti alla gestione di pazienti fragili e sofferenti che possono causare *compassion fatigue*, *burn out* e *secondary traumatic stress* (Cortese 2007; Sentinello e Negrisola 2009; Cortese *et al.* 2013; Khamisa *et al.* 2016; Kinman e Leggetter 2016; Romano *et al.* 2016; Sansoni *et al.* 2016; Bellandi *et al.* 2017).

Nel corso della pandemia la difficoltà di *work-life balance* si è ulteriormente amplificata a causa dell'impegno richiesto al personale sanitario durante l'emergenza sanitaria. La condizione di sovraccarico di lavoro e di stress emotivo degli infermieri sono ulteriormente esplosi in conseguenza della pandemia da Covid-19 che ha

¹⁴ A livello europeo l'Italia si trova all'ottavo posto tra i Paesi peggiori per quanto riguarda il divario retributivo di genere; infatti, la retribuzione a favore delle donne nelle professioni sanitarie fa registrare un gap salariale del 24% rispetto agli uomini (FNOPI 2023). Inoltre, nelle retribuzioni orarie si rileva una discrepanza del 13% per i medici donne e del 12% per le infermiere e ostetriche (Boniol *et al.* 2019).

¹⁵ Istat, *Salute e Sicurezza sul lavoro in Italia. Anno 2020*, Comunicato stampa del 29 novembre 2021.

esacerbato una situazione nella quale, alla cronica carenza di personale nei servizi di cura e alla presenza di orari lavorativi su turnazioni e notturni, che costituiscono degli ostacoli concreti sulla via del bilanciamento tra le attività lavorative e i carichi familiari delle lavoratrici e dei lavoratori, si è aggiunto – ed è stato amplificato e aggravato – il rischio di ammalarsi e contagiare la propria famiglia.

2.3 L'accesso alla professione

Anche l'accesso alla professione si configura come un collo di bottiglia per le lavoratrici, dovuto soprattutto al blocco delle assunzioni nella Pubblica amministrazione, a cui corrisponde una crescita del precariato e della flessibilità, specialmente con i contratti interinali.

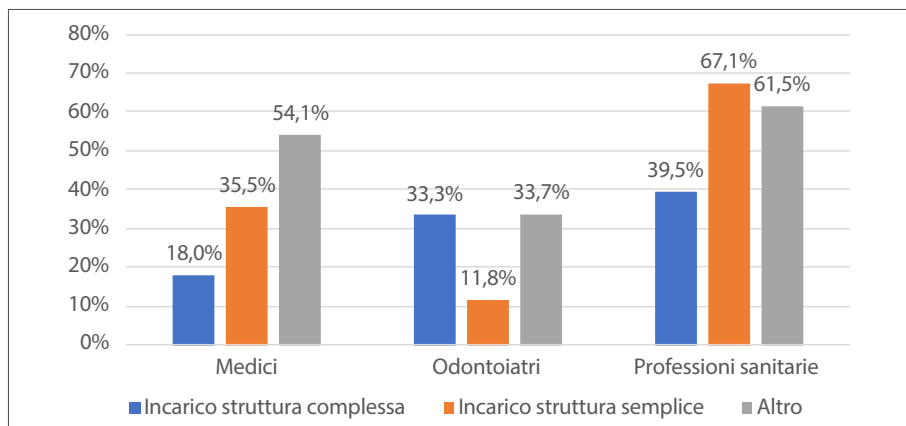
Nel 2020 il 5,4% degli infermieri ha un contratto a tempo determinato, sul totale degli infermieri dipendenti del SSN, di questi il 74,1% sono donne; sulla stessa scia i rapporti di lavoro su base interinale: sono somministrati l'1% degli infermieri sul totale degli infermieri dipendenti del SSN, di questi il 78,5% sono donne (FNOPI 2023).

Questa situazione, inoltre, potrebbe essere aggravata anche dai minori margini di autonomia e potere decisionale che le lavoratrici possono avere alla luce della segregazione occupazionale in cui sono *obtorito collo* relegate. Infatti, sebbene le lavoratrici del comparto del SSN, similmente agli altri settori del mercato del lavoro, molto spesso siano sovra istruite rispetto ai loro colleghi, i processi di segregazione orizzontale che agiscono sui percorsi di carriera frequentemente inchiodano le infermiere ai margini delle traiettorie professionali, impedendo loro di occupare posizioni dirigenziali e/o apicali (figura 2.2).

Nella professione medica, ad esempio, le dirigenti delle strutture complesse e delle strutture semplici rappresentano percentuali contenute rispetto ai colleghi uomini, rispettivamente il 18% e il 35,5%. Anche le dirigenti odontoiatre superano di pochissimo il 33% degli incarichi nelle posizioni apicali rispetto ai colleghi uomini, nelle strutture complesse e in quelle semplici, così anche nelle altre tipologie di incarico. La percentuale delle donne che nel 2020 ha ricoperto incarichi dirigenziali tra le professioniste sanitarie, invece, va da quasi il 40% degli incarichi nelle strutture complesse al 67,1% degli incarichi apicali nelle strutture semplici. Tuttavia, è bene ricordare che le lavoratrici in questa categoria rappresentano oltre il 77% del totale dei lavoratori¹⁶.

¹⁶ Analogo scenario si trova nei ruoli apicali propri della formazione infermieristica, in cui solo il 26% delle infermiere è, ad esempio, presidente di Ordini Professionali, le infermiere che ricoprono ruoli accademici sono il 51% e quelle nel Management in *healthcare* sono il 59% (Opi Roma 2022).

Figura 2.2 Personale dirigenziale donna a tempo indeterminato per categoria (limitatamente a medici, odontoiatri e professioni sanitarie) e tipo di incarico al 31/12/2020



Fonte: elaborazione Inapp su dati del Ministero della Salute *et al.* (2022)

I continui e rapidi cambiamenti che interessano il sistema sanitario impongono ai lavoratori percorsi di aggiornamento tecnico-scientifico e di formazione permanente per rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti in primis, garantendo deontologicamente cure sicure, appropriate e di qualità, ma anche alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale.

Per ciò che riguarda la formazione in ingresso alla professione si rileva nel 2023, a fronte di un calo nel numero delle richieste di ammissione ai 22 corsi di Laurea triennale delle Professioni sanitarie¹⁷ con 66.686 domande nell'a.a. 2023/2024 rispetto alle 72.736 dell'a.a. 2022/2023 (-8,3%), un incremento delle iscrizioni ai corsi di Laurea magistrale che passano da 14.595 dell'a.a. 2022/2023 alle 15.461 dell'a.a. 2023/2024 (+5,9%). In particolare, nell'a.a. 2023/2024 sono state presentate 22.957 domande per la triennale a fronte di 20.059 posti disponibili, mentre nell'a.a. 2022/2023 sono state 25.539 per 19.375 posti. Purtroppo, non si dispone di dati disaggregati per genere (Mastrillo *et al.* 2023). Nell'a.a. 2023/2024 il profilo professionale che fa registrare il maggiore numero di corsi e di sedi negli Atenei è quello di infermiere con 47 corsi (rispetto a 468 totali), su 236 sedi per 20.059 posti. Sul versante dei fabbisogni formativi le Regioni fanno registrare nel 2023 un incremento del 5,1% dei posti (40.629¹⁸ contro 38.640 dello scorso anno); si registra un incremento anche del potenziale formativo offerto dagli Atenei al Ministero

¹⁷ Nell'a.a. 2023/2024 sono stati attivati 9 corsi in più rispetto ai 459 dell'a.a. 2022/2023.

¹⁸ Il dato definitivo stabilito dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n. 149 del 21 giugno 2023 è stato di 42.704 posti.

dell'Università e della ricerca, da 32.998 posti dell'anno precedente agli attuali 34.453 (+4,4%), tuttavia a fronte di questo aumento non se ne registra uno analogo sul versante delle domande di iscrizione dei candidati (Mastrillo *et al.* 2023).

I dati di Almalaurea sui laureati nei corsi di Laurea triennale delle Professioni sanitarie nell'anno solare 2022 indicano 9.947 laureati, in calo progressivo rispetto agli ultimi 6 anni (nel 2017 erano stati 11.847), di questi il 21% sono uomini e il 79% donne. L'età media al momento della laurea è 24,8 anni, infatti il 70,3% degli iscritti si laurea in corso con una media del voto di laurea di 103,6/110. Solo il 15,8% dei laureati alla triennale si è iscritto a una magistrale, solitamente Scienze infermieristiche e ostetriche (96,2%).

La condizione occupazionale a un anno dal conseguimento della laurea è eccellente, il 91,4% dei laureati dichiara di essere occupato; quasi inesistente il sottoinquadramento professionale, infatti il 97,8% dei laureati afferma di svolgere un lavoro in cui è prevista una laurea.

3 Le trasformazioni del lavoro di cura

Scopo del presente capitolo è quello di analizzare le trasformazioni del lavoro nel comparto sanitario, alla luce dei cambiamenti che, in seguito alla pandemia da Covid-19, sta attraversando il mandato sociale¹⁹ che definisce gli scenari dell'intervento in sanità, con implicazioni sia sul versante dell'assetto dei servizi chiamati a trattare le nuove caratteristiche della domanda di salute connessa ai processi di invecchiamento della popolazione, che su quello delle professioni che sono chiamate a realizzarli. Il riferimento è in particolare ai processi di riforma in corso, iscritti entro il panorama delle attese di realizzazione del PNRR e posti in essere nel contesto italiano, con il percorso di sviluppo del D.M. del 23 maggio 2022, n. 77 *Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, nonché attraverso un insieme di iniziative di regolazione promosse dalla Legge di Bilancio 2022 (art. 1, commi 159-171, legge 3 dicembre 2021, n. 234), per lo sviluppo di un approccio integrato socio-sanitario alla salute e alla non autosufficienza, poi richiamato negli sviluppi delle politiche in favore delle persone anziane (legge 23 marzo 2023, n. 33 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane* e D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29 *Disposizioni in materia di*

¹⁹ Dal punto di vista metodologico, considereremo che ogni intervento professionale (es. economico, politico, culturale, sociale ecc.) basato su una specifica competenza è possibile grazie a una duplice condizione: la fondazione sul mandato sociale assegnatole dal contesto in cui opera, che ne organizza e ne riconosce la legittimità di fronte a un problema di rilevanza sociale; la fondazione di una committenza che, localmente, contestualmente organizza la domanda di intervento. Il mandato sociale, come organizzatore dell'intervento, media fra una pratica scientifica e valori consensualmente accettati. In altri termini deriva dalla corrispondenza fra un fine socialmente desiderabile (es. invecchiare in buona salute) e una domanda sociale a che tale fine venga perseguito, espressa attraverso un consenso sufficientemente ampio sul quale il problema sia trattabile dall'intervento e le modalità – tecniche, professionali, normative ecc. – ritenute utili e legittime per realizzarlo. Per una definizione del costrutto di mandato sociale come processo di legittimazione di un intervento professionale si rimanda a Carli (1996) e Carli e Paniccia (2003).

politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 Marzo 2023, n. 33) o nell'area delle disabilità (L. 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità).

Assumendo una posizione esploratoria, si tenterà di considerarne le configurazioni organizzative entro le quali è atteso uno sviluppo per le professioni sanitarie, sia in termini di paradigmi di intervento che in termini di competenze e/o profili di ruolo emergenti.

3.1 Verso una nuova definizione del campo di intervento in ambito sanitario

Il nostro sistema sanitario, fondato su un approccio all'assistenza volto in prevalenza alla diagnosi e cura di malattie per la maggior parte non contagiose, si è trovato, come altri Paesi a economia avanzata, grandemente impreparato all'emergenza di eventi pandemici (Fondazione Gimbe 2021). Il Covid-19 ne è stato la più recente espressione, problematizzando l'assetto dei servizi sul versante tanto dell'efficacia degli interventi (Remuzzi e Remuzzi 2020; Saglietto *et al.* 2020), quanto dei paradigmi metodologici più congrui al loro sviluppo in situazioni complesse (Fosti *et al.* 2017; NNA 2020; Censis 2024; Carli *et al.* 2020).

Nel dibattito sugli assetti dell'intervento sanitario negli anni della pandemia²⁰, fra i primi elementi posti a tema, ritroviamo la questione fondante il campo dell'intervento sanitario: la definizione di salute e le sue determinanti sociali, economiche e ambientali, la relazione interdipendente fra uomo e ambiente in senso ecosistemico (Task Force 1 Global Health and Covid-19 2021).

Già in tempi precedenti alla pandemia, inoltre, in relazione alla gestione delle cronicità, entro una rinnovata attenzione nella programmazione dei servizi, alla dimensione dialettica del rapporto fra servizi ospedalieri e specialistici e servizi di assistenza primaria territoriale, si rifletteva su modelli di intervento nell'agire sanitario, entro la dialettica fra centratura di tipo biomedico, e modelli di intervento più propriamente di

²⁰ Nel quadro del T20 in supporto alle attività del G20, l'Istituto Superiore di Sanità evidenziava che: "La pandemia di Covid-19 ha dimostrato che, sebbene le minacce sanitarie globali possano essere innescate da singoli agenti, lo scenario che emerge è necessariamente uno scenario che coinvolge una moltitudine di fattori (quali socioeconomici, culturali e ambientali) che colpiscono le comunità su scala globale, ben oltre gli effetti biologici specifici di un singolo agente. Per questo motivo l'impatto può dirsi 'sindemico'; cioè, determinato da interazioni aggregate o sinergiche con altre condizioni sanitarie, socioeconomiche e ambientali avverse. Allo stesso tempo, è fuorviante ricondurre qualsiasi pandemia a un unico fattore scatenante senza considerare le molteplici cause, i complessi determinanti e i fattori che hanno contribuito al suo verificarsi" (Task Force 1 Global Health and Covid-19 2021, 3).

tipo bio-psico-sociale (Gruppo di lavoro SITI 2017), con rimando anche alla relazione fra ambiti di intervento sanitario e al contributo che i diversi modelli possono offrire nella verifica dei criteri di distribuzione delle risorse e degli investimenti nelle dimensioni organizzative entro le quali avvengono (Wade e Halligan 2017).

Un numero crescente di patologie, connesse a stili di vita e disuguaglianze sociali, nel caso dell'invecchiamento connesse ai differenti modi con cui anche questi fattori organizzano l'esperienza dell'invecchiare, non è riconducibile a parametri che possano definire 'normalità' sul solo piano fisiologico/biologico, ovvero separando il malato, nella sua dimensione di intero bio-psico-sociale dai processi fisiologici che organizzano la malattia. Il confronto con le cronicità, in altri termini, ha reso sempre più evidente che il rapporto fra salute e malattia non è un processo isolabile dall'interazione con l'insieme degli altri fattori sociali, economici, culturali che ne definiscono lo sviluppo, delineando risorse e limiti per l'intervento specialistico. In questa ottica, salute e malattia si configurano anzi come sistema relazionale altamente variabile, su cui intervengono le dimensioni di senso costruite intorno al percepirsi malato e alle dimensioni simbolico-relazionali, culturali, strutturali, e ambientali in cui l'esperienza di malattia, il curare e il prendersi cura, nonché il ricorso ai servizi, e il rapporto con i professionisti, si sviluppano (Carli 2013; Carlino *et al.* 2015; Carli *et al.* 2016; Task Force 1 Global Health and Covid-19 2021).

Molte delle malattie croniche caratterizzate da una prospettiva incerta di guarigione e da una ampia variabilità di decorso tendono a porre in crisi il tradizionale modello biomedico che contempla l'intervento sull'asse diagnosi-prognosi-terapia-guarigione, entro un modello di disfunzionalità 'nota'. Sviluppano invece una loro trattabilità in un processo ricorsivo di conoscenza – intervento entro un'alleanza fra sanitari e fruitori dei servizi, in ordine a problemi che connotano e orientano l'approccio verso la salute così come verso la cura, e il ricorso ai servizi nei contesti di vita quotidiana. Ciò trasforma l'assetto atteso di rapporto che consente lo sviluppo dell'intervento sanitario, per esempio entro uno scopo che affianco alla cura introduce lo sviluppo di obiettivi di prevenzione, piuttosto che di sviluppo della qualità della vita anche in presenza di disfunzioni.

3.2 Un approccio proattivo allo sviluppo della salute e dei servizi di prossimità

Dal punto di vista dei modelli organizzativi, i principi metodologici del nuovo approccio alle determinanti di salute sono stati quindi tradotti in un nuovo assetto dei servizi,

introdotto dal D.M. n. 77/2022, che regola la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale - SSN. Il Decreto insiste innanzitutto sullo sviluppo dell'assistenza primaria, come prima porta di accesso al SSN, entro un orientamento che recupera la prevenzione, l'epidemiologia e l'uso dei dati sui sistemi di sorveglianza della popolazione (Allegato 1, D.M. n. 77/2022, pp. 16-17 e pp. 49-51,) come funzioni che consentono di conoscere e contestualizzare il fabbisogno sanitario alle caratteristiche di una popolazione di riferimento. Tale richiamo²¹, contribuisce ad ampliare lo sviluppo dell'assistenza primaria in relazione alle diverse determinanti di salute, per certi versi ampliando il focus dell'intervento su un ampio raggio di questioni che interessano gli individui quanto le dimensioni sociali, ambientali e culturali che contribuiscono a orientare la vita collettiva, fornendo informazioni su come la malattia incide sulla qualità della vita delle persone; e viceversa, come i modi di viverla orientino il rapporto con il contesto sanitario.

Dal punto di vista dei processi di presa in carico, il Decreto propone quindi di sviluppare modelli predittivi che consentano la "stratificazione della popolazione", il monitoraggio di fattori di rischio e la gestione integrata di cronicità e situazioni complesse, sia in termini di prevenzione che di cura. In tal senso, il fabbisogno di salute viene declinato in sei livelli di complessità assistenziale crescente, in un *range* che va dalla presa in carico della persona in salute, che non esprime in modo diretto necessità assistenziali, fino alle fasi terminali della vita, prefigurando un intervento che accompagna lo sviluppo della domanda di salute con azioni proattive e coordinate fra setting assistenziali, chiamati a interagire strategicamente entro un processo costante di verifica degli obiettivi perseguiti, in rapporto alle diverse espressioni della relazione con i servizi (Allegato 1, D.M. n. 77/2022)²².

Oggetto del processo di presa in carico non è più in modo esclusivo l'individuo, ma un contesto di rapporti entro il quale assumono senso e si sviluppano salute e patologie, ovvero l'insieme di questioni e problematiche che orientano la domanda di salute entro il rapporto individuo-contesto, nei processi di convivenza, in ambito domestico, così come in ogni situazione in cui si esprime la progettualità di vita delle persone – i

²¹ Recuperando una definizione di epidemiologia promossa dall'OMS, dal glossario DoRS (2012), ma il concetto è in continua evoluzione (Frérot *et al.* 2018; DoRS 2023), per epidemiologia s'intende lo studio della distribuzione di stati o eventi correlati alla salute e dei loro determinanti in popolazioni specifiche, e l'applicazione di questo studio al controllo dei problemi di salute. Prevenzione e uso di dati sui sistemi di sorveglianza della popolazione, in tal senso sembrano proporsi come l'assetto di rapporto che consente di esplorare e occuparsi di fattori di rischio e fattori protettivi che intervengono a organizzare lo sviluppo di malattie e salute, entro la relazione con i servizi medesimi, nelle loro molteplici declinazioni sia in ambito strettamente sanitario, sia in ambito sociale.

²² Per una più approfondita trattazione cfr. paragrafo 3, Allegato 1 al D.M. n. 77/2022, pp. 16-19.

contesti formativi, quelli lavorativi, gli ambiti diversi della vita comunitaria. Accanto a un focus sui funzionamenti dell'individuo, area di attenzione dell'intervento divengono in tal senso anche i processi socio-relazionali oltre che strutturali, che concorrono a organizzare la variabilità dei modi di vivere salute e malattia nell'ambito delle relazioni della vita quotidiana. Si entra in tal senso nel campo della costruzione socioculturale, emozionale di salute e malattia, che organizzano il rapporto fra paziente, sistema familiare e sociale di convivenza, come pure con il sistema curante (Carli *et al.* 2016). La conoscenza e l'esplorazione della domanda di salute, in tal senso, viene riconosciuta come risorsa che orienta la definizione dei progetti terapeutici e dei piani riabilitativi – Il Progetto di salute – entro un rapporto costante di scambio sia con i fruitori dei servizi, che con l'insieme degli interlocutori che su di esso intervengono: le professionalità di ambito strettamente sanitario (medici di medicina generale - MMG, specialisti e infermieri in primis), le diverse professionalità anche di ambito sociale che concorrono allo sviluppo dell'intervento nei vari contesti (assistenti sociali, farmacisti, medici di comunità, psicologi, operatori sociosanitari ecc.).

Il lavoro di definizione di un Progetto di salute viene quindi a essere promosso attraverso l'identificazione di una "équipe multiprofessionale" minima (MMG, medico specialista e infermiere) con un numero crescente di figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in rapporto all'evolversi dello stato di "fragilità" espressa (Allegato 1, D.M. n. 77/2022, p. 17).

A questo orientamento generale segue l'ipotesi di sviluppo dell'assistenza territoriale: si prefigura una assistenza che sia "prossima e di iniziativa"; e questo prefigura un cambiamento metodologico rilevante rispetto all'agire fondato sul percorso diagnosi-cura-riabilitazione. Cambia il tipo di rapporto atteso con il servizio, prima che il dispositivo utilizzato per attuarlo. Non è solo il paziente che va dal medico nel momento in cui vive una sofferenza, ma i fruitori del servizio vengono riconosciuti come interlocutori dello sviluppo del Progetto di salute in rapporto alla domanda potenziale di cui questi sono portatori; in altri termini, lo stesso viene promosso nell'ottica di "valorizzare la coprogettazione con gli utenti" e la "valorizzazione delle risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali - Aziende sanitarie locali, Comuni, professionisti, pazienti e caregiver, associazionismo e organizzazioni del Terzo settore ecc." (Allegato 1, D.M. n. 77/2022, paragrafo 2, p. 14).

Questo significa, per gli operatori, incontrare la variabilità ampia dei problemi e contesti in cui l'utenza fa esperienza della propria salute; il che, culturalmente e sul piano della competenza a riflettere sulla propria pratica professionale, implica non

spaventarsi o disorientarsi riconoscendola, piuttosto attivare lo sviluppo di modelli teorico-metodologici che, accanto ai saperi riferiti alla conoscenza e al trattamento specialistico delle patologie, supportino competenze utili a stare in rapporto con un fruitore di un servizio e una sua domanda da conoscere. Saperi metodologici che a partire dalla esplorazione del problema proposto, consentano di definire obiettivi, metodi e modi di verifica coerenti con le attese nei confronti del servizio, così come dei parametri di riferimento professionale, che possono essere diversificati, per esempio, fra le professioni e nei diversi setting assistenziali, fin dal primo contatto con il servizio. Sul versante operativo, il D.M. n. 77/2022 declina tali criteri, anche entro uno specifico assetto organizzativo funzionale che insiste su funzioni di coordinamento, per mantenere la continuità assistenziale centrata sulla domanda di salute medesima.

Accanto alle Aziende sanitarie locali, il Decreto propone innanzitutto il ‘Distretto sociosanitario’ quale articolazione funzionale del territorio volta a garantire una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali utili a una efficace presa in carico di una popolazione. Il distretto è chiamato a garantire l’assistenza primaria – compresa la continuità assistenziale, attraverso funzioni di coordinamento e un approccio multidisciplinare in ambulatorio e a domicilio fra MMG, pediatri di libera scelta (PLS), servizi di guardia medica, infermieri di famiglia o di comunità (IFeC) e presidi specialistici ambulatoriali²³. Al fine di superare la frammentazione delle modalità di accesso ai servizi territoriali il D.M. n. 77/2022 interviene, inoltre, dapprima a occuparsi dei luoghi di primo contatto e accesso ai servizi, poi declinando un insieme di dispositivi organizzativi volti alla presa in carico della domanda di assistenza entro un criterio di multidimensionalità lungo l’arco della vita – dalla promozione di iniziative di prevenzione fino alle cure palliative, e fra i diversi setting assistenziali, iniziando da quelli più prossimi ai contesti di vita delle persone: il domicilio, le comunità.

Sul primo versante, si interviene con l’istituzione di strutture territoriali chiamate Case della comunità, presidi costituiti in modalità *hub* (uno ogni 40.000-50.000 abitanti) o *spoke*, quale luogo prioritario di presa in carico e primo accesso alla domanda di salute. La Casa della comunità rappresenta un modello di intervento integrato e multidisciplinare la cui funzione privilegiata è quella della progettazione e attivazione di percorsi di servizio costruiti a partire da una esplorazione multidimensionale della

²³ Nella dimensione del ‘Programma delle attività territoriali’, il Distretto assume funzioni di committenza rispetto alla competenza dei servizi di rilevare il fabbisogno di salute e pianificare l’offerta; al contempo si pone quale dispositivo di garanzia della qualità dei servizi erogati, assumendo specifiche funzioni di verifica e monitoraggio dei medesimi entro un processo di manutenzione della continuità assistenziale per come si organizza nella relazione fra servizi e fra questi e l’utenza finale.

domanda di salute medesima e dal coinvolgimento diretto dei diversi stakeholder che la esprimono.

È atteso che la Casa della comunità sia organizzata in modo tale da permettere interventi di équipe su fabbisogni complessi, ponendo a fattor comune le competenze professionali di MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, Infermieri di famiglia o di comunità insieme a un ampio ventaglio di professioni di area sociale e sanitaria – psicologi, ostetrici, professionisti dell’area della prevenzione e della riabilitazione, assistenti sociali, operatori sociosanitari ecc. per esprimere una prima valutazione multidimensionale della domanda espressa dalla cittadinanza e, al contempo, attivare un’offerta di servizi coerente con le risorse disponibili sul territorio.

Si tratta, in altri termini, della presa in carico delle fragilità non riferita alla sola dimensione del fabbisogno sanitario accertabile attraverso percorsi di diagnosi clinica, ma di un profilo di problematiche che interessano anche le implicazioni della diagnosi stessa sul versante dei sistemi di convivenza, integrando cioè anche dimensioni di problema non necessariamente di pertinenza esclusiva del paziente. Si pensi, ad esempio, alle attività della vita quotidiana, alle relazioni familiari e amicali, ma anche all’ambito dei vissuti, della costruzione emozionale e sociale della malattia come organizzatore di modalità di rapporto entro diversi ambiti (sistema familiare, vita nelle comunità, contesti scolastici e lavorativi, come pure sistema curante).

In tal senso la Casa delle comunità viene considerato ambito preferenziale di sviluppo dei Punti unici di accesso (PUC), ovvero dei dispositivi organizzativi funzionali a una interlocuzione con la cittadinanza per lo sviluppo dei progetti assistenziali e per una verifica degli obiettivi convenuti anche nei momenti critici di sviluppo dei percorsi riabilitativi, entro un coordinamento con le funzioni degli Ambiti territoriali sociali. È all’interno della Casa delle comunità che trovano la loro espressione i servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (in cui opereranno infermieri), così come appunto il coordinamento dei servizi di assistenza domiciliare, i servizi infermieristici in senso stretto e le iniziative di integrazione con i Servizi sociali.

Nella Casa delle comunità trovano inoltre spazio dedicato le iniziative volte a implicare e valorizzare la committenza delle comunità nella loro diversa espressione (Enti del Terzo settore, Associazionismo ecc.), nella articolazione dei percorsi assistenziali.

Ulteriori dispositivi organizzativi introdotti dal Decreto intervengono quindi a coordinare gli interventi sul profilo delle transizioni fra i diversi setting territoriali (Centrale operativa territoriale - COT - e Centrale operativa 116117²⁴), nonché nei

²⁴ Numero europeo armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti.

diversi livelli di intensità assistenziale fra il domicilio e le strutture residenziali (Unità di continuità assistenziale, Assistenza domiciliare, Ospedale di comunità, Rete delle cure palliative).

Il D.M. n. 77/2022, propone inoltre un nuovo risalto alle funzioni che le iniziative della Telemedicina possono assumere nello sviluppo dei processi diagnostico-terapeutici e della loro verifica, così come nell'accompagnare la fruibilità degli interventi nel corso dello sviluppo delle iniziative in cui si sostanziano i progetti di salute convenuti²⁵.

3.3 Un nuovo modello di assistenza: alcune implicazioni per un ripensamento delle professioni sanitarie

Proviamo ora a riflettere sulle implicazioni dei nuovi assetti dell'intervento sanitario sullo sviluppo delle professioni sanitarie.

Nell'ambito del D.M. n. 77/2022, un nuovo risalto viene dato alla figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità (IFeC), già introdotta nel corso della pandemia dagli artt. 1 e 5, decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*.

L'IFeC, atteso entro uno standard di 1 ogni 3000 abitanti, non è solo erogatore di cure (Allegato 1, D.M. n. 77/2022, pp. 32-34), ma diventa la figura professionale chiamata a garantire la risposta assistenziale all'insorgenza di bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo 'latente' sulla comunità. In termini di approccio all'intervento, è atteso che operi con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting in cui essa si articola, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

È atteso quindi che collabori alla intercettazione del fabbisogno di salute, che contribuisca alla programmazione delle attività, sia di prevenzione che di cura delle cronicità, attraverso lo sviluppo di un ventaglio di conoscenze e competenze metodologiche – trasversali e organizzative – necessarie all'intervento, che implicano una fondamentale competenza a stare nella variabilità dei rapporti, mediando fra il

²⁵ Per un approfondimento delle funzioni prefigurate nello specifico per la telemedicina si vedano, oltre al D.M. n. 77/2022, le Linee di indirizzo nazionali stabilite dall'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 e le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, dell'Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020.

funzionamento attento al mandato sociale dei servizi e le caratteristiche specifiche della domanda del cliente. Si tratta, in tal senso, di ripensare il proprio sapere professionale non solo nell'ottica specialistica del processo di cura, ma anche nell'ottica dello sviluppo di una competenza a leggere rapporti, comprese le implicazioni dell'intervento nel contesto delle rappresentazioni sociali che i suoi diversi interlocutori condividono rispetto al processo di servizio in cui sono coinvolti (Bisogni e Pirrotta 2018; Pirrotta e Bisogni 2023).

Analoghe considerazioni valgono per altre figure professionali contemplate per l'intervento clinico, sia in ambito sanitario che in ambito sociale (Bucci e Giuliano 2018; Borghetti 2023; Perati 2023; Sanguedolce 2023; Pasquarotto *et al.* 2024). Nel contesto di sviluppo dei processi di presa in carico domiciliare, ad esempio, in ottica di valutazione multidimensionale, assumono rilievo le dimensioni di "condivisione e complementarità di sguardi e competenze disciplinari" (Borghetti 2023, pp. 7-8): professionisti caratterizzati da approcci all'intervento diversificati, sono chiamati a intervenire esercitando il proprio specifico ruolo professionale coniugando le proprie analisi con quelle dei colleghi, rispettandone tempi, metodi e ritmi in un contesto che amplifica le esigenze di capacità di ascolto, osservazione e relazione. Si tratta di capacità che attengono alla dimensione specialistica dell'intervento, così come alle premesse teorico-metodologiche che orientano l'agire professionale verso una dimensione organizzativa che contempla anche un'attenzione a cogliere la simbolizzazione affettiva e culturale del carattere identitario della propria professione (Pasquarotto *et al.* 2024), così come del rapporto fra professioni, entro l'esplorazione delle caratteristiche del contesto così come si organizza nel rapporto con i propri fruitori.

Un'ultima dimensione di attenzione attiene infine allo sviluppo di competenze necessarie alla realizzazione di servizi attraverso l'utilizzo di dispositivi di telemedicina. Seppure le indicazioni offerte dalle linee di indirizzo nazionali sul tema siano rivolte in modo primario alle professioni di ambito strettamente sanitario, il D.M. n. 77/2022, sottolineando la dimensione di raccordo e coordinamento delle nuove tecnologie nella convergenza fra strutture e processi organizzativi, prefigura una nuova area di sviluppo delle competenze professionali anche per il personale che sarà implicato nell'organizzare una fruibilità dei servizi. Ancora una volta, affianco alla dimensione tecnica delle competenze necessarie all'utilizzo dei dispositivi, sono sollecitate iniziative che pongono come questione quella dello sviluppo di competenze metodologiche a riconoscere le specificità d'uso delle tecnologie nei diversi contesti di fruizione delle stesse, nell'ottica di un orientamento al cliente e della costruzione di una alleanza che, al di là di un orientamento terapeutico, concorre a determinare efficacia ed efficienza dei processi di servizio.

Parte II

I risultati della rilevazione

4 Aspetti metodologici e profilo degli infermieri partecipanti alla rilevazione

4.1 Finalità e obiettivi della rilevazione

La rilevazione nell'ambito della quale è stato realizzato il presente focus sulla professione infermieristica rappresenta un ampliamento su larga scala di uno studio-pilota qualitativo sul settore sanitario realizzato nel 2020 con interviste a testimoni privilegiati. A partire dai risultati di tale ricerca pilota, nel 2022 è stata avviata un'indagine quantitativa dedicata ai lavoratori della sanità e alle implicazioni che l'innovazione tecnologica e le dinamiche demografiche possono determinare sull'evoluzione e lo sviluppo del settore, anche alla luce dell'esperienza vissuta durante la crisi pandemica e delle risorse messe a disposizione dal PNRR con la Missione 6 'Salute'.

In particolare, l'indagine era volta all'identificazione delle principali criticità riscontrabili tra gli operatori della sanità in relazione all'introduzione delle nuove tecnologie digitali, all'evoluzione delle condizioni lavorative e alle aspettative di sviluppo di carriera, in una prospettiva di prolungamento della vita lavorativa e di costante aumento della domanda di servizi di cura e assistenza da parte di un'utenza che sta invecchiando anch'essa molto rapidamente.

Finalità ultima della ricerca era quindi l'individuazione di soluzioni e misure utili a sostenere il prolungamento della vita lavorativa degli operatori del settore, in particolare degli over 50, in un settore fondamentale dei servizi alla persona interessato da un importante processo di trasformazione, sia dell'organizzazione del lavoro che del mercato di riferimento.

Gli obiettivi specifici sono, pertanto, riassumibili in due prospettive d'indagine:

- in relazione ai lavoratori (in particolare over 50), individuazione dei principali

elementi di criticità e delle soluzioni adottate nell'esperienza pratica dagli operatori della sanità appartenenti a differenti categorie professionali, con diverso background formativo ed esperienziale, nell'ambito delle varie tipologie di servizio erogate dal SSN, per affrontare l'innovazione tecnologica e le trasformazioni del lavoro;

- rispetto al sistema, l'identificazione di misure e strumenti utili ai *policymaker* per un efficiente governo dei processi di innovazione dei servizi sanitari, che tenga conto delle implicazioni del declino demografico, valorizzando le risorse umane e sostenendo i livelli di occupazione.

L'indagine è stata realizzata somministrando un questionario anonimo ad alcune categorie professionali del settore sanitario pubblico e privato: medici, sia di medicina generale (MMG) che specialisti, infermieri e operatori sociosanitari (OSS). Tali professioni sono state identificate come maggiormente significative nell'ambito della ricerca, sia per numerosità ed età media, sia per livello di coinvolgimento nei processi di innovazione dei servizi territoriali e per le criticità legate all'impatto delle nuove tecnologie sulle attività di prevenzione, cura e assistenza, in un contesto di generale invecchiamento della forza lavoro e dell'utenza. I primi risultati complessivi della ricerca sono stati presentati in un working paper (D'Agostino e Romito 2023). La numerosa partecipazione alla rilevazione e la condizione di particolare sofferenza (e insofferenza) percepita da parte degli infermieri, ha poi suggerito di procedere a un'analisi più approfondita dei dati provenienti da questa categoria professionale. I risultati di tale analisi sono presentati nei successivi capitoli, mentre le caratteristiche socio-anagrafiche delle infermiere e degli infermieri che hanno risposto al questionario – oltre il 90% del totale dei rispondenti – sono descritte nel quarto paragrafo di questo capitolo.

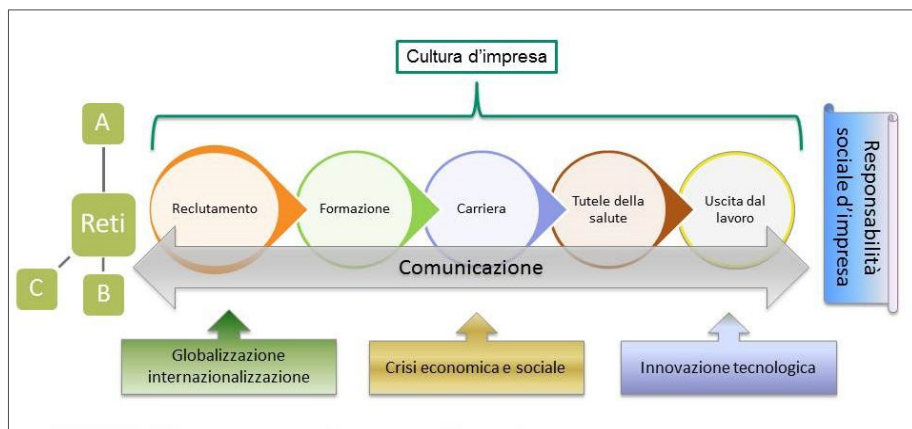
4.2 Il quadro teorico di riferimento

L'approccio teorico seguito nella definizione degli ambiti di rilevazione fa riferimento ai concetti di *age management*, *workability* ed *employability* per contestualizzare il tema delle interrelazioni tra invecchiamento della forza lavoro e innovazione digitale.

L'age management è da intendersi come insieme delle misure da attivare nell'ambito di una organizzazione lavorativa affinché ciascun lavoratore non sia discriminato a causa dell'età, ma anzi possa essere valorizzato e supportato

nell'esprimere il proprio potenziale lungo tutte le fasi della vita lavorativa (Walker 1998). Le dimensioni dell'age management, cioè l'insieme dei fattori endogeni sui quali intervenire a livello aziendale, sono a loro volta influenzate dal contesto esterno e dal sistema di relazioni attraverso il quale l'organizzazione lavorativa interagisce con esso, come rappresentato nel modello sottostante (figura 4.1). Tali dimensioni risultano sovrapponibili a quelle dell'*employability* nella misura in cui proprio nell'age management si riconosca una strategia di sostegno e sviluppo dell'occupabilità che tenga conto dei bisogni e delle capacità delle diverse generazioni di lavoratori lungo tutto il loro corso di vita (Aversa e Iadevaia 2019).

Figura 4.1 Modello di age management – fattori esogeni, trasversali ed endogeni



Fonte: Isfol et al. (2015)

Tale strategia trova supporto nella capacità di identificare, analizzare, valutare e sostenere i fattori che concorrono a determinare la capacità di svolgere il proprio lavoro nell'ambito di uno specifico contesto organizzativo per tutta la durata della vita professionale (c.d. *workability*), ottimizzando la rispondenza tra le esigenze dell'organizzazione lavorativa, da una parte, e le condizioni psicofisiche e le competenze del lavoratore, dall'altra (Ilmarinen 2009).

Per indagare le principali tematiche relative alle condizioni lavorative, alla soddisfazione e alle aspettative rispetto al proprio lavoro si è scelta una linea di continuità e coerenza con due importanti indagini ricorrenti dell'Inapp, l'Indagine

PLUS²⁶ e l'indagine sulla Qualità del Lavoro²⁷. Quest'ultima, in particolare, trae spunto dall'European Working Condition Survey (EWCS), condotta dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND) in ambito UE e indaga su dimensioni della qualità del lavoro – quali sviluppo professionale, prospettive di carriera, sicurezza sul lavoro, stabilità economica, autonomia e grado di controllo, tempi e orari di lavoro – sovrapponibili alle dimensioni che compongono il modello di age management sopra rappresentato.

In relazione al tema dell'innovazione tecnologica, per la rilevazione delle informazioni sui meccanismi e i fattori che condizionano la propensione dei lavoratori ad accettare le nuove tecnologie e a farne uso, si è fatto riferimento anche al modello della Teoria unificata dell'accettazione e dell'uso della tecnologia (UTAUT - Unified Theory of Acceptance and Use)²⁸ e, in particolare, all'uso che di esso è stato fatto in precedenti ricerche sull'accettazione delle nuove tecnologie da parte degli infermieri (Vainieri *et al.* 2020).

4.3 La rilevazione sul campo

La rilevazione è stata progettata e realizzata in un periodo (febbraio - settembre 2022) nel quale, nonostante l'avanzato stato della campagna vaccinale, si era ancora in una situazione di emergenza da Covid-19 e la numerosità dei contagi era piuttosto elevata per effetto della diffusione della c.d. 'variante Omicron', molto contagiosa benché generalmente meno aggressiva. Pertanto, la fase di somministrazione del questionario presentava delle difficoltà di contatto con i rispondenti, oberati da un carico eccezionale di lavoro ulteriormente aggravato dall'incertezza degli orari e dei turni, dettata spesso dalla necessità di sostituire i colleghi contagiati e di fronteggiare le emergenze. Questa situazione di contesto,

²⁶ L'Indagine PLUS (Participation, Labour, Unemployment, Survey) è una rilevazione campionaria nazionale ricorrente, nata nel 2005 e presente nel Piano statistico nazionale dal 2006. Analizza la composizione di alcuni target del mondo del lavoro (donne, giovani, over 50 ecc.), indagando aspetti specifici del mercato del lavoro riferiti a determinate sottopopolazioni (es. ingresso al lavoro dei giovani, prolungamento della vita attiva delle classi di età anziane, partecipazione femminile alla forza lavoro ecc.), fino alla conoscenza degli atteggiamenti e delle modalità di ricerca di un lavoro.

²⁷ Qualità del Lavoro è un'indagine campionaria periodica, nata nel 2002, sulla qualità del lavoro in Italia che rileva aspetti soggettivi e oggettivi del lavoro considerando i fattori che ne determinano la qualità.

²⁸ Il modello UTAUT (Venkatesh *et al.* 2003) integra otto precedenti modelli utilizzati per descrivere le interrelazioni tra i fattori che determinano l'accettazione delle tecnologie. In base a tale modello, l'aspettativa di prestazione, l'aspettativa di sforzo e l'influenza sociale condizionano l'intenzione di utilizzare le tecnologie. L'uso effettivo sarebbe poi condizionato, oltre che dall'intenzione all'uso, dalle c.d. 'condizioni facilitanti', cioè da quanto l'individuo ritiene che l'organizzazione lavorativa sia disponibile a supportare l'uso delle tecnologie. Questi fattori sarebbero poi influenzati da alcune caratteristiche specifiche della persona, quali genere, età, esperienza e volontarietà nell'uso delle tecnologie.

unita all'esigenza di indagare sulle condizioni lavorative, sui livelli di soddisfazione e sulle capacità e competenze nell'uso delle nuove tecnologie da parte degli operatori, ha determinato la scelta di escludere le tecniche di rilevazione CAPI e CATI, a vantaggio di una rilevazione CAWI tramite questionario anonimo da autocompilare su base volontaria. A tale scopo, il questionario è stato concepito in forma anonimizzata e strutturato in modo da rendere la compilazione online facile e rapida, limitando il numero di domande, tutte chiuse a risposta multipla (cfr. box 4.1).

Box 4.1 Struttura del questionario di rilevazione

Sezione A – Informazioni Generali (13 domande)

Rileva le informazioni sull'anagrafica e la situazione professionale dell'intervistato: genere, età, professione, territorio e organizzazione nella quale presta servizio ecc. Per garantire l'anonimato, le domande sono strutturate in modo da non permettere, neanche indirettamente, l'identificazione del rispondente.

Sezione B – Condizioni di lavoro e prolungamento della vita lavorativa (14 domande)

Le domande di questa sezione mirano a rilevare, in una prospettiva di invecchiamento, le opinioni del rispondente sulle sue condizioni di lavoro attuali e sulle prospettive/aspettative future, sulla qualità del lavoro, sul livello di soddisfazione/motivazione e sui rapporti intergenerazionali. Obiettivo della sezione B è l'identificazione delle principali problematiche legate all'età e le criticità/opportunità che possono derivare dalla compresenza di diverse generazioni sul luogo di lavoro.

Sezione C – Nuove tecnologie (10 domande)

Questa sezione mira a rilevare informazioni sulla diffusione delle nuove tecnologie digitali tra i diversi operatori nelle varie tipologie di strutture sanitarie. L'obiettivo è l'identificazione delle principali ricadute dei processi di digitalizzazione sul personale, in particolare sui lavoratori più anziani; i principali timori e aspettative nei confronti dello sviluppo tecnologico e le possibili strategie per facilitare il processo di digitalizzazione.

Sezione D – Competenze digitali e formazione sulle nuove tecnologie (7 domande)

Le domande di questa sezione mirano a rilevare l'autovalutazione delle competenze digitali del rispondente e la formazione realizzata in questo ambito al fine di verificare i fabbisogni formativi del personale sanitario e l'efficacia dei percorsi formativi fruiti.

Sezione E – Emergenza Covid-19 (3 domande)

L'ultima sezione mira a rilevare informazioni sul vissuto degli operatori durante l'emergenza sanitaria, in particolare sul modo in cui la pandemia ha condizionato il loro modo di lavorare e quali cambiamenti ha determinato negli ambienti di lavoro. Inoltre, in considerazione del fatto che l'emergenza ha messo in evidenza molti problemi già esistenti, questa sezione mira anche a rilevare quali siano, secondo l'opinione dei lavoratori, gli interventi più urgenti per superare le principali criticità e contribuire a migliorare l'efficienza del nostro sistema sanitario.

È stato adottato un campionamento non probabilistico c.d. 'a valanga' (o 'campionamento tramite legami sociali'), espressione utilizzata nelle scienze sociali per identificare quelle strategie di campionamento che utilizzano le reti di relazioni tra le persone. Questa tecnica è generalmente associata a campionamenti che non permettono l'inferenza statistica e viene spesso, ma non esclusivamente impiegata nelle ricerche di tipo qualitativo. Tuttavia, essa

può rappresentare una soluzione valida in determinate situazioni, in particolare nel caso di indagini su popolazioni-target di natura clandestina, rispetto alle quali non si disponga di elenchi di soggetti da coinvolgere nella rilevazione²⁹.

Nel caso di questa rilevazione, tale strategia di campionamento ha consentito di superare le difficoltà derivanti dal contesto emergenziale pandemico che ostacolava la reperibilità e il contatto diretto con i lavoratori del settore. Seppur con le limitazioni connesse al rischio di maggior omogeneità nelle risposte, insito nei campionamenti fondati sulle relazioni sociali, questa strategia ha garantito la massima libertà di gestione dei tempi e dei luoghi dell'autocompilazione, agevolando in tal modo la raccolta di un significativo numero di questionari, in particolare tra gli infermieri. Al tempo stesso, ha offerto ai rispondenti l'opportunità di esprimere il proprio pensiero sulle condizioni di lavoro in sanità nel momento in cui si trovavano a vivere una fase molto difficile e critica della loro vita professionale.

4.4 Il profilo anagrafico e professionale degli infermieri coinvolti nell'indagine

La somministrazione del questionario attraverso i canali web e social ha raggiunto un numero considerevole di operatori³⁰. Gli infermieri partecipanti all'indagine sono stati 1.653, con una significativa prevalenza di donne (75,3%). Il 61% del personale coinvolto ha una età superiore ai 50 anni, con un'alta incidenza della fascia 50-59 anni. Tra gli under 50 prevalgono i 35-49enni (29,3%), mentre i più giovani rappresentano circa il 10%. La distribuzione geografica si presenta pressoché omogenea nelle regioni del Settentrione e del Centro, inferiore la partecipazione nel Mezzogiorno (5,8%) (tabella 4.1).

²⁹ Nell'ambito della ricerca sociale, talvolta si preferisce utilizzare l'espressione 'campionamento tramite legami sociali', piuttosto che 'a valanga', proprio per evitare l'uso di termini suggestivi, col rischio di screditare tecniche che, correttamente utilizzate, rappresentano percorsi validi e utili per raccogliere dati e informazioni su popolazioni e fenomeni altrimenti difficilmente osservabili (Vitalini 2010).

³⁰ I contatti alla piattaforma sono stati 2.716, di questi il 66,4% (1.803 rispondenti) ha completato il questionario. All'indagine hanno partecipato complessivamente 1.653 infermieri, 95 operatori socio-sanitari e 55 medici.

Tabella 4.1 Caratteristiche anagrafiche degli infermieri, dati disaggregati per genere, macroarea, età (4 classi, v.a., %)

	v.a.	%	Fasce di età				Macroarea			
			fino a 34	35-49	50-59	60+	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
F	1.244	75,3	6,9	21,7	41,3	5,4	22,1	26,8	20,6	5,8
M	409	24,7	2,8	7,6	11,6	2,7	5,6	6,8	7,9	4,5
Tot.	1.653	100,0	9,7	29,3	52,9	8,0	27,6	33,6	28,5	10,3

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

I rispondenti presentano una condizione lavorativa stabile con rapporti di lavoro dipendente (97,9%), a tempo indeterminato (97,6%) e prevalentemente full-time (89,1%). La forma di lavoro part-time (cfr. paragrafo 2.2), pur rappresentando una quota minore, riguarda in prevalenza le donne (14% vs 1,3% degli uomini). In presenza di una consistente quota di lavoratori maturi, la maggioranza dei partecipanti ha un'ampia esperienza professionale, il 37,9% lavora da oltre 30 anni e un ulteriore 31,5% ha un'anzianità lavorativa tra i 21 e i 30 anni (tabella 4.2).

La distribuzione per titolo di studio risulta piuttosto diversificata poiché risente delle modifiche normative intervenute negli anni per l'accesso alla professione, descritte nel box 4.2.

Tabella 4.2 Caratteristiche contrattuali degli infermieri, dati disaggregati per genere, tipologia di rapporto di lavoro e contratto, anni di esperienza (4 classi, v.%)

	Tipologia rapporto di lavoro		Tipologia contratto					Anni di esperienza			
	Dipendente	Autonomo	TI	TD	Altro	Full-time	Part-time	1-10	11-20	21-30	>30
F	74,1	1,1	97,6	1,9	0,5	86,0	14,0	11,8	17,3	30,5	40,4
M	23,8	0,9	97,5	2,0	0,5	97,7	1,3	15,2	19,8	34,5	30,6
Tot.	97,9	2,1	97,6	1,9	0,5	89,1	10,9	12,6	17,9	31,5	37,9

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

La quasi totalità degli infermieri è impiegato nelle strutture del SSN (97,7%)³¹; le strutture ospedaliere accolgono i due terzi dei rispondenti (75,2%), mentre il 16,4% lavora nell'assistenza territoriale. La disaggregazione per tipologia di unità di servizio si presenta alquanto frammentata; le frequenze più elevate si registrano nei reparti

³¹ Sebbene il valore percentuale degli infermieri che operano nelle strutture pubbliche si avvicini al dato ufficiale fornito dal Ministero della Salute, la quota di quelli impiegati nelle strutture private non accreditate (2,3%) risulta sottorappresentata (cfr. paragrafo 1.2).

di degenza (23,3%) e nei servizi ambulatoriali (20,9%), un ulteriore 22% si divide tra chirurgia e terapia intensiva (tabella 4.3)

Tabella 4.3 Aspetti professionali degli infermieri, dati disaggregati per genere, tipologia di struttura, organizzazione e unità operativa, v.%

		Genere		
		Femmine	Maschi	Totale
Tipologia di struttura	Pubblica	89,0	88,5	88,9
	Privata accreditata	8,8	9,5	8,8
	Privata	2,2	2,7	2,3
Tipologia di organizzazione	Struttura ospedaliera	75,5	74,2	75,2
	Ambu. extra ospedaliero	6,6	4,5	6,1
	Assistenza territoriale	16,3	16,6	16,4
	Struttura privata	1,5	4,7	2,3
Tipologia unità di servizio	Reparto degenza	23,0	24,2	23,3
	Ambulatorio	23,0	14,7	20,9
	Chirurgia	10,8	13,9	11,6
	Terapia intensiva	10,9	11,2	11,0
	Altro	11,9	7,3	10,8
	Assistenza domiciliare	7,8	9,3	8,2
	Pronto soccorso	6,8	9,8	7,6
	Day Hospital/surgery	7,2	2,9	6,2
	Servizi emergenza	3,7	7,8	4,7
	Laboratorio/Diagnostica	3,1	6,4	3,9

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Il titolo di studio maggiormente ricorrente è la laurea (41,7%), posseduta prevalentemente dai più giovani (75,2%) e da coloro che lavorano nel Centro (45,4%) e nel Mezzogiorno (50%), ma anche da oltre la metà degli infermieri di età compresa tra i 35 ed i 49 anni (56,4%); viceversa il diploma professionale è posseduto in maggior misura dagli over 50 (36,1% 50-59enni e 33,1% over 60) e per lo più da coloro che lavorano nel Settentrione (26,7% Nord-Ovest e 28,5% Nord-Est). Il personale più maturo ha elevato il proprio livello educativo, rispetto a quello minimo per l'accesso alla professione, con il diploma di scuola secondaria superiore (19,7% 50-59enni e 20,3% over 60), mentre ulteriori e più elevati titoli (specializzazione post-laurea, dottorato o master) sono stati acquisiti dal 19,2% degli infermieri laureati (tabella 4.4).

Tabella 4.4 Titolo di studio posseduto dagli infermieri, dati disaggregati per macroarea, età (4 classi, v.%)

	Classi di età				Macroarea				Tot.
	fino a 34	35-49	50-59	60+	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	
Diploma professionale	0,0	13,4	36,1	33,1	26,7	28,5	24,0	18,8	25,7
Diploma scuola secondaria	0,0	4,5	19,7	20,3	10,7	15,5	12,3	16,5	13,4
Laurea	75,2	56,4	29,0	31,6	40,7	36,9	45,4	50,0	41,7
Specializzazione, dottorato o master	24,8	25,6	15,2	15,0	21,9	19,1	18,3	14,7	19,2

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

La distribuzione per titolo di studio risulta piuttosto diversificata poiché risente delle modifiche normative intervenute negli anni per l'accesso alla professione, descritte nel box 4.2.

Box 4.2 Le tappe storico-legislative della riforma della formazione infermieristica

La prima riforma del percorso educativo degli infermieri è stata segnata dall'Accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali, recepito con la legge 15 novembre 1973, n. 795, *Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967*, che ha portato da due a tre anni la durata del percorso formativo, per un complessivo di 4.600 ore di insegnamento, a cui si accede con una scolarità di 10 anni (biennio di scuola media superiore); l'atto, tuttavia, è stato reso esecutivo solo a partire dall'anno formativo 1975/1976. Con la legge 30 aprile 1976, n. 339 viene stabilito a 16 anni il 'limite di età per l'accesso ai corsi e alle scuole per le professioni sanitarie ausiliarie', per l'ammissione ai percorsi dedicati quindi non era più richiesta la licenza di scuola media inferiore o di scuola di avviamento o altro titolo di studio equipollente, ma la promozione al terzo anno di una qualsiasi scuola superiore. Successivamente, la legge 19 novembre 1990, n. 341 *Riforma degli ordinamenti didattici universitari*, istituisce il diploma universitario triennale di primo livello in Scienze infermieristiche, che comunque rappresentava un canale formativo parallelo a quello delle Scuole per infermieri professionali che operavano in ambito regionale. Il D.L.gs. 30 dicembre 1992, n. 502 *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421* e ss.mm. sancisce il definitivo passaggio alla formazione universitaria, stabilendo l'obbligo del diploma di maturità quinquennale per l'ammissione al Diploma universitario di infermiere, titolo abilitante all'esercizio della professione. Tra il 1994 e il 1998 le Regioni stipulano i protocolli d'intesa con le Università, che diventano così l'unico canale di accesso alla professione infermieristica.

A fissare un ulteriore tassello al percorso di riordino della professione è la legge 10 agosto 2000, n. 251 *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, la quale stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche; la definizione delle modalità e dei contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica vengono tuttavia stabiliti solo nel 2004 (decreto MIUR del 9 luglio 2004). I primi dottorati vengono avviati nell'a.a. 2006/2007.

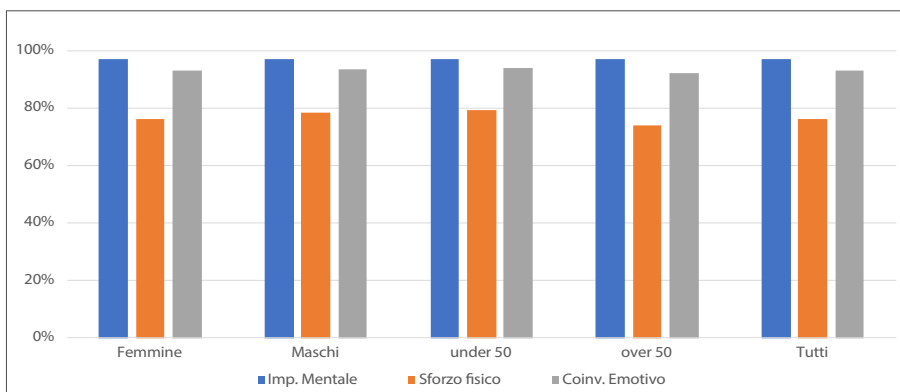
5 Le condizioni di lavoro

Le informazioni rilevate nell'ambito delle condizioni di lavoro dipingono un quadro a tinte fosche, nel quale la professione infermieristica appare caratterizzata da grande impegno e fatica, scarsa soddisfazione e aspettative pessimistiche rispetto alle prospettive di sviluppo nel prossimo futuro.

5.1 Gravosità, flessibilità e soddisfazione lavorativa

La gravosità del lavoro, indagata sotto il profilo dell'impegno mentale, dello sforzo fisico e del coinvolgimento psicologico ed emotivo, in analogia con le indagini Inapp ed Eurofound sulla qualità del lavoro, è percepita di livello elevato da percentuali molto significative di rispondenti (figura 5.1).

Figura 5.1 Gravosità del lavoro alta – incidenza per sesso ed età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

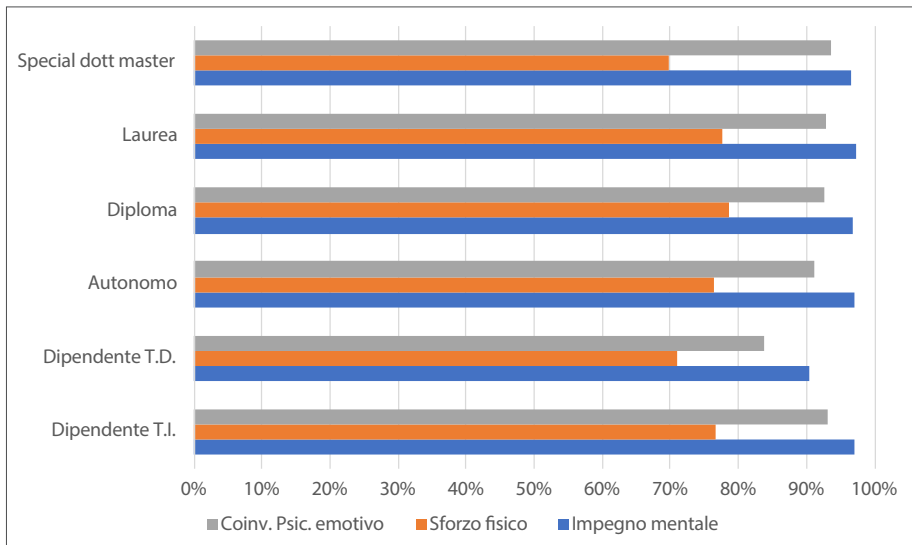
L'impegno mentale rappresenta il fattore che rende maggiormente gravose le condizioni di lavoro quasi per la totalità dei lavoratori, senza particolari distinzioni tra

ultracinquantenni e personale più giovane, né tra donne e uomini. Stessa omogeneità di risposte si osserva in relazione al coinvolgimento emotivo, considerato abbastanza o molto gravoso da percentuali di rispondenti leggermente inferiori, ma che superano ampiamente il 90%.

Alcune differenze si evidenziano, invece, per quanto riguarda lo sforzo fisico, che sembra pesare maggiormente sugli infermieri di età inferiore ai 50 anni e in particolare sugli uomini, probabilmente chiamati spesso a svolgere attività più impegnative sotto il profilo della fatica fisica perché ritenuti in grado di sopportarla meglio.

Rispetto al livello di istruzione, la percezione di una elevata gravosità fisica del lavoro risulta minore tra gli infermieri in possesso di un titolo di studio molto elevato, in particolare tra gli ultracinquantenni (figura 5.2).

Figura 5.2 Gravosità alta – incidenza per titolo di studio e rapporto di lavoro



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

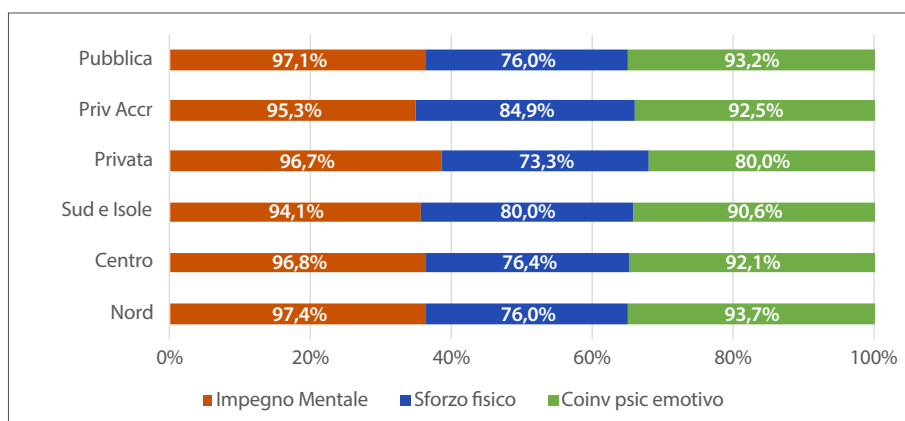
Si ipotizza che trattandosi di persone che hanno avuto accesso alla professione a seguito di un percorso di formazione professionale triennale, il successivo conseguimento della laurea e, in alcuni casi, di una specializzazione post-laurea, sia stato funzionale ad una progressione di carriera che le ha portate a ricoprire incarichi di coordinamento e gestione manageriale, più impegnativi per l'assunzione di un ruolo di responsabilità che per carico di lavoro fisico.

In relazione al tipo di rapporto di lavoro, si osserva che quanti hanno un rapporto di lavoro non dipendente (collaboratori, prestatori d'opera occasionale, soci di

cooperative) mostrano percentuali di alta gravosità uguali a quelle dei dipendenti a tempo indeterminato, mentre tra i lavoratori temporanei, tali percentuali risultano più basse per ciascuno degli aspetti considerati.

È interessante osservare che i dati relativi alla percezione di elevata gravosità del lavoro in rapporto al territorio mostrano un'incidenza leggermente più bassa per le determinanti di impegno mentale e coinvolgimento psicologico-emotivo tra i rispondenti che operano nel Sud e nelle Isole (figura 5.3), dove invece sembra pesare maggiormente lo sforzo fisico, in particolare tra gli over 50. È possibile che, trattandosi di regioni nelle quali il numero di infermieri per mille abitanti e di infermieri per medico è tra i più bassi del Paese (Ministero Salute 2023), la carenza di personale non consenta di esonerare gli ultracinquantenni dallo svolgimento delle mansioni più pesanti e che, per la conformazione dei territori, gli operatori siano spesso costretti a percorrere quotidianamente lunghe distanze per raggiungere il luogo di lavoro. Inoltre, si osserva che l'incidenza di quanti considerano il loro lavoro abbastanza o molto gravoso è più elevata nel settore pubblico e lo scarto è più evidente nel confronto con le strutture della sanità privata, rispetto al privato in convenzione.

Figura 5.3 Gravosità abbastanza o molto alta – incidenza per macroarea geografica



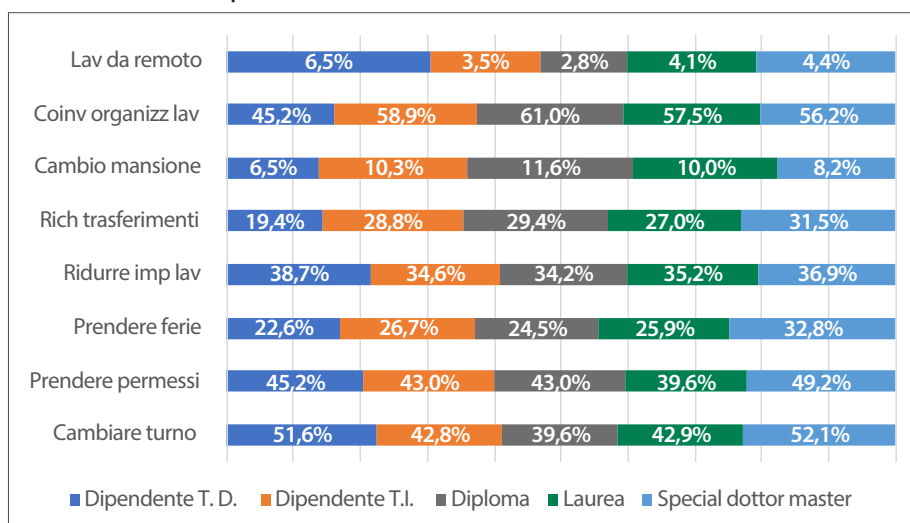
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

L'elevata gravosità del lavoro è accompagnata da una generalizzata rigidità delle condizioni di lavoro. Infatti, l'analisi dei fattori che concorrono a determinare il livello di flessibilità del lavoro sembra lasciare poco spazio alle esigenze di conciliazione tra vita professionale e vita privata, contribuendo a ricostruire un quadro complessivo piuttosto critico delle condizioni lavorative. Le risposte affermativo riguardo la possibilità di cambiare turno di lavoro, chiedere permessi orari o giorni di ferie

con poco preavviso, cambiare servizio, reparto e mansione, o lavorare da remoto, mostrano tutte un'incidenza inferiore al 50%.

Percentuali particolarmente basse si osservano in relazione soprattutto al lavoro da remoto, che poco si concilia con le attività di assistenza quotidiana e di cura delle acuzie, ma anche al cambio di mansione e alla richiesta di ferie e permessi con poco preavviso; tuttavia, si evidenzia una maggiore flessibilità rispetto a tali fattori per chi è in possesso di un titolo di studio superiore alla laurea (figura 5.4).

Figura 5.4 Flessibilità del lavoro – incidenza risposte affermative per titolo di studio e tipologia di lavoro dipendente



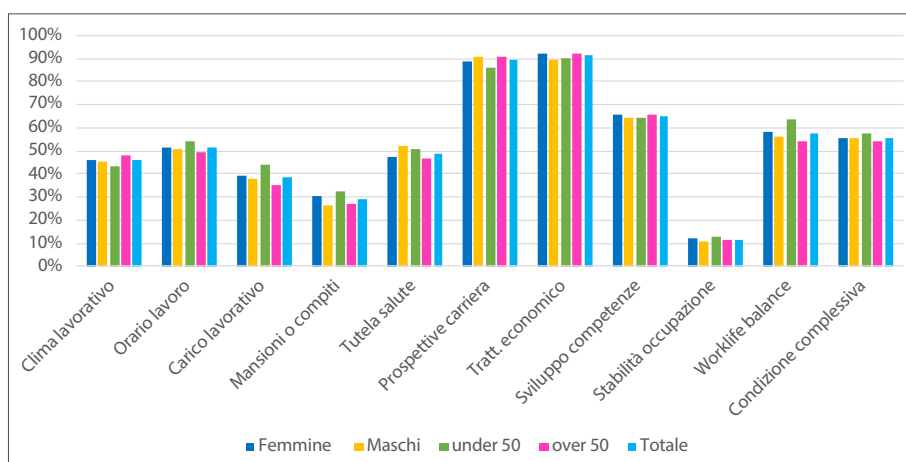
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tra i lavoratori dipendenti, si osserva una maggiore flessibilità dei tempi indeterminati rispetto ai lavoratori temporanei in relazione alla possibilità di cambiare mansioni all'interno dello stesso servizio/struttura o di essere trasferiti presso altro servizio/struttura, alla possibilità di chiedere giorni di ferie con poco preavviso e soprattutto di essere coinvolti nell'organizzazione del lavoro

Nelle strutture del Nord, in particolare del Nord-Est, si rileva una maggiore rigidità rispetto a quasi tutte le determinati, ad eccezione della possibilità di chiedere un trasferimento e soprattutto di essere coinvolti nell'organizzazione del lavoro, che mostra un'incidenza di risposte affermative superiore di circa dieci punti percentuali rispetto al Centro e al Sud-Isole. In relazione alla tipologia di struttura, nel privato si rileva una maggiore flessibilità soprattutto rispetto al settore pubblico, ma anche al privato in convenzione, più evidente nella possibilità di ridurre il carico di lavoro, richiedere ferie e cambiare mansione.

La gravosità e la scarsa flessibilità del lavoro per la professione infermieristica non sembrano essere compensate da adeguati livelli di soddisfazione lavorativa, considerata prevalentemente bassa o molto bassa in relazione sia alla condizione lavorativa complessiva, sia alle singole determinanti considerate: clima lavorativo, orari e carichi di lavoro giornalieri, mansioni e compiti, tutela della salute e prevenzione degli infortuni, prospettive di carriera, trattamento economico, sviluppo delle competenze, stabilità dell'occupazione, conciliazione vita-lavoro (figura 5.5).

Figura 5.5 Incidenza di soddisfazione lavorativa bassa e medio-bassa per genere ed età

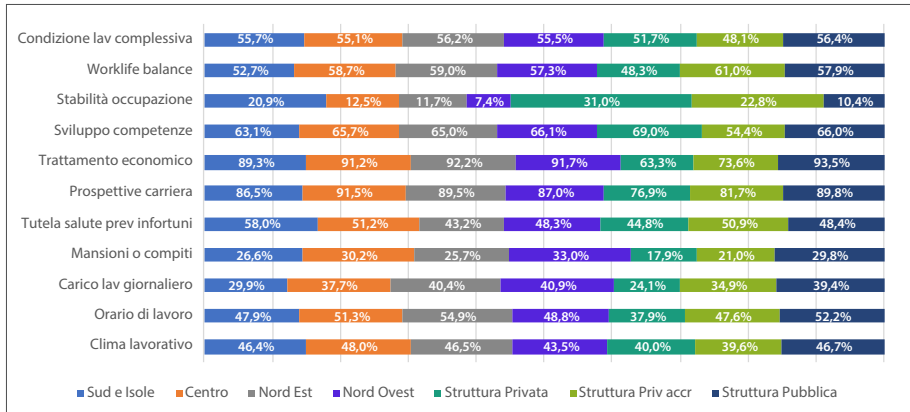


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

In particolare, una soddisfazione lavorativa bassa o medio-bassa è segnalata dal 91,5% del totale dei rispondenti per quanto riguarda il trattamento economico, benché con lievi differenze di genere ed età (92,8% delle donne over 50); segue l'insoddisfazione per le prospettive di carriera che incide per l'89,1% sul totale dei rispondenti, arrivando al 91% per gli ultracinquantenni; al terzo posto troviamo la possibilità di aumentare e sviluppare le proprie competenze (65,3%), con incidenze abbastanza uniformi per sesso ed età. Soddisfazione abbastanza o molto alta viene invece dichiarata rispetto alla stabilità dell'occupazione, coerentemente con la composizione del gruppo dei rispondenti, costituito in prevalenza da lavoratori dipendenti a tempo pieno e indeterminato. Seguono le mansioni e i compiti giornalieri, considerati altamente soddisfacenti dal 70,9% del totale dei rispondenti. Da un'analisi più dettagliata dei dati (figura 5.6), si osserva nei territori del Sud e delle Isole una maggiore percentuale di insoddisfazione rispetto alla stabilità dell'occupazione (20,9% rispetto all'11,7% del totale) e alla tutela della salute/

prevenzione infortuni (58% rispetto al 48,8% del totale); minore incidenza di soddisfazione bassa, invece, per il carico di lavoro giornaliero (29,9% rispetto al 38,7% del totale).

Figura 5.6 Soddisfazione lavorativa bassa o medio-bassa – incidenza per area geografica e tipologia di struttura



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Al Nord-Ovest si rileva maggiore insoddisfazione rispetto a compiti e mansioni da svolgere (33% rispetto 29,1% totale), al Nord-Est, invece, rispetto agli orari di lavoro (54,9% vs 51,5% totale). Al Centro Italia si rilevano differenze tra le classi di età in relazione al clima lavorativo, particolarmente insoddisfacente tra i più giovani (50,3% vs 43,5% del totale under 50) e alla tutela della salute/prevenzione infortuni, considerata insoddisfacente soprattutto dagli ultracinquantenni (50,3% vs 46,9% del totale over 50).

Rispetto alla tipologia di struttura/servizio, si osservano livelli di insoddisfazione complessiva per le condizioni lavorative generali più elevati nel settore pubblico (56,4% vs 51,7% del privato e 48,1% del privato accreditato), attribuibili in particolare al clima lavorativo, agli orari di lavoro e alle mansioni giornaliere, ma soprattutto al trattamento economico, per il quale si evidenziano ben 30 p.p. di insoddisfatti in più rispetto al settore privato, al carico di lavoro (oltre 15 p.p. in più) e alle prospettive di carriera (circa 13 p.p. in più). Inoltre, sono i lavoratori di età inferiore ai 50 anni i più insoddisfatti, in particolare per ciò che riguarda la conciliazione tra vita privata e vita lavorativa; gli ultracinquantenni fanno eccezione per due determinanti strettamente collegate tra loro e che rappresentano un nodo critico per l'occupabilità dei lavoratori maturi anche in altri settori lavorativi: lo sviluppo delle competenze e le prospettive di carriera.

Si osservano, inoltre, livelli di insoddisfazione uniformi tra lavoratori dipendenti a

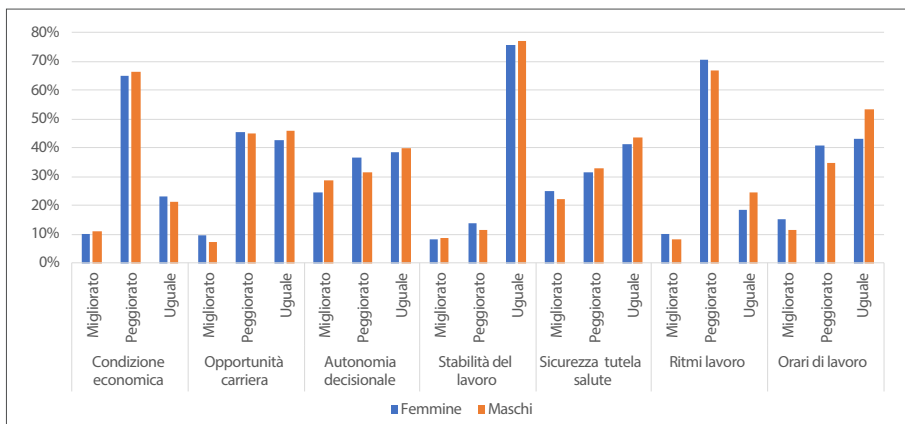
tempo determinato e indeterminato, mentre rispetto al titolo di studio, i laureati appaiono complessivamente meno soddisfatti, con scarti maggiori di insoddisfazione rispetto ai diplomati e agli specializzati per quanto riguarda, in particolare, l'orario di lavoro e le mansioni da svolgere; tra i diplomati si evidenzia una percentuale più elevata di insoddisfatti per le prospettive di carriera, tra gli specializzati maggiore insoddisfazione per il clima lavorativo e per lo sviluppo delle competenze.

5.2 Età ed evoluzione delle condizioni di lavoro: esperienze, aspettative e pregiudizi

La percezione dei cambiamenti delle condizioni di lavoro, in un contesto di significativo invecchiamento, è stata indagata in prima battuta rispetto al passato, chiedendo ai rispondenti di età superiore ai 50 se ritenessero che il loro lavoro fosse migliorato, peggiorato o rimasto uguale da quando hanno iniziato a svolgerlo. La distribuzione per genere evidenzia che le condizioni lavorative sono generalmente rimaste uguali o si sono modificate in senso negativo, in particolare i ritmi di lavoro, peggiorati per il 69,9% dei rispondenti, e le condizioni economiche (65,5%).

Circa un quarto dei rispondenti riferisce un miglioramento in relazione all'autonomia decisionale, attribuibile prevalentemente alla componente maschile (28,8% vs 24,4% delle donne), e alla tutela della salute o prevenzione degli infortuni, in questo caso con un'incidenza leggermente più elevata tra le donne (25,3% vs 22,5% degli uomini). Inoltre, tra le infermiere, a fronte di un lieve miglioramento rispetto ai colleghi per quanto riguarda le opportunità di carriera (9,6% vs 7,2%), si osserva una maggiore percezione di peggioramento in relazione ai ritmi di lavoro (70% vs 67% circa), agli orari (41% vs 35% circa) e all'autonomia decisionale (37% vs 31% circa) (figura 5.7).

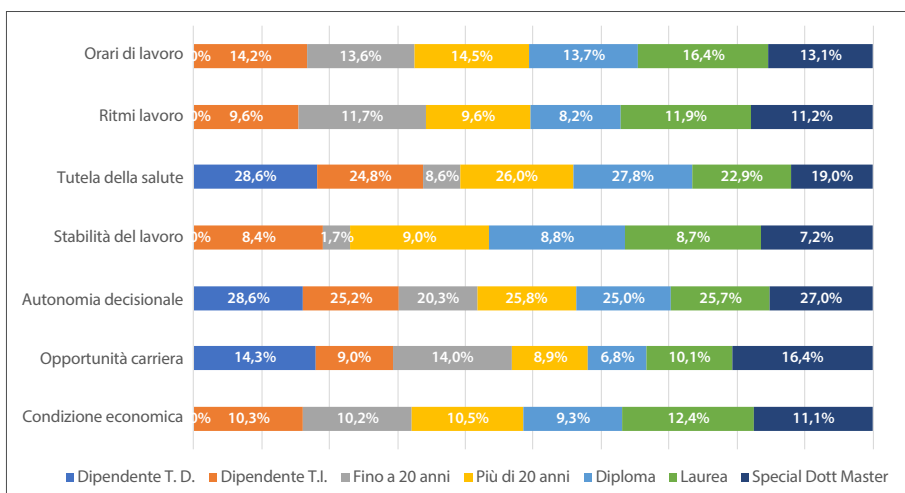
Figura 5.7 Cambiamento delle condizioni di lavoro, incidenza tra gli ultracinquantenni per sesso



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Considerando la distribuzione per titolo di studio, anni di esperienza lavorativa e tipologia di lavoro dipendente, si osserva una percezione di stagnazione o peggioramento prevalente tra infermiere/i diplomati e con contratto a tempo indeterminato; quanti sono in possesso di un titolo superiore alla laurea (specializzazione, dottorato o master) mostrano una percentuale leggermente più elevata rispetto agli altri in relazione alle opportunità di carriera (figura 5.8).

Figura 5.8 Incidenza della percezione dei miglioramenti rispetto ai peggioramenti, over 50 per tipo di lavoro dipendente, anni di esperienza lavorativa e titolo di studio

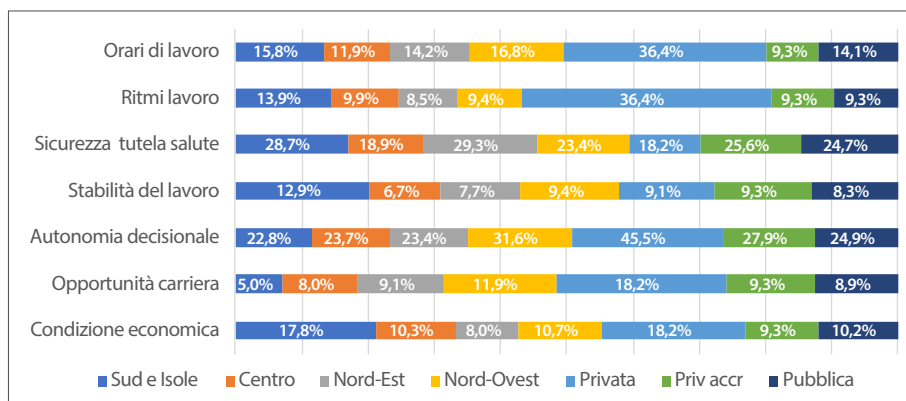


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Invece, tra chi ha più anni di esperienza si evidenzia una percezione di miglioramento soprattutto in relazione alla tutela della salute e alla stabilità del lavoro, ma un prevalente peggioramento dei ritmi di lavoro.

Se poi analizziamo le risposte in rapporto alla tipologia di struttura, osserviamo innanzitutto che si ha una maggiore percezione di peggioramento nelle strutture pubbliche, in particolare in relazione alle condizioni economiche, le opportunità di carriera e i ritmi di lavoro; questi ultimi, tuttavia, sono segnalati come fattore di peggioramento in percentuale più significativa tra i lavoratori delle strutture private accreditate (81,4% vs 69,9% del pubblico e 45,5% del privato) insieme agli orari di lavoro e alla stabilità del lavoro. Quest'ultima appare un fattore critico anche nel privato non in convenzione insieme alla tutela della salute, considerata peggiorata da oltre il 36% dei rispondenti che operano in questa tipologia di strutture. Per quanto riguarda l'area geografica, si evidenziano percentuali maggiori di peggioramento tra i rispondenti del Nord Italia, soprattutto in relazione alle condizioni economiche, ma anche a orari e ritmi di lavoro. Al Centro prevale una percezione di peggioramento per le opportunità di carriera e per la stabilità del lavoro. Nel Meridione, a fronte di un peggioramento della tutela della salute, viene riferito in percentuale più elevata un miglioramento delle condizioni economiche, della stabilità e dei ritmi di lavoro (figura 5.9).

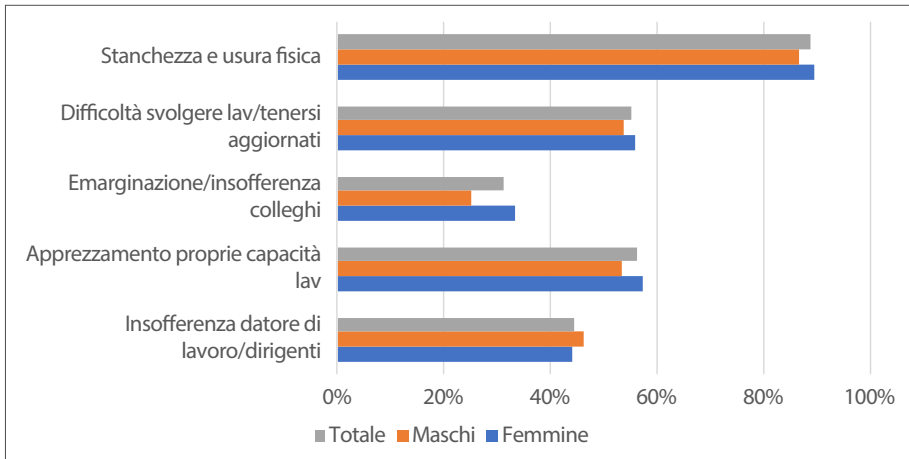
Figura 5.9 Incidenza delle percezioni dei miglioramenti rispetto ai peggioramenti, over 50 per area geografica e tipologia di struttura



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Agli infermieri/e di età superiore ai 50 anni è stato anche chiesto se negli ultimi anni avessero patito difficoltà legate a un maggiore affaticamento nello svolgimento del lavoro quotidiano e alla necessità di tenersi aggiornati, o notato un cambiamento nell'atteggiamento dei colleghi e dei superiori gerarchici nei loro confronti (figura 5.10).

Figura 5.10 Percezione dei cambiamenti nello svolgimento delle mansioni e nelle relazioni di lavoro tra gli over 50 – incidenza risposte affermatve per sesso

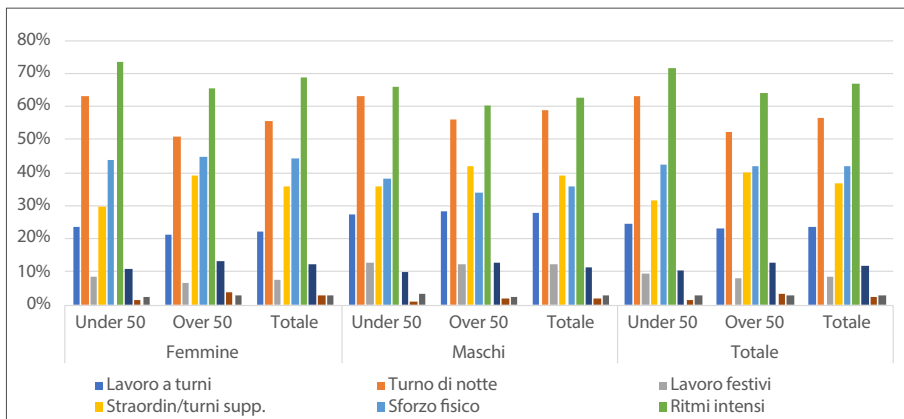


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Si rileva innanzitutto un'incidenza molto significativa della stanchezza fisica (88,8%), seguita a una certa distanza dalle difficoltà nel regolare svolgimento delle proprie mansioni e nella capacità di mantenersi aggiornati (55,3%), compensato tuttavia dall'apprezzamento per le proprie capacità lavorative (56,3%). Va poi evidenziata una percentuale non trascurabile di quanti riferiscono di aver avvertito, negli ultimi anni, atteggiamenti insofferenti da parte del datore di lavoro o della dirigenza (44,4%) ed emarginazione/insofferenza da parte dei colleghi (31,3%). L'analisi di dettaglio per genere mostra inoltre che, mentre gli uomini sembrano patire in misura lievemente maggiore l'insofferenza da parte dei superiori gerarchici (46,2% vs 43,9% delle donne), tra le infermiere prevale l'emarginazione e l'insofferenza da parte dei colleghi (33,3% vs 25% degli uomini). Inoltre, le infermiere riferiscono affaticamento, usura fisica e difficoltà nello svolgimento del proprio lavoro in percentuale maggiore dei loro colleghi, ma anche un più diffuso apprezzamento per le proprie capacità lavorative. A tutti i partecipanti all'indagine è stato poi chiesto quali aspetti del loro lavoro ritenessero poter diventare più faticosi o rischiosi all'aumentare dell'età e quali le relazioni più difficili da gestire.

In merito all'aumento della fatica e del rischio, la figura 5.11 ci mostra come l'intensità dei ritmi di lavoro e il turno di notte siano considerati i principali fattori di affaticamento per i lavoratori maturi (rispettivamente 67,1% e 56,4%).

Figura 5.11 Nel tuo lavoro cosa diventa più faticoso/rischioso superati i 50 anni – incidenza di risposte affermative per sesso ed età

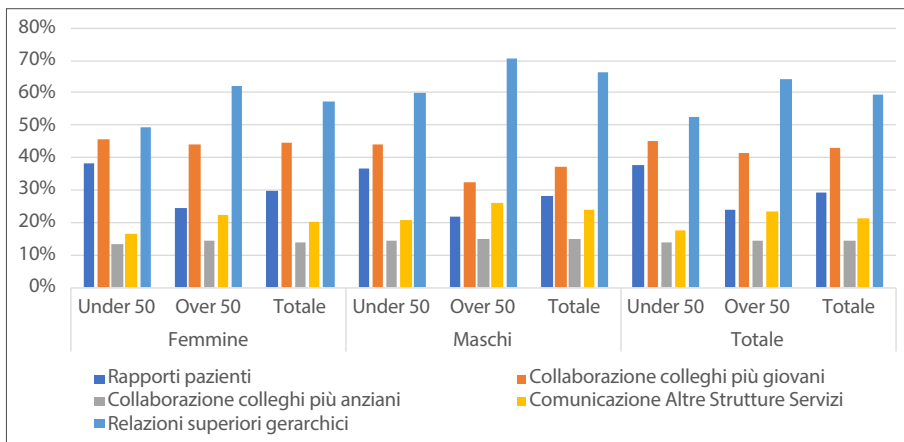


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Segue a una certa distanza lo sforzo fisico, che registra un'incidenza più significativa tra le donne (44,3% vs 35,7% degli uomini) e le ore di straordinario/turni supplementari, maggiormente temuti dagli ultracinquantenni (39,9% vs 31,5% degli under 50). Significative anche le percentuali di quanti considerano il lavoro a turni come un fattore di aggravio/rischio dopo i 50 anni. Gli spostamenti quotidiani casa-lavoro si attestano al 12% e, tra gli uomini, anche il lavoro nei giorni festivi (12,5% vs il 7,5% delle donne).

In merito alle difficoltà nella gestione delle relazioni, la figura 5.12 mostra una criticità nel rapporto con i superiori gerarchici, pensato come più problematico per i lavoratori maturi da circa il 59,6% dei rispondenti; segue il rapporto con i colleghi più giovani (42,9%), quello con i pazienti (29,2%) e la comunicazione con le altre strutture e servizi del territorio (21,2%). Meno problematico appare il rapporto con i colleghi più anziani, che registra il 14,2% di risposte affermative. Si evidenzia, tuttavia, una divergenza tra le due classi di età considerate, rispetto alle relazioni con i superiori gerarchici, soggette a un peggioramento soprattutto secondo l'opinione degli ultracinquantenni.

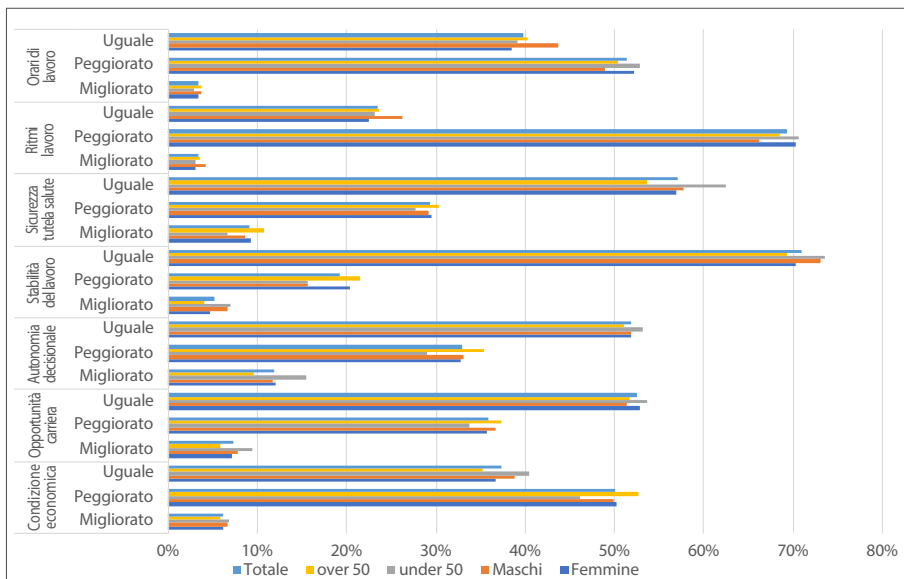
Figura 5.12 Nel tuo lavoro cosa diventa più difficile gestire superati i 50 anni – incidenza di risposte affermative per sesso ed età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Infine, è stato chiesto a tutti i rispondenti se e come pensano che cambieranno le proprie condizioni di lavoro nei prossimi cinque anni. La figura 5.13 mostra l'incidenza delle risposte per sesso ed età rispetto alle medesime determinanti considerate per valutare i cambiamenti intervenuti nel passato fino ad oggi.

Figura 5.13 Previsioni di cambiamento delle condizioni di lavoro nei prossimi 5 anni – incidenza per sesso ed età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Le aspettative rispetto all'evoluzione futura del proprio lavoro appaiono complessivamente pessimistiche. Infatti, se più del 70% dei rispondenti pensa che rimarrà uguale la stabilità dell'occupazione, oltre la metà ritiene che non cambieranno in meglio la sicurezza e la tutela della salute (57,1%), le opportunità di carriera (52,5%) e l'autonomia decisionale (51,8%). Ma soprattutto si evidenziano significative percentuali tra quanti prevedono un ulteriore peggioramento dei ritmi di lavoro (69,3%), degli orari (51,4%) e delle condizioni economiche (50,1%). Fanno eccezione gli under 50 che prevedono in percentuale maggiore un miglioramento dell'autonomia decisionale (15,5% vs 9,6% degli ultracinquantenni), oltre che della stabilità del lavoro (7% vs 4%) probabilmente a causa del prevalere di situazioni occupazionali già consolidate tra i lavoratori più maturi e delle opportunità di assunzione offerte dal PNRR.

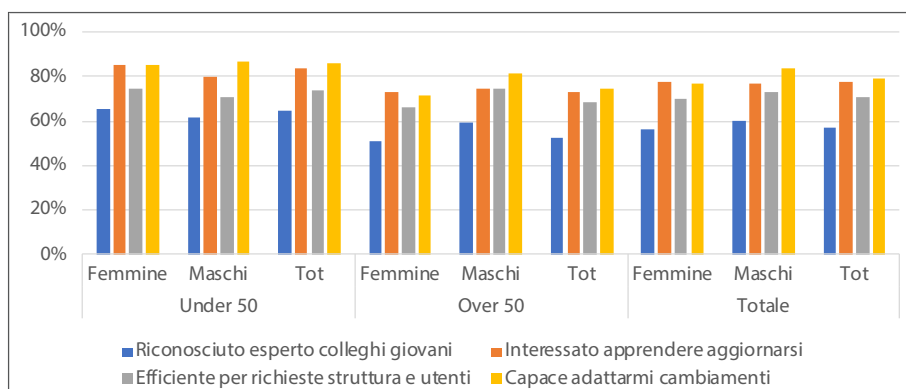
Da un'analisi di dettaglio dei dati per titolo di studio, tipo di lavoro dipendente e anni di esperienza lavorativa, si rileva una maggiore incidenza di previsioni pessimistiche – anche rispetto ai fattori più critici per tutti, come condizione economica, ritmi e orari di lavoro – tra i lavoratori a tempo indeterminato, con più anni di esperienza e diploma. Le previsioni di miglioramento, in genere poco rilevanti, registrano un'incidenza più elevata tra i lavoratori dipendenti a tempo determinato, in particolare per quanto riguarda la stabilità del lavoro (32,3% vs 4,3% dei tempi indeterminati e 5,4% del totale dei rispondenti), dimostrando un sentimento di discreta fiducia nelle prospettive di sviluppo occupazionale nel settore per i prossimi anni, confermate anche dalle aspettative di miglioramento per le opportunità di carriera e le condizioni economiche, soprattutto tra i lavoratori più istruiti.

In relazione all'area geografica e alla tipologia di struttura, si evidenzia che coloro che hanno già vissuto un peggioramento delle condizioni di lavoro da quando hanno iniziato a svolgerlo sono anche i più pessimisti rispetto alle previsioni di evoluzione futura. Infatti, infermieri/e delle strutture pubbliche prevedono un peggioramento in percentuale superiore ai colleghi del privato e dei servizi in convenzione per quanto riguarda il trattamento economico, lo sviluppo di carriera e l'autonomia decisionale; l'incidenza dei pessimisti nel pubblico è significativa anche per i ritmi e gli orari di lavoro, benché risulti più elevata tra gli operatori delle strutture private accreditate. Nel settore privato, invece, si riscontrano percentuali più significative di aspettative positive, in particolare per la stabilità del lavoro, le opportunità di carriera e l'autonomia decisionale.

Gli infermieri partecipanti alla rilevazione sono stati sollecitati anche a pensare al futuro della propria vita professionale e a immaginare se, col passare degli anni,

saranno sempre capaci di soddisfare le richieste delle strutture e dell'utenza; se riusciranno a mantenersi aggiornati, ad adattarsi ai cambiamenti del lavoro e a divenire un punto di riferimento per i colleghi più giovani, grazie alla loro esperienza. Le risposte affermativo superano tutte il 50%, evidenziando un buon livello di ottimismo, soprattutto per quel che riguarda la capacità di adattarsi ai cambiamenti (78,8% del totale delle risposte), l'interesse a continuare ad apprendere e mantenersi aggiornati (77,4%) e l'efficienza nel rispondere alle richieste delle strutture e degli utenti (70,5%), un po' meno per la possibilità di essere considerati esperti dai colleghi più giovani (57,4%). Tuttavia, l'analisi dei dati per genere ed età mette in luce una minore fiducia tra gli ultracinquantenni, in particolare tra le donne, che registrano le percentuali più basse di risposte affermativo rispetto al vedere riconosciuta la propria esperienza dai colleghi più giovani, al mantenimento dei livelli di efficienza richiesti e alla capacità di mantenersi aggiornate (figura 5.14).

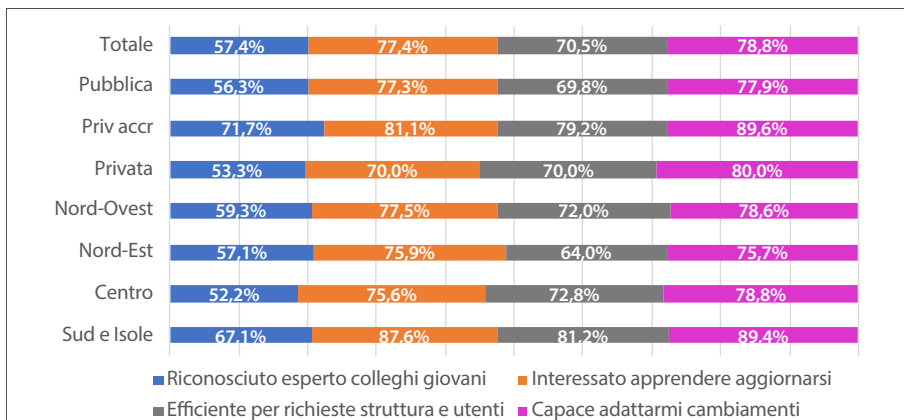
Figura 5.14 Come ti immagini tra cinque anni – incidenza risposte affermativo per genere ed età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Considerando la distribuzione delle risposte affermativo per tipo di struttura e area geografica, si osserva in primo luogo che l'incidenza più elevata di risposte affermativo si ha nelle strutture private accreditate rispetto alle pubbliche e alle private per tutti gli aspetti considerati. Inoltre, si rilevano percentuali maggiori tra i rispondenti under 50, in particolare per la capacità di adattarsi ai cambiamenti, che nei servizi privati accreditati supera il 90% (figura 5.15).

Figura 5.15 Come ti immagini tra cinque anni – incidenza risposte affermative per area geografica e tipo di struttura

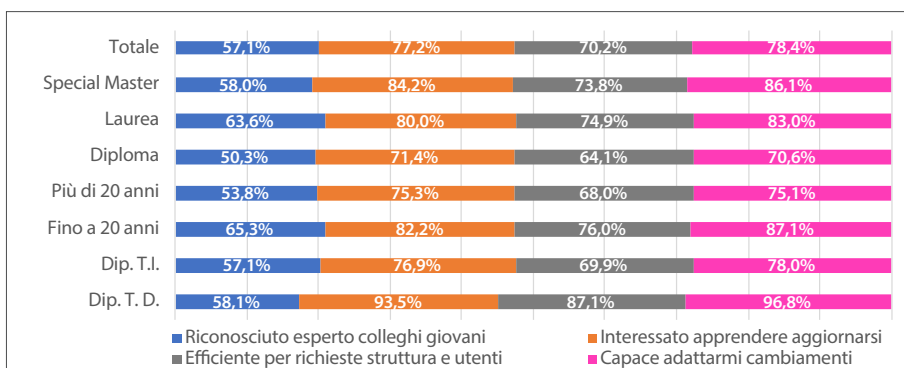


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Per tutti gli aspetti considerati il Sud e le Isole mostrano percentuali più elevate di risposte affermative rispetto agli altri territori, in particolare tra gli under 50 rispetto ai colleghi ultracinquantenni delle medesime regioni. Al Centro si evidenzia l'incidenza più bassa per il riconoscimento dell'esperienza (52,2%), al Nord-Est per la capacità di rispondere alle richieste di strutture e utenti (64%) e di adattarsi ai cambiamenti (75,7%)

L'analisi delle risposte affermative per tipologia di lavoro dipendente, anni di esperienza e titolo di studio (figura 5.16), mostra percentuali inferiori per gli operatori con contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, in possesso del solo diploma e con più di 20 anni di esperienza lavorativa.

Figura 5.16 Come ti immagini tra cinque anni – incidenza risposte affermative per anni di esperienza lavorativa, titolo di studio e tipologia di lavoro dipendente



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tra i lavoratori a tempo determinato si osservano incidenze molto elevate di previsioni positive, in particolare per quello che riguarda la capacità di adattamento e l'interesse a continuare ad apprendere e tenersi aggiornati, che sfiorano la totalità di risposte positive, nonché il rimanere efficienti rispetto alle richieste delle strutture e dell'utenza, che supera l'87%. Il riconoscimento dell'esperienza da parte dei colleghi si conferma come l'aspetto meno positivo nelle previsioni dei rispondenti, anche tra coloro in possesso di un titolo di studio superiore alla laurea, fermi al 58% di risposte affermative contro il 63,6% dei laureati, con uno scarto minore di 8 p.p. rispetto ai semplici diplomati.

5.3 L'uscita dal lavoro

La fase di ritiro dal lavoro è stata indagata in primo luogo a livello soggettivo, chiedendo a infermiere e infermieri tra quanto tempo prevedessero di andare in pensione e se fossero interessati a ritirarsi in anticipo, pur rinunciando a una quota percentuale dell'assegno mensile.

A livello di organizzazione lavorativa, in considerazione della contrazione subita dal personale sanitario negli ultimi anni (cfr. paragrafo 1.1) e della generale carenza di personale infermieristico, destinata ad aggravarsi per effetto dei progressivi pensionamenti della numerosa generazione del baby-boom, si è esplorato anche il fenomeno del richiamo in servizio di personale già a riposo e gli eventuali timori o aspettative dei rispondenti rispetto al trend di pensionamenti attesi nei prossimi anni. Come si può osservare dalla tabella 5.1, più di un rispondente su cinque prevede di ritirarsi entro cinque anni, circa il 30% entro dieci e l'incidenza dei prossimi pensionamenti è più elevata tra le donne.

Tabella 5.1 Tra quanto tempo prevedi di andare in pensione – percentuali per genere ed età

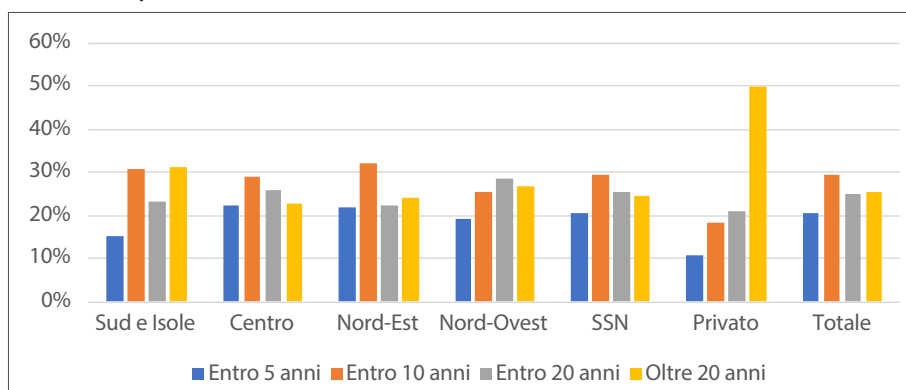
	Femmina			Maschio			Totale		
	Under 50	Over 50	Tot. F	Under 50	Over 50	Tot. M	Under 50	Over 50	Totale
Entro 5 anni	-	35,6%	22,1%	12,1%	26,7%	15,4%	-	33,5%	20,4%
Entro 10 anni	4,9%	45,2%	29,9%	40,2%	44,9%	26,9%	4,2%	45,1%	29,2%
Entro 20 anni	34,5%	18,3%	24,4%	28,0%	28,0%	27,1%	32,2%	20,5%	25,1%
Oltre 20 anni	60,6%	0,9%	23,6%	19,7%	0,4%	30,6%	63,6%	0,8%	25,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Inoltre, circa la metà dei rispondenti prevede di ritirarsi dal lavoro entro il 2032 (78,6% degli ultracinquantenni: 80,8% delle donne e 71,6% degli uomini), poco meno del 75% entro il 2042 (oltre il 76% delle donne e circa il 70% degli uomini). Si tratta di percentuali importanti che, in assenza di un efficiente meccanismo di turnover, preannunciano un serio depauperamento dei servizi e, con l'aumento della domanda di cura e assistenza connessa all'invecchiamento demografico, potrebbero amplificare i fenomeni di *labour shortage* già in atto in questo settore.

L'analisi di queste risposte per area geografica e per tipologia di struttura (figura 5.17) evidenzia innanzitutto l'elevata incidenza di pensionamenti a breve termine previsti nel Servizio sanitario nazionale, che comprende strutture pubbliche e private in convenzione, rispetto alla sanità privata (20,7% vs 10,5% entro cinque anni). Complessivamente, entro il 2032 prevede di ritirarsi più della metà degli infermieri che al momento della rilevazione operava nel SSN a fronte di una percentuale inferiore al 30% tra gli operatori delle strutture private non accreditate.

Figura 5.17 Tra quanto tempo prevedi di andare in pensione – incidenza per area geografica e tipo di struttura



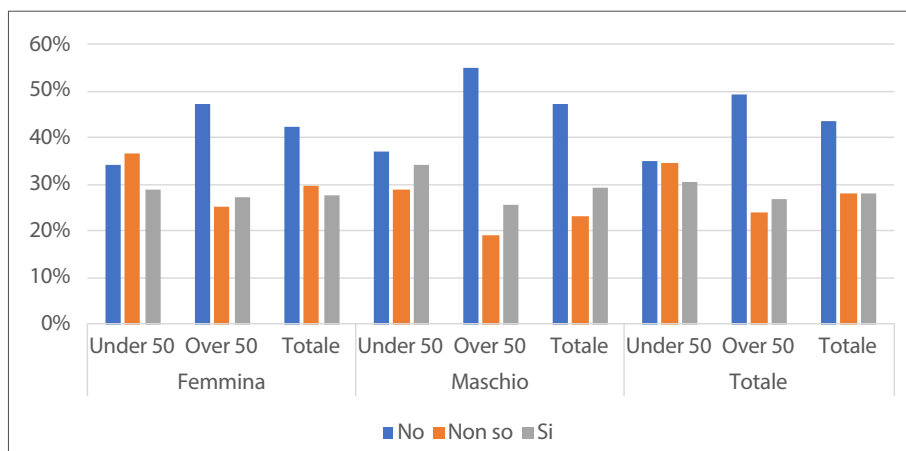
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Ma se questa è la tempistica dei pensionamenti realisticamente ipotizzata dai rispondenti, sulla base del presunto raggiungimento dei requisiti di legge, qual è il livello di 'saturazione' del personale infermieristico nel nostro Paese? Quanti desidererebbero anticipare l'uscita dal lavoro anche a costo di subire una riduzione dell'assegno pensionistico?

La figura 5.18 mostra che, nonostante sia più elevata la percentuale dei contrari, senza distinzioni di genere e di età, oltre che significativa quella degli incerti, l'incidenza delle risposte affermative è per tutti vicina al 30%, arrivando a toccare il valore massimo

tra gli uomini che non hanno ancora compiuto 50 anni (34%). Se ne può dedurre che, più dei lavoratori vicini alla pensione, attratti dall'idea di ritirarsi prima del tempo perché già molto stanchi, siano maggiormente interessati i lavoratori ancora nel pieno della loro vita professionale, forse perché preoccupati dalla prospettiva di una permanenza al lavoro ancora lunga e difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

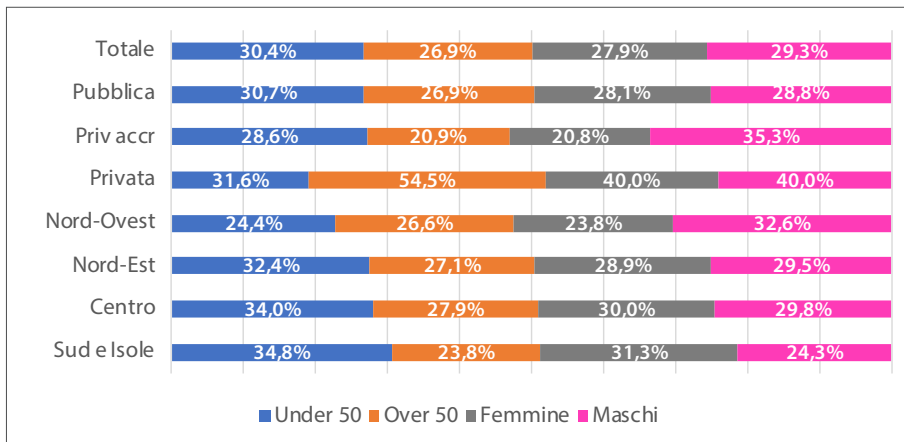
Figura 5.18 Saresti disposto ad andare in pensione in anticipo con un assegno mensile ridotto del 20%-30 – incidenza per sesso ed età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

L'analisi di questi dati per area geografica e tipologia di struttura (figura 5.19) evidenzia una prevalenza di consensi tra gli under 50 (30,4% vs 26,9% tra gli over 50), ad eccezione delle regioni del Nord-Ovest, dove lo scarto tra le due classi di età considerate è leggermente a favore degli ultracinquantenni (+2,2 p.p.), ma soprattutto delle strutture private, dove il medesimo scarto è molto significativo (54,5% over 50 vs 31,6% under 50). Si osserva inoltre che, mentre nelle regioni del Sud e delle Isole la percentuale delle risposte affermative prevale tra le donne (31,3% vs 24,3% tra gli uomini), nel Nord-Ovest e nelle strutture private accreditate il consenso è più elevato tra gli uomini (rispettivamente: 32,6% vs 23,8% delle donne e 35,3% vs 20,8%).

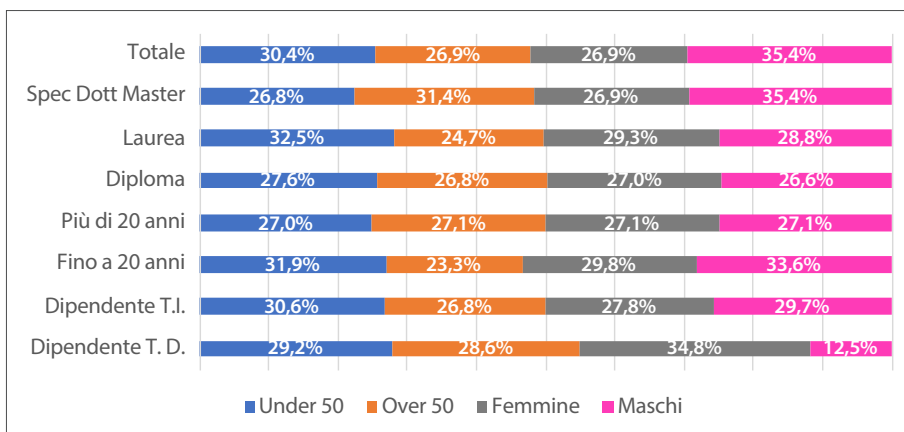
Figura 5.19 Saresti disposto ad andare in pensione in anticipo con un assegno mensile ridotto del 20%-30% – incidenza dei 'si' per area geografica e tipologia di struttura



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

La figura 5.20 mostra, invece, l'incidenza dei favorevoli in base a titolo di studio, anni di esperienza e tipologia di lavoro dipendente. Osserviamo una differenza, legata al genere più che all'età, tra lavoratori temporanei e permanenti, dal momento che tra le donne l'incidenza delle risposte affermative è più elevata tra le lavoratrici a tempo determinato (34,8% vs 27,8% T.I.), mentre tra gli uomini prevale tra i lavoratori stabili (29,7% vs 12,5% T.D.) e tra coloro che sono in possesso di un titolo di studio superiore alla laurea (35,4% vs 28,8% dei laureati e 26,6% dei diplomati). Dalla distribuzione dei favorevoli al pensionamento anticipato in base agli anni di esperienza lavorativa, si evidenziano scostamenti abbastanza significativi rispetto all'età, con una prevalenza di risposte affermative tra gli under 50 entro i vent'anni di esperienza (32% circa vs 27% con più di vent'anni) e tra gli ultracinquantenni che lavorano da oltre vent'anni (27,1% vs 23,3%); dati che sembrano confermare gli elevati livelli di fatica e il trend negativo delle condizioni di lavoro già evidenziati nei paragrafi precedenti di questo capitolo.

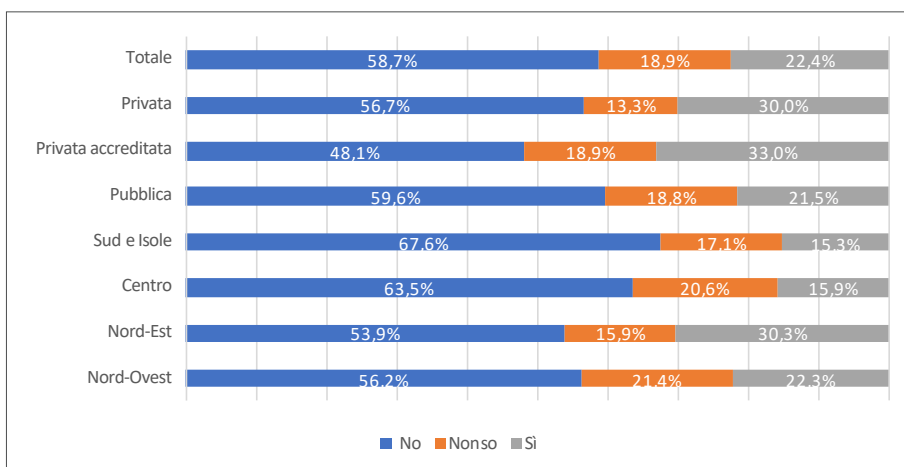
Figura 5.20 Saresti disposto ad andare in pensione in anticipo con un assegno ridotto del 20%-30% – incidenza dei ‘sì’ per titolo di studio, anni di esperienza e tipologia di lavoro dipendente



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

In relazione al fenomeno del richiamo in servizio di personale già in pensione, si rileva che complessivamente è stato osservato da oltre un quinto dei rispondenti (figura 5.21); inoltre, prevale nel settore privato, sia in convenzione col SSN, sia nel libero mercato (entrambi oltre il 30% rispetto al 21% del settore pubblico) e nelle strutture localizzate nelle regioni del Nord-Est (oltre 30% vs 22,3% nel Nord-Ovest, 15,9% nel Centro e 15,3% nel Sud e Isole).

Figura 5.21 Nella struttura in cui lavori è stato richiamato in servizio personale già in pensione



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Vediamo, infine, in che modo infermieri/e vivono la prospettiva dei numerosi pensionamenti attesi nei prossimi dieci anni e se la considerano più come un’opportunità o come una criticità per il futuro della struttura nella quale svolgono la loro attività lavorativa prevalente (tabella 5.2).

Tabella 5.2 I pensionamenti che ci saranno nei prossimi 5 anni nella tua struttura, secondo te, saranno – incidenza delle risposte affermative per sesso ed età

	Femmina			Maschio			Totale		
	Under 50	Over 50	Tot. F	Under 50	Over 50	Tot. M	Under 50	Over 50	TOT.
Perdita esperienza nel trattamento pazienti	59,3%	69,2%	65,4%	56,1%	76,7%	68,0%	58,4%	70,9%	66,1%
Opportunità imparare da colleghi anziani	61,7%	72,5%	68,4%	61,3%	70,3%	66,5%	61,6%	72,0%	67,9%
Diminuzione valore attrattiva struttura	23,5%	39,1%	33,2%	28,3%	46,2%	38,6%	24,8%	40,8%	34,5%
Occasione velocizzare innovazione e digit.	50,2%	49,0%	49,4%	49,1%	40,7%	44,3%	49,9%	47,0%	48,2%
Sovraccarico lavoro per chi resta	71,0%	74,5%	73,2%	78,6%	80,5%	79,7%	73,0%	75,9%	74,8%
Opportunità di carriera per chi resta	24,4%	18,8%	20,9%	20,8%	14,8%	17,4%	23,4%	17,9%	20,0%
Opportunità per ‘svecchiare’ personale	55,9%	61,9%	59,6%	63,0%	65,3%	64,3%	57,8%	62,7%	60,8%

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

In primo luogo, osserviamo che l’aspetto meno preoccupante riguarda l’eventualità di una complessiva perdita di valore e di capacità di attrazione della struttura verso l’utenza, che comunque supera il 34% di risposte affermative.

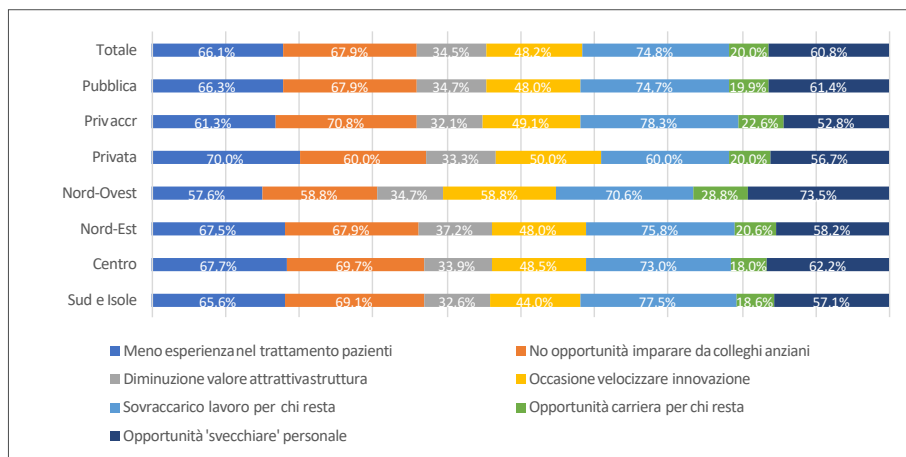
I lavoratori maturi appaiono più sensibili a quei cambiamenti che possono essere considerati problematici in un’ottica che presuppone la loro valorizzazione; ad esempio, perdere l’opportunità di imparare dai lavoratori più anziani (72% tra gli ultracinquantenni vs 61,6% degli under 50), o l’esperienza nel trattamento dei pazienti (70,9% vs 58,4%), ma con la consapevolezza che si possa trattare anche di una occasione per ‘svecchiare’ il personale (63% c.a. vs 58% c.a. degli under 50).

I lavoratori più giovani, invece, sono maggiormente orientati a considerare la progressiva uscita di scena dei colleghi anziani come un’opportunità di carriera per coloro che restano in servizio (23,4% vs 17,9% degli over 50), ma è bene evidenziare che questo tipo di cambiamento ha registrato la percentuale più bassa di risposte affermative sul totale dei rispondenti.

Invece la criticità sulla quale convergono le risposte affermative, senza distinzioni

di età, è legata al timore che si verifichi un sovraccarico di lavoro per chi resta (74,8%). L'aumento del carico di lavoro come cambiamento più temuto è confermato anche dalla distribuzione delle risposte affermative per tipologia di struttura e area geografica (figura 5.22) e da quella per tipologia di lavoro dipendente, anni di esperienza lavorativa e titolo di studio (figura 5.23).

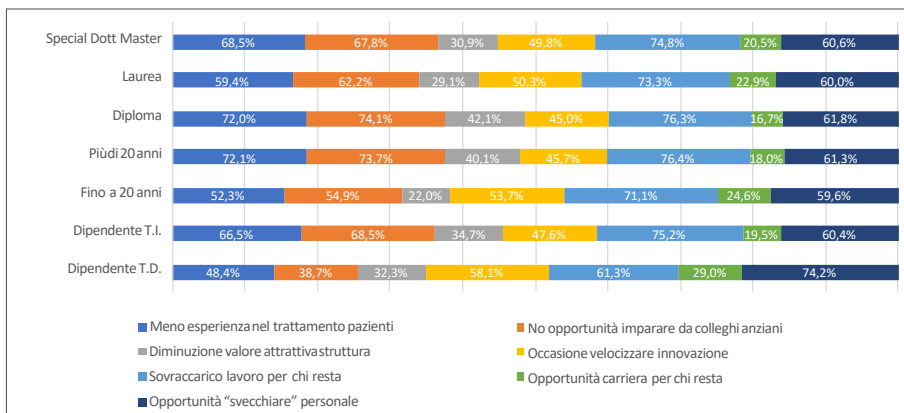
Figura 5.22 I pensionamenti che ci saranno nei prossimi 5 anni nella tua struttura, secondo te, saranno – Incidenza dei 'sì' per area geografica e tipo di struttura/servizio



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

In particolare, tale incidenza è più elevata tra i rispondenti delle strutture private accreditate (78,3% vs 74,7% delle pubbliche e 60% delle private) e delle regioni del Sud-Isole (77,5% vs 75,8 del Nord-Est, 73% del Centro e 70,6% del Nord-Ovest); ma anche tra i diplomati (76,3% vs 73,3% dei laureati e 74,8% degli specializzati), tra quanti lavorano da più di venti anni (76,4% vs 71,1% fino a vent'anni) e in particolare tra i dipendenti a tempo indeterminato rispetto ai temporanei (75,2% vs 61,3%). Si evidenzia una visione più 'ottimistica' nelle regioni del Nord-Ovest, dove risulta più bassa rispetto al totale la percentuale di risposte affermative per la perdita di esperienza (57,6% vs 66,1%) e per la mancata opportunità di imparare dai più anziani (58,8% vs 67,9%). Queste possibili criticità prevalgono anche tra i rispondenti che operano nelle strutture private (rispettivamente 70% nelle private la prima, 70,8% delle private accreditate la seconda), mentre i rispondenti del settore pubblico considerano maggiormente l'opportunità di svecchiare il personale (61,4% vs 56,7% del settore privato e 52,8% del privato accreditato).

Figura 5.23 I pensionamenti che ci saranno nei prossimi 5 anni nella tua struttura, secondo te, saranno – incidenza risposte affermative per titolo di studio, anni di esperienza lavorativa e tipologia di lavoro dipendente



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Si osserva infine, che la perdita di esperienza nel trattamento dei pazienti e la mancata opportunità di imparare dai colleghi più anziani sono segnalati in prevalenza dai dipendenti a tempo indeterminato rispetto ai temporanei (rispettivamente: 66,5% vs 48,4% e 68,5% vs 38,7%), da coloro che lavorano da più di vent'anni confrontati ai meno esperti (rispettivamente: 72,1% vs 52,3% e 73,7% vs 54,9%) e sono in possesso del solo diploma (rispettivamente: 72% vs 59,4% con laurea e 68,5% con titolo superiore; 74,1% vs 62,2% e 67,8%).

5.4 Emergenza pandemica e priorità di rinnovamento nei servizi sanitari

La rilevazione è stata realizzata quando la crisi pandemica, seppur ancora in corso, iniziava a risolversi ed erano in pieno svolgimento ampie riflessioni e dibattiti sulla capacità di tenuta dei nostri servizi sanitari, sui punti di forza e sulle numerose criticità e debolezze messi inesorabilmente in luce soprattutto nella prima e più drammatica fase dell'emergenza, sui principali cambiamenti da essa determinati e sulle opportunità di rinnovamento e riforma del Servizio sanitario nazionale offerte anche dalle risorse messe in campo dal Recovery Plan.

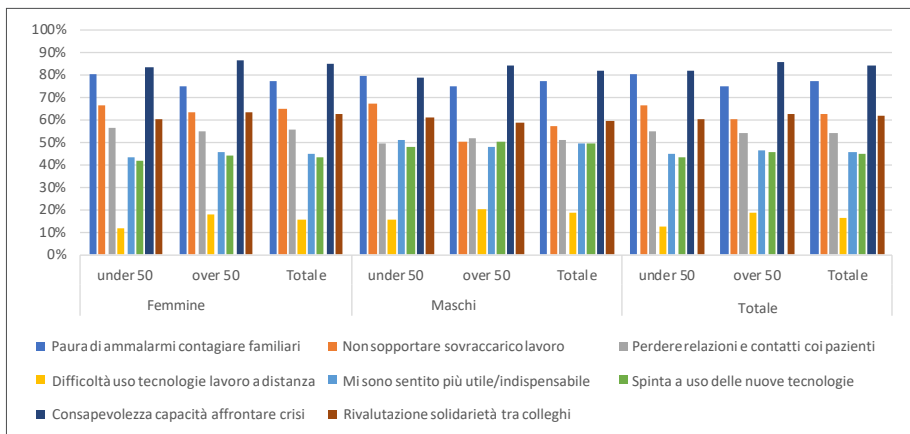
Per questo motivo, alcune domande del questionario erano finalizzate a indagare sull'esperienza vissuta da infermiere e infermieri con l'avvento del Covid-19, sui cambiamenti delle condizioni e dell'ambiente di lavoro, nonché sulle opinioni, le

aspettative e le speranze legate alle previsioni dei prossimi investimenti da realizzare nel settore salute, in attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Se analizziamo le risposte date dai partecipanti alla rilevazione rispetto ai fattori che hanno condizionato il proprio modo di vivere il lavoro durante la pandemia (figura 5.24), osserviamo in primo luogo che l'incidenza più elevata di risposte affermative è riferita a un aspetto positivo: la resilienza, cioè l'aver acquisito consapevolezza della propria capacità di affrontare situazioni di grave crisi (84,2%), soprattutto tra gli ultracinquantenni, sia donne che uomini.

Segue, a distanza di circa 8 p.p., il timore di ammalarsi e/o di contagiare i propri familiari (76,9%), ma in questo caso si evidenzia un significativo scarto tra le due classi di età, con percentuali che superano l'80% tra gli under 50 di entrambi i sessi, probabilmente a causa delle esigenze di isolamento sociale che ha costretto molti lavoratori-genitori a rimanere lontani dai propri figli e dagli altri familiari.

Figura 5.24 Cosa ha condizionato il modo di vivere il tuo lavoro durante la pandemia – incidenza percentuale risposte affermative per sesso e due classi di età



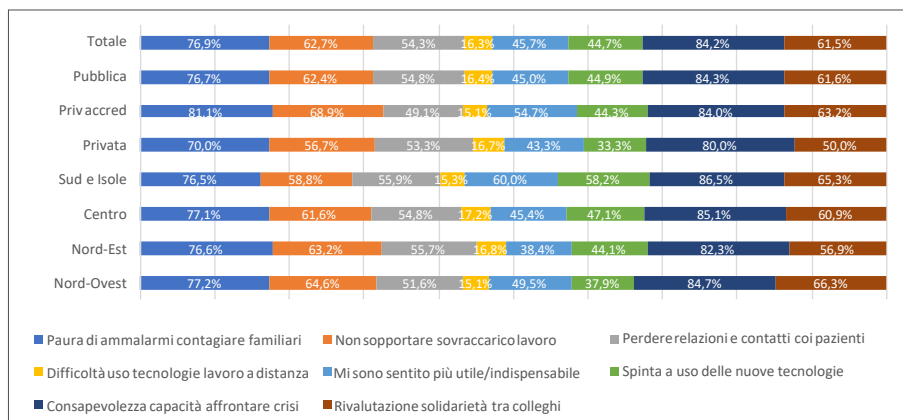
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Con percentuali molto simili per il totale dei rispondenti, troviamo poi un aspetto negativo e uno positivo: il timore di non riuscire a sopportare il sovraccarico di lavoro (62,7%) e la rivalutazione della solidarietà tra colleghi (61,5%). Ancora con percentuali superiori al 50%, segue la paura di perdere la relazione e il contatto con i pazienti (54,3%). Percentuali inferiori alla metà dei rispondenti e molto vicine tra loro si registrano per l'essersi sentito più utile/indispensabile (45,7%) e per aver ricevuto una spinta all'uso delle tecnologie (44,7%), entrambi più diffusi tra gli uomini (49,1%). Interessante, per i temi trattati da questa ricerca, il dato relativo alle

eventuali difficoltà riscontrate nell'uso di nuove tecnologie per lavorare a distanza, pari a 16,3%, quindi al valore più basso della distribuzione di risposte affermative, forse anche perché, essendo i rispondenti prevalentemente dipendenti in contesti ospedalieri, erano impegnati in presenza anche durante la pandemia. Comunque, da questi ultimi dati emerge un approccio alle nuove tecnologie più difficile per i lavoratori più maturi (18,7% over 50 vs 12,6% under 50), sia donne (18,1% vs 11,4%) che uomini (20,3% vs 15,6%).

La distribuzione delle risposte affermative per tipologia di struttura evidenzia in generale un maggiore disagio per i rispondenti che operavano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, quindi nelle strutture pubbliche o private accreditate, in particolare per il timore di ammalarsi, di contagiare i propri familiari e di non riuscire a sopportare il sovraccarico di lavoro, cui corrisponde anche un'incidenza più elevata dei fattori positivi, come la resilienza e la solidarietà tra colleghi (figura 5.25). Dall'analisi dei dati in base all'area geografica, invece, emerge un quadro leggermente più positivo nel Meridione, in particolare in relazione all'essersi sentiti più utili o indispensabili (60% vs 45,7% del totale) e la spinta all'uso delle nuove tecnologie (58,2% vs 44,7%); al contrario, nel Nord-Est solo il 38,4% dei rispondenti ha percepito un'accresciuta utilità del suo ruolo e nel Nord-Ovest solo il 37,9% pensa di essere stato sollecitato a sfruttare l'innovazione tecnologica.

Figura 5.25 Cosa ha condizionato il modo di vivere il tuo lavoro durante la pandemia – incidenza risposte affermative per area geografica e tipologia di struttura

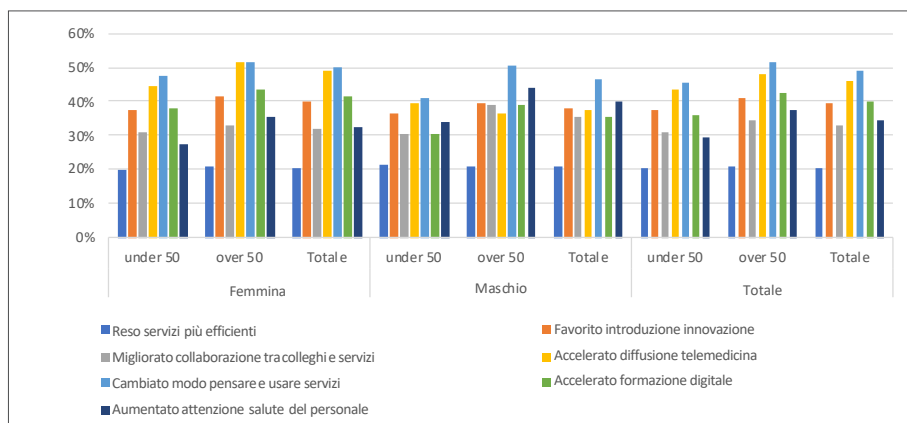


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Passando ad analizzare quali sono stati i cambiamenti determinati dal Covid-19 nell'ambiente di lavoro, osserviamo in primo luogo che la distribuzione delle risposte afferma-

tive è più uniforme, l'incidenza non supera in nessun caso il 50% e l'aspetto sul quale converge la maggioranza dei consensi fa riferimento a un diverso modo di pensare e utilizzare i servizi (49,1%), prevalente tra gli ultracinquantenni (51,3% vs 45,7% degli under 50). Segue l'accelerazione nell'introduzione di strumenti di telemedicina (46%), anche in questo caso prevalente tra gli over 50 (47,8% vs 43,3%), ma in virtù dello scarto positivo nella componente femminile (51,3% donne over 50 vs 44,7% under 50). Si osservano poi, con valori percentuali molto vicini, altre due tipologie di cambiamenti connessi allo sviluppo tecnologico: aver accelerato la formazione sulle competenze digitali (40%) e aver favorito l'introduzione di innovazione (39,6%), ancora una volta maggiormente ricorrenti tra i lavoratori più maturi e, nel caso della prima, soprattutto tra gli uomini (39% over 50 vs 30,6% under 50). In coda alla distribuzione troviamo l'aumentata attenzione alla salute del personale (34,3%) e la migliore collaborazione tra colleghi e tra servizi (32,9%), percepite soprattutto dagli ultracinquantenni (rispettivamente 37,5% e 34,3%); e infine, l'aver reso più efficienti i servizi, osservata da circa un rispondente su cinque, senza distinzioni degne di nota per età e genere (figura 5.26).

Figura 5.26 Cambiamenti determinati dal Covid-19 nel tuo ambiente di lavoro – incidenza risposte affermative per sesso e due classi di età



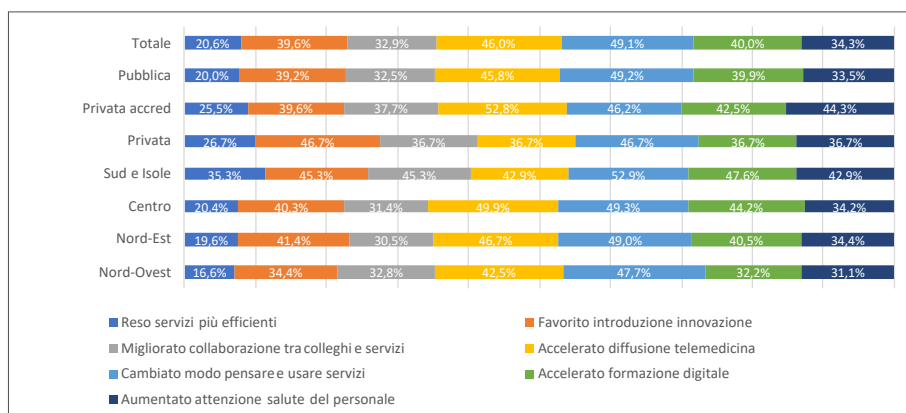
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

La distribuzione delle risposte per tipologia di struttura e area geografica (figura 5.27) mostra, in questo caso, un'incidenza più elevata nelle strutture private, soprattutto nel libero mercato dove il 25,5% dei rispondenti ritiene che l'emergenza pandemica abbia reso i servizi più efficienti (vs 20% del totale), il 46,7% che abbia favorito l'introduzione di innovazione (vs 39,6%), il 36,7% che abbia migliorato la collaborazione tra colleghi e servizi (vs 32,9%).

Tra gli operatori delle strutture private convenzionate, il 52,8% ritiene che si sia accelerata la diffusione della telemedicina (vs 46% del totale) e il 44,3% che sia aumentata l'attenzione alla salute dei dipendenti (vs 34,3%), mentre questi fattori ottengono l'incidenza più bassa nelle strutture private non convenzionate.

Tra gli operatori delle strutture pubbliche nessuno dei cambiamenti ipotizzati supera il 50% di risposte affermative, arrivando all'incidenza massima del 49,2% in relazione al modo di pensare e utilizzare i servizi. Le regioni del Sud e delle Isole mostrano la percezione di un balzo in avanti in diversi ambiti: servizi divenuti più efficienti (35,3% vs 20,6% del totale), migliore collaborazione tra colleghi e servizi (45,3% vs 32,9%), aumentata attenzione alla salute dei lavoratori (42,9% vs 34,3%), più formazione per le competenze digitali (47,6% vs 40%) e innovazione favorita (45,3% vs 39,6%). Valori minimi si riscontrano, al contrario, nel Nord-Ovest in relazione all'innovazione (34,4%), all'efficienza dei servizi (16,6%) e alla formazione nell'ambito delle tecnologie digitali (32,2%).

Figura 5.27 Cambiamenti determinati dal Covid-19 nel tuo ambiente di lavoro – incidenza risposte affermative per area geografica e tipologia di struttura

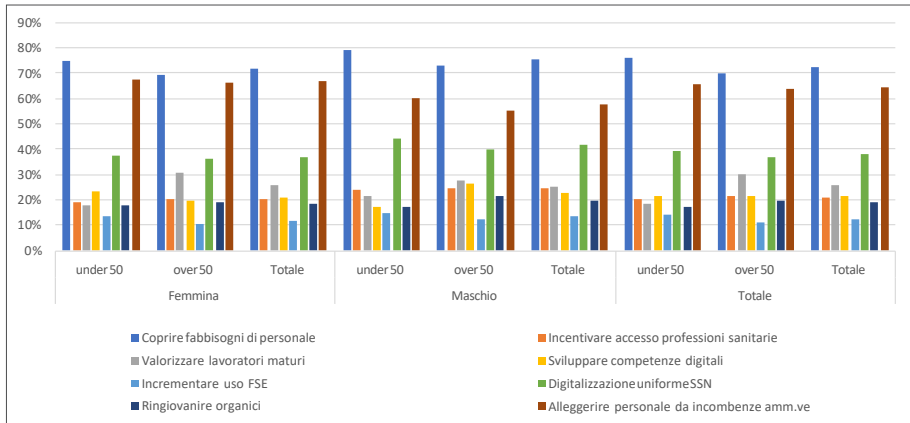


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

A chiusura di questo capitolo dedicato alle condizioni di lavoro, vediamo in che modo infermieri e infermiere considerano più urgente o più importante intervenire per migliorare l'efficienza dei nostri servizi sanitari (figura 5.28).

L'incidenza maggiore delle risposte converge per tutti (72,5%), ma soprattutto per gli under 50 (76,1%) e, in particolare, per gli uomini (79,2%), sulla necessità di conoscere bene il fabbisogno di personale nelle diverse strutture e nei differenti tipi di servizio, così da riuscire a ricoprirlo con adeguati interventi di reclutamento di nuove risorse.

Figura 5.28 Secondo te cosa è più importante/urgente fare per rendere più efficienti i servizi sanitari – incidenza risposte affermative per sesso e due classi di età



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Questa concentrazione di risposte affermative sull'esigenza prioritaria di ampliare gli organici appare coerente con lo scenario di sovraccarico e gravosità del lavoro emerso dai dati analizzati in precedenza (cfr. paragrafo 5.1), ma anche con la seconda priorità di intervento identificata: alleggerire il personale dalle incombenze amministrative e burocratiche (64,6%).

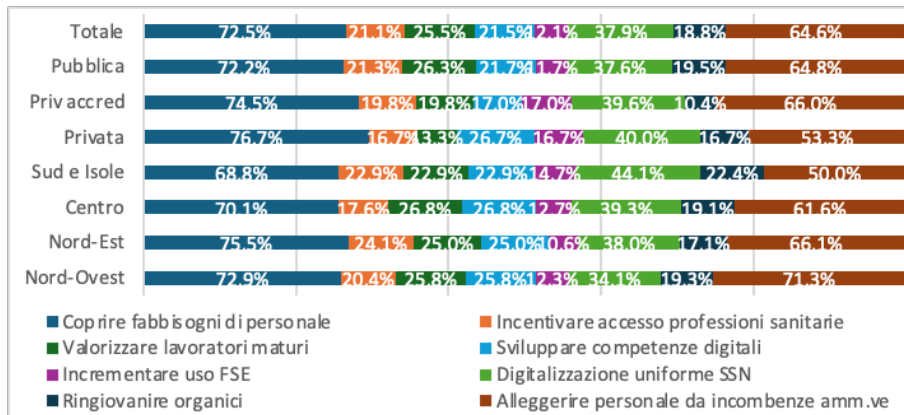
Come riferito anche dagli stakeholder intervistati in occasione della ricerca qualitativa realizzata nel 2020, gli adempimenti amministrativi avrebbero occupato nel corso degli ultimi anni sempre più spazio, sottraendo agli operatori buona parte del tempo da dedicare alla cura e all'assistenza dei pazienti; in un contesto di carenza di personale, ciò contribuisce a peggiorare ulteriormente i livelli di efficienza dei servizi (Inapp *et al.* 2022).

Da collegare alla necessità di adeguare gli organici ai livelli della domanda di prestazioni sanitarie, sono anche le priorità riguardanti la valorizzazione dei lavoratori maturi (25,5%), affermata maggiormente dagli ultracinquantenni (30% vs 18,6% degli under 50), l'incentivazione dell'accesso alle professioni sanitarie, segnalata da più di un rispondente su cinque e l'abbassamento dell'età media degli operatori (18,8%), in relazione alla quale non si evidenziano scostamenti particolarmente significativi per genere ed età. Abbiamo poi alcuni interventi segnalati come prioritari in una prospettiva di sviluppo dell'innovazione tecnologica in sanità. Tra questi, l'incidenza maggiore di preferenze è stata accordata alla necessità di digitalizzare il SSN in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (37,9%), con un'incidenza maggiore tra gli uomini (41,8% vs 36,7%

delle donne), seguita a una discreta distanza percentuale dallo sviluppo delle competenze digitali del personale e degli utenti (21,5%) e infine dall'incremento dell'uso del Fascicolo sanitario elettronico - FSE (12,1%).

Alcune osservazioni conclusive emergono dall'analisi della distribuzione delle preferenze accordate alle urgenze/priorità per area geografica e tipologia di struttura (figura 5.29).

Figura 5.29 Secondo te cosa è più importante/urgente fare per rendere più efficienti i servizi sanitari – incidenza risposte affermative per area geografica e tipologia di struttura



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Nelle regioni del Sud e delle Isole è stata più ampiamente sottolineata l'importanza di digitalizzare il SSN in modo uniforme sul territorio nazionale (oltre 44% su 37,9% del totale); probabilmente gioca un ruolo il timore che gli investimenti nella sanità digitale possano non tener conto del diverso livello di maturità tecnologica dei territori e finiscano col lasciare indietro proprio il Meridione. In questa macroarea e nelle strutture private, si registra invece la minor incidenza di preferenze rispetto alla necessità di alleggerire il personale dalle incombenze burocratiche (rispettivamente 50% e 53,3% vs 64,6% del totale), che è invece più segnalata nella macroarea del Nord-Ovest (71,3%). Nelle regioni del Nord-Est prevale la necessità di coprire i fabbisogni di personale (75,5% vs 72,5%) e di incentivare l'accesso alle professioni sanitarie (24,1% vs 21,1%).

Tra gli operatori delle strutture private è più elevata la percentuale di coloro che considerano prioritaria la buona conoscenza e la copertura dei fabbisogni di risorse umane (76,7% vs 72,5 del totale), lo sviluppo delle competenze digitali del personale e degli utenti (26,7% vs 21,5% tot) e l'uso del FSE (16,7% nelle private e 17% nelle private accreditate vs 12,1% del totale).

Nelle strutture pubbliche, invece, gli scostamenti in positivo si concentrano sulla gestione dell'età, sia in termini di necessità di ringiovanire gli organici (19,5% vs 10,4% del privato accreditato e 16,7% del privato) che di valorizzare il personale maturo (26,3% vs 19,8% del privato accreditato e 13,3% del privato).

6 L'innovazione tecnologica

I contesti sanitari diventano sempre più ambienti tecnologicamente densi che impongono nuove relazioni tra il personale, le tecnologie e la strumentazione tecnologica. È un processo che coinvolge le diverse figure professionali del sistema, richiede inevitabilmente nuovi approcci organizzativi e professionali, nuove modalità e routine di lavoro, apprendimenti rapidi e la capacità di risolvere tempestivamente problemi insoliti (Scaratti 2022). In tale scenario è altrettanto importante rileggere e approfondire le competenze tecniche e trasversali degli operatori sociosanitari, ma anche la loro capacità di adattarsi ai continui e rapidi cambiamenti organizzativi e tecnologici (cfr. paragrafo 1.3).

Attraverso la ricerca realizzata nel 2022 si è cercato quindi di conoscere i livelli di diffusione delle tecnologie tra il personale infermieristico, le difficoltà riscontrate nel loro utilizzo, nonché di comprendere l'attitudine verso l'innovazione digitale, l'accettazione e l'atteggiamento verso le tecnologie. Ulteriore obiettivo, strettamente connesso all'innovazione tecnologica, è stato quello di comprendere il livello di competenze digitali possedute dal personale sanitario e verificare la risposta del sistema alle esigenze di *upskilling* e *reskilling* attraverso una offerta formativa mirata.

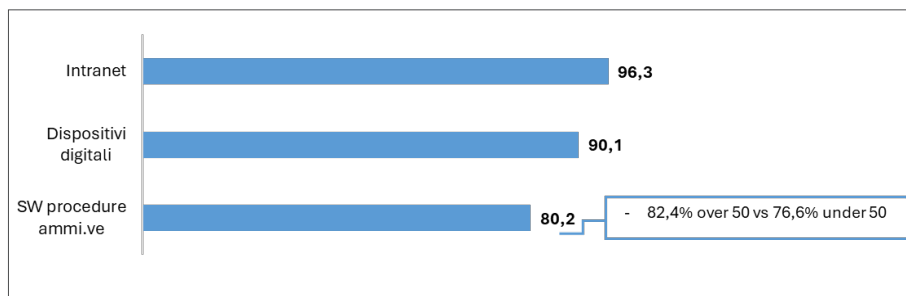
6.1 Utilizzo delle tecnologie tra gli infermieri

La crescente pervasività delle tecnologie nel settore della salute, dovuta anche e soprattutto all'esperienza della pandemia da Covid-19, ha indubbiamente contribuito ad aumentare la consapevolezza sul possibile utilizzo e sul valore di servizi e strumenti digitali e ha favorito al contempo una accelerazione verso la sanità digitale. I dati dell'indagine relativi all'uso delle tecnologie testimoniano una pressoché ampia diffusione delle stesse; la totalità degli infermieri coinvolti nell'indagine, infatti, ha dichiarato di aver utilizzato almeno una tecnologia nel proprio lavoro. Tale risultato,

apparentemente positivo, cela tuttavia uno squilibrio nell'uso delle diverse tipologie, mettendo in luce quanto il loro utilizzo sia distante dalle potenzialità che potrebbero esprimere (cfr. paragrafo 1.3).

Le tecnologie a cui gli infermieri fanno in gran parte ricorso sono quelle di natura strumentale, amministrativo-gestionale che favoriscono l'integrazione tra servizi e prestazioni, in prevalenza la rete Intranet (96,3%) e i dispositivi digitali (90,1%), senza alcuna distinzione di genere e fascia di età. I software per le procedure amministrative sono utilizzati dall'80,2% dei rispondenti, per lo più over 50 (figura 6.1).

Figura 6.1 **Utilizzo delle tecnologie che favoriscono l'integrazione tra servizi e prestazioni, v.%**



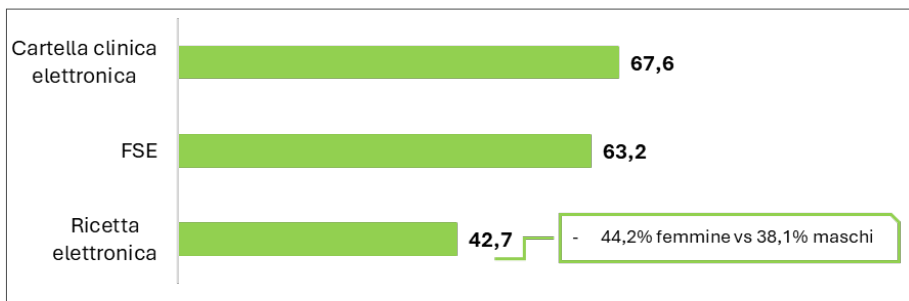
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tali tecnologie sono ampiamente utilizzate nelle diverse tipologie di struttura (pubblica, privata accreditata e privata) e pressoché in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale.

I dati relativi alle tecnologie che intervengono sull'intero processo di servizio iniziano a evidenziare i primi limiti. La cartella clinica elettronica è utilizzata dal 67,6% e il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) dal 63,2% dei rispondenti, senza particolari distinzioni di genere ed età.

La ricetta elettronica, invece, è stata utilizzata dal 42,7% degli infermieri, in misura leggermente superiore dalle donne (44,2% vs 38,1% dei maschi) (figura 6.2).

Figura 6.2 Utilizzo delle tecnologie che intervengono sull'intero processo di servizio, v.%



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Le strutture private registrano le frequenze più alte per l'utilizzo della cartella clinica elettronica (80%) e, con valori più bassi, della ricetta elettronica (56,7%), con divari importanti rispetto alle altre tipologie di strutture; diversamente, il FSE è utilizzato per lo più nelle strutture pubbliche (63,8%), specialmente rispetto a quelle private (46,7%). A livello territoriale, l'uso della cartella clinica elettronica ricorre maggiormente nelle regioni del Centro (77,3%), mentre la ricetta elettronica e il FSE in quelle del Nord-Est (rispettivamente 50,8% e 76,2%), i livelli di utilizzo di tale tipo di strumentazione tecnologica si presentano di gran lunga inferiori nell'area del Mezzogiorno (tabella 6.1).

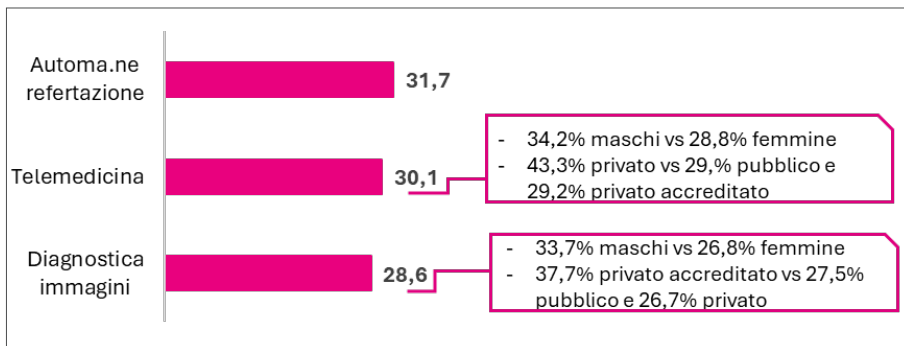
Tabella 6.1 Utilizzo delle tecnologie che intervengono sull'intero processo di servizio, dati disaggregati per struttura, macroarea, v.%

	Tipologia di struttura			Macroarea			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
Cartella clinica elettronica	67,6	61,3	80,0	65,4	67,4	77,3	47,1
Ricetta elettronica	42,7	36,8	56,7	41,1	50,8	37,8	34,1
Fascicolo sanitario elettronico	63,8	59,4	46,7	59,3	76,2	60,5	38,8

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Diminuiscono ancora i valori percentuali relativi alle tecnologie che intervengono nella diagnosi e cura dei pazienti (figura 6.3). Circa un terzo degli infermieri ha fatto ricorso all'automatizzazione della refertazione (31,7%) e alla telemedicina (30,1%), quest'ultima di poco superiore per i maschi (34,2% vs 28,8% delle femmine), mentre il 28,5% ha utilizzato la diagnostica per immagini, anche in questo caso con un maggior uso da parte degli uomini (33,7%) rispetto alle donne (26,8%).

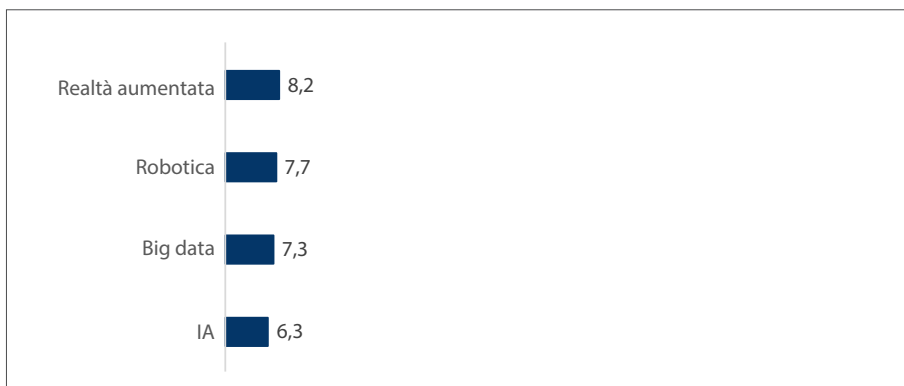
Figura 6.3 Utilizzo delle tecnologie che intervengono nella diagnosi e cura dei pazienti, dati disaggregati per sesso, tipologia di struttura, v.%



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

In base ai dati raccolti, la telemedicina è maggiormente diffusa nelle strutture private (43,3% rispetto a circa il 29% delle strutture pubbliche e private accreditate) mentre la diagnostica per immagini in quelle private accreditate (37,7% vs 27,5% pubbliche e 26,7% private), non si riscontrano invece significativi squilibri a livello territoriale (figura 6.3). Analizzando i dati relativi a sistemi e strumentazioni, altamente innovativi, che intervengono sui livelli di connessione e integrazione dei servizi ne emerge un utilizzo alquanto residuale. La realtà aumentata è utilizzata dal 8,2% degli operatori, per lo più over 50; poco oltre il 7% ha interagito con la robotica e i Big Data e il 6,2% con l'intelligenza artificiale (IA) (figura 6.4), senza divari rispetto alla tipologia di struttura, né a livello territoriale.

Figura 6.4 Utilizzo di sistemi e strumentazioni che intervengono sui livelli di connessione e integrazione tra i servizi, v.%



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

I risultati evidenziano come il ricorso alle tecnologie in sanità ha subito un'accelerazione, ma ha di fatto rappresentato una mera risposta a un bisogno emergenziale, avvenuto in ogni modo in forma sporadica e destrutturata. L'innovazione tecnologica introdotta, infatti, si è sviluppata prevalentemente verso quelle tecnologie assistenziali allo scopo di ideare nuovi modelli di servizi e migliorare quelli esistenti, e finalizzata ad avviare un processo di dematerializzazione, domiciliazione di servizi di consulto e cura e, in parte, a una maggiore qualificazione della diagnosi. Rimane, invece, residuale l'uso di quelle tecnologie che potrebbero favorire nuovi modelli di assistenza e cura, soprattutto a livello territoriale, migliorare le prestazioni e garantire maggior efficienza dei servizi (cfr. paragrafo 1.3).

6.2 Le barriere alla diffusione delle nuove tecnologie

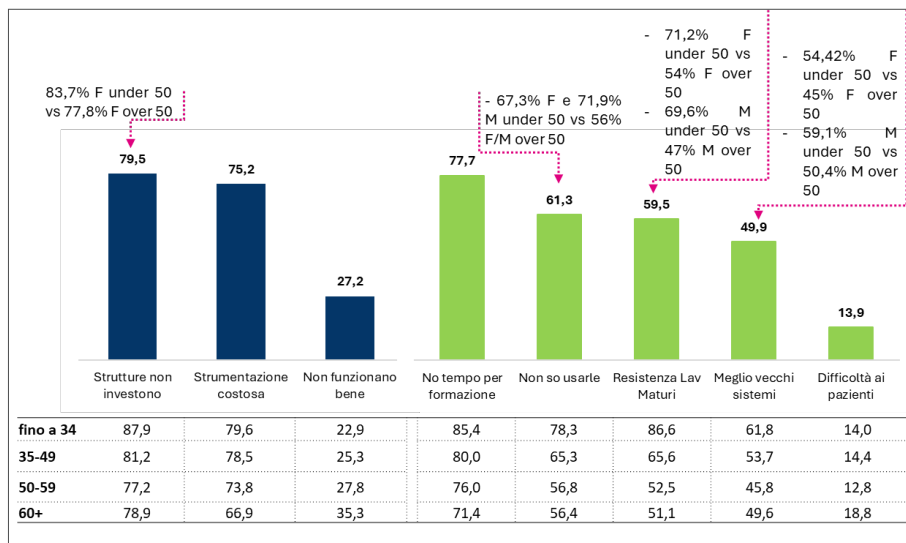
I processi di innovazione tecnologica in sanità, necessariamente accompagnati dall'implementazione di nuovi modelli organizzativi, sono indubbiamente caratterizzati da un elevato grado di complessità che idealizza un vero e proprio 'ecosistema', integrato e sicuro, basato sull'interoperabilità dei sistemi, la facilità nella fruizione dei servizi al cittadino, il governo attivo delle infrastrutture, la cybersecurity e strumenti avanzati, in grado di massimizzare i benefici e far esprimere le potenzialità offerti dalla digitalizzazione (Osservatorio Sanità Digitale 2022).

Una tale configurazione di sistema richiede inevitabilmente strumentazione all'avanguardia, consistenti risorse finanziarie, personale adeguatamente formato, ma anche una cultura del digitale. Rispetto a un sistema 'teoricamente ideale' di sanità tecnologicamente avanzata, gli infermieri coinvolti nell'indagine individuano gli 'anelli' deboli riconducibili ad aspetti di sistema, ma anche a limiti e difficoltà collegati alla sfera individuale degli operatori.

Tra i primi è largamente condivisa la convinzione che gli investimenti sulle nuove tecnologie sono residuali (79,5%) e condizionati dall'elevato costo della strumentazione (75,2%). Nella sfera personale si individuano barriere di tipo culturale associate alla dimensione generazionale. Se è unanime la considerazione che la scarsa diffusione delle tecnologie è fortemente influenzata dalla mancanza di tempo per gli operatori da dedicare alla formazione (77,7%), la scarsità di competenze adeguate a utilizzarle è considerata in maggior misura dagli under 50 (61,3%), ma il maggior gap generazionale si manifesta nel ritenere

la resistenza dei lavoratori maturi un limite all'uso delle tecnologie (86,6% degli under 35), affermazione che presumibilmente spinge gli stessi a preferire l'utilizzo di sistemi precedentemente in uso (61,8% degli under 35) (figura 6.5).

Figura 6.5 I vincoli nella diffusione delle tecnologie, dati disaggregati per genere ed età, v.%



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Complementare ai vincoli dichiarati dai rispondenti, sia a livello di sistema che personali, è la mancanza di coinvolgimento del personale nei processi di innovazione tecnologica, testimoniato anche dai rispondenti. Solo una piccola componente degli infermieri, infatti, è stata coinvolta nella ideazione (13,9%) e/o sperimentazione (20,4%) di un progetto tecnologico. La partecipazione a tali fasi del processo ha riguardato in misura lievemente superiore gli uomini – con uno scarto in punti percentuali più evidente nell'ideazione di una innovazione tecnologica (19,9% vs 11,9% delle donne) – e il personale over 50 (tabella 6.2).

Tabella 6.2 Infermieri coinvolti nella ideazione e/o sperimentazione di un progetto tecnologico, dati disaggregati per genere, età (2 classi, v.%)

	Femmine			Maschi			Totale		
	Under 50	Over 50	Tot.	Under 50	Over 50	Tot.	Under 50	Over 50	Tot.
Ideazione/innovazione tecnologica	7,5	14,5	11,9	16,4	22,5	19,9	9,9	16,4	13,9
Sperimentazione innovazione tecnologica	14,6	22,7	19,7	20,5	24,2	22,6	16,2	23,0	20,4

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

6.3 Accettazione e atteggiamento verso le tecnologie

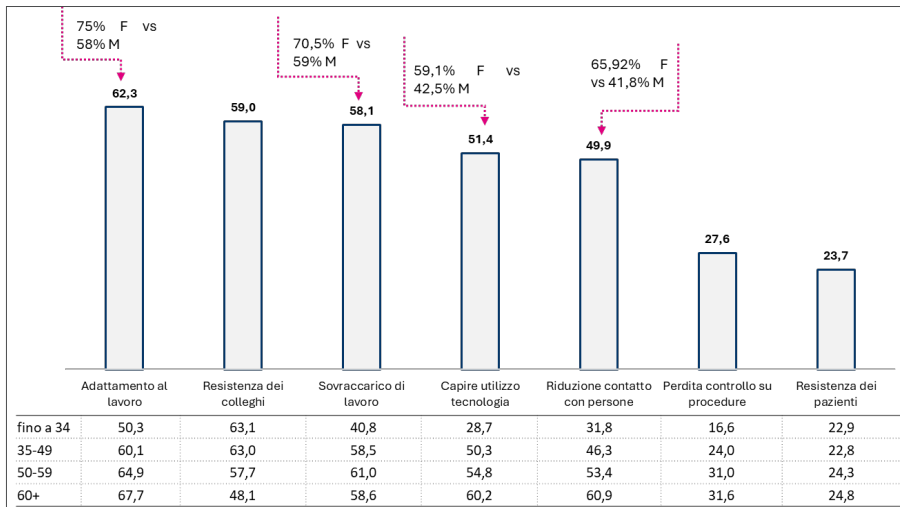
Nei processi di innovazione tecnologica il personale sanitario è coinvolto, con diverse responsabilità, nell'adattamento delle tecnologie a situazioni materiali e immateriali, nella riconfigurazione di routine esistenti, nell'attivazione (*enactment*) della strumentazione tecnologica nella pratica. Tali riconfigurazioni richiedono intelligenza sociale, pensiero adattivo, apertura interculturale, forma mentis capace di confrontarsi con dati, interpretazioni e rapide decisioni, coinvolgendo molteplici interlocutori a livello manageriale, professionale e lavorativo (Scaratti 2022). La questione culturale è un aspetto dirimente nell'adozione e nell'accettazione delle tecnologie, "il management è in genere mosso da una razionalità astratta, propensa alla standardizzazione di processi e al controllo, gli infermieri invece sono guidati da una razionalità pratica, che predilige gli approcci situati e personalizzati" (D'Angelo 2018; Hanlon *et al.* 2005). In tale scenario gli infermieri si trovano, quindi, a ripensare e modificare le pratiche di lavoro, non senza difficoltà.

L'ostacolo principale riscontrato dagli infermieri è rappresentato proprio dalla difficoltà di adattare le tecnologie alle pratiche quotidiane di lavoro (62,3%), dichiarato in più larga misura dalle infermiere (75%) rispetto ai colleghi maschi (58%) e in misura minore dagli under 35.

Altrettanto rilevante, tuttavia, è la considerazione che la resistenza dei colleghi crei difficoltà nell'uso delle tecnologie (59%), percezione diffusa tra gli operatori coinvolti nell'indagine, senza distinzione di genere, ma in misura minore dai lavoratori più maturi (48,1%). La capacità di adattarsi alle tecnologie è condizionata anche dal sovraccarico di lavoro (58,1%) e dalla difficoltà riscontrata nel capire come utilizzarle (51,4%), accompagnata dal timore che le tecnologie possano influenzare

negativamente i rapporti umani e professionali (49,9%), sentiti per lo più dalle donne (figura 6.6).

Figura 6.6 Vincoli nell'uso delle tecnologie, dati disaggregati per genere, età (4 classi, v.%)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tali considerazioni indicano il forte impegno in capo agli infermieri nel dover sviluppare in autonomia competenze digitali e doverle integrare nelle pratiche quotidiane del lavoro e richiamano al contempo la necessità di essere accompagnati e supportati nell'agire le competenze nel contesto di esercizio delle stesse, per comprenderne le finalità specifiche nei diversi processi (Cabiati 2022). Infatti, le tecnologie evolvono rapidamente e la professione infermieristica ne segue l'andamento e il cambiamento, in tale processo risulta determinante la presenza, all'interno delle organizzazioni, di tecnici con conoscenza del sistema sanitario e un avvicinamento culturale tra chi gestisce e progetta e chi applica nel quotidiano, per far sì che si avvicinino le culture professionali, rendendo comprensibili e condivisibili gli obiettivi dell'innovazione e favorendone l'adozione (Ceccotti 2023; Inapp *et al.* 2022).

La sensibilità, lo spirito di iniziativa e la capacità di adattamento degli infermieri, così come di tutto il personale sanitario, hanno indubbiamente rappresentato un punto di forza nel fronteggiare l'emergenza da Covid-19.

L'adattamento verso le tecnologie è stato, per certi aspetti, determinato da una situazione emergenziale che ha spinto gli operatori a potenziare o acquisire forzatamente le giuste competenze per potersi adattare alle contingenze e alle regole del momento o alle scelte dell'amministrazione. È altrettanto verosimile, però, che

gli operatori intravedano le potenzialità delle nuove tecnologie, perché pensano che la digitalizzazione possa supportare processi di *advocacy*, ampliare le opportunità di partecipazione e di accessibilità ai servizi e alle informazioni (Cabiati 2022).

Per comprendere l'atteggiamento verso le tecnologie e l'accettazione delle stesse degli infermieri che hanno partecipato alla ricerca, si è fatto riferimento alla Teoria unificata dell'accettazione e dell'uso della tecnologia³² (*Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* - UTAUT, Venkatesh *et al.* 2003) – che si propone di spiegare le intenzioni di un individuo a usare le tecnologie e il suo successivo comportamento – e soprattutto alla sua applicazione alla professione infermieristica (Vainieri *et al.* 2020). Nella presente analisi, le componenti del modello rappresentano esclusivamente uno strumento per organizzare e valorizzare i dati raccolti, consentendo di esplorare la complessità del comportamento e di cogliere le sfumature di come gli infermieri percepiscono e adottano le innovazioni tecnologiche, senza alcuna intenzione di misurazione statistica. L'accettazione delle tecnologie viene quindi descritta attraverso 'dimensioni relazionali', ovvero da quanto gli infermieri e le infermiere – coinvolti nell'indagine – credano che l'innovazione tecnologica possa portare vantaggi in relazione all'ambiente di lavoro, all'esercizio della professione e all'efficacia delle prestazioni in termini organizzativi e di assistenza e cura.

Rispetto alle relazioni tra le tecnologie e l'ambiente di lavoro, il vantaggio più ampiamente percepito tra i rispondenti si esprime in termini di facilitazione nel lavoro (58,3%), miglioramento percepito in prevalenza dai giovani (70,2% degli under 35 vs 61,7% over 60). Poco più della metà (53,3%) avverte il proprio ambiente di lavoro più sicuro e riconosce che l'innovazione rende le attività da svolgere più stimolanti (52,3%). Meno rilevante è considerata la tecnologia come strumento che può favorire le relazioni professionali tra pari (36,2%) (figura 6.7).

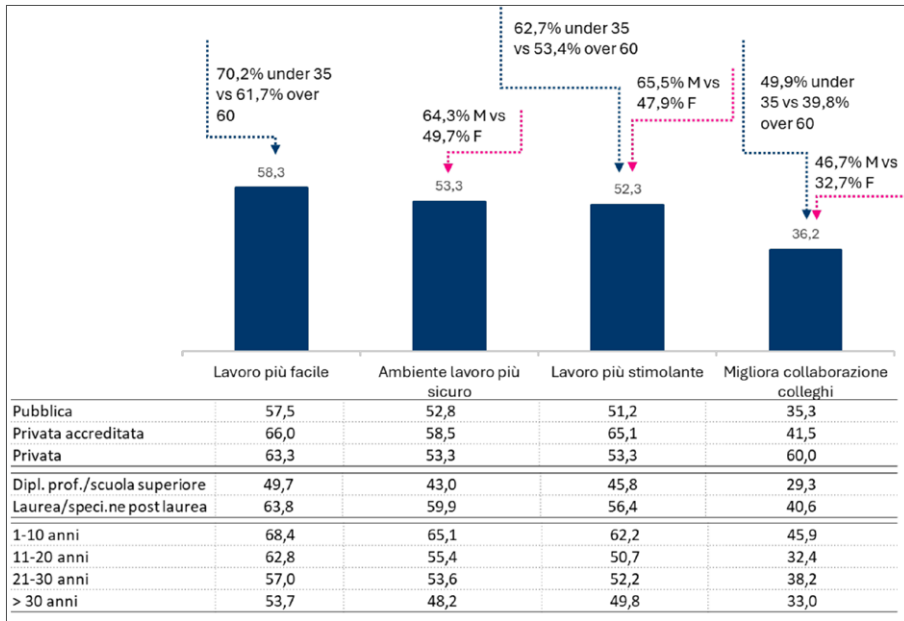
³² Il modello UTAUT (cfr. nota 28) è formato da quattro costrutti fondamentali:

1. l'aspettativa di prestazione rappresenta quanto un individuo crede che la tecnologia lo aiuterà a ottenere vantaggi nello svolgimento del proprio lavoro in termini anche di maggiore utilità, e migliora risultati prestazionali nell'effettuare i propri compiti;
2. l'aspettativa di sforzo è intesa come il livello di facilità d'uso della tecnologia e rappresenta quanto un individuo crede che l'uso della tecnologia sia facile;
3. l'influenza sociale è definita come il grado in cui un individuo crede che coloro che sono importanti nel contesto di implementazione della tecnologia ritengano che la tecnologia debba essere utilizzata e la raccomandino fortemente;
4. le condizioni facilitanti sono costruite da quanto un individuo crede che l'infrastruttura tecnica e organizzativa sia disponibile per supportare l'uso della tecnologia, è capace di farlo effettivamente.

I primi tre costrutti influenzano l'intenzione di utilizzare la tecnologia, mentre l'uso effettivo è condizionato dall'intenzione all'uso e dalle condizioni facilitanti.

Secondo il modello, le relazioni tra questi quattro costrutti e l'accettazione del comportamento dell'utente è moderata da quattro variabili critiche: il genere, l'età, l'esperienza e la volontarietà d'uso (cfr. paragrafo 4.2).

Figura 6.7 Accettazione delle nuove tecnologie: le relazioni tra tecnologie e ambiente di lavoro, dati disaggregati per genere, titolo di studio, tipologia di struttura, anni di esperienza ed età (4 classi, v.%)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

I vantaggi sul luogo di lavoro sono percepiti generalmente dal genere maschile, dagli operatori più giovani, e quindi con una più breve esperienza lavorativa, da coloro in possesso di un titolo di studio più elevato (laurea o altro titolo post-laurea) e da chi lavora presso le strutture private accreditate, ad eccezione dei vantaggi sui rapporti relazionali sentiti prevalentemente da coloro che operano nelle strutture private (figura 6.7).

La sanità digitale non costituisce solo una trasformazione tecnologica, ma rimodella radicalmente la struttura dei sistemi sanitari e implica sperimentare nuovi processi organizzativi, ripensare ruoli del personale e dei pazienti, così come la loro relazione tra professionisti. Considerando, quindi, le relazioni tra nuove tecnologie e la professione infermieristica, emerge che le determinanti principali nell'accettazione delle tecnologie sono direttamente correlate a quelle tipologie a cui i rispondenti hanno dichiarato di ricorrere più ampiamente, ovvero quelle che intervengono nei processi amministrativi e gestionali e, in parte, sull'intero processo di servizio. Infatti, tra i vantaggi percepiti predominano il maggior scambio di informazioni e documenti (90,2%) e la dematerializzazione delle procedure amministrative (78,9%), quest'ultima ritenuta

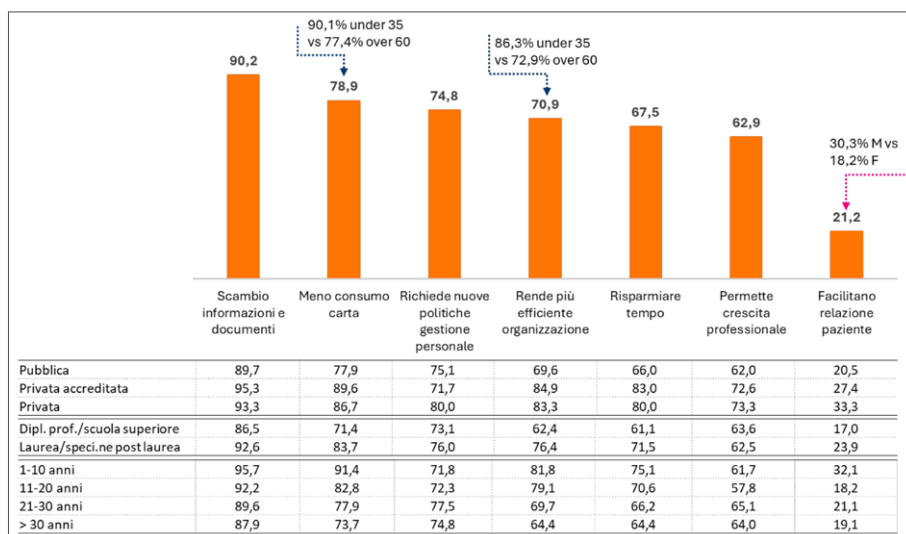
importante dalla quasi totalità degli under 35 (90,1%). Altrettanto cruciale è l'osservazione espressa unanimemente dai rispondenti: se le nuove tecnologie fossero accompagnate da nuove politiche di gestione del personale, si favorirebbe l'accettazione delle stesse (74,8%). La transizione digitale, infatti, sta determinando nuove modalità di routine operative, nuove interazioni tra gli operatori e tra questi e la strumentazione tecnologica, richiamando chiaramente una riconfigurazione organizzativa delle strutture sanitarie (The European House Ambrosetti 2022).

Il 70,9% degli infermieri e infermiere, per lo più giovani (86,3% under 35 vs 72,9% over 60), beneficiano delle innovazioni in termini di efficienza dell'organizzazione in cui lavorano e il 67,5% in termini di risparmio di tempo.

La tecnologia è determinante, ma con una frequenza percentuale inferiore a quelle descritte, anche per la crescita professionale (62,9%), mentre non lo è affatto per migliorare le relazioni con i pazienti (21,2%), testimoniando quanto la trasformazione tecnologica non riesca ancora a coesistere con l'attività di assistenza infermieristica (Locsin 2005).

I vantaggi delle nuove tecnologie sulla professione sono stati espressi in prevalenza da coloro in possesso di un titolo di studio più elevato e impiegati presso strutture private accreditate e private (figura 6.8).

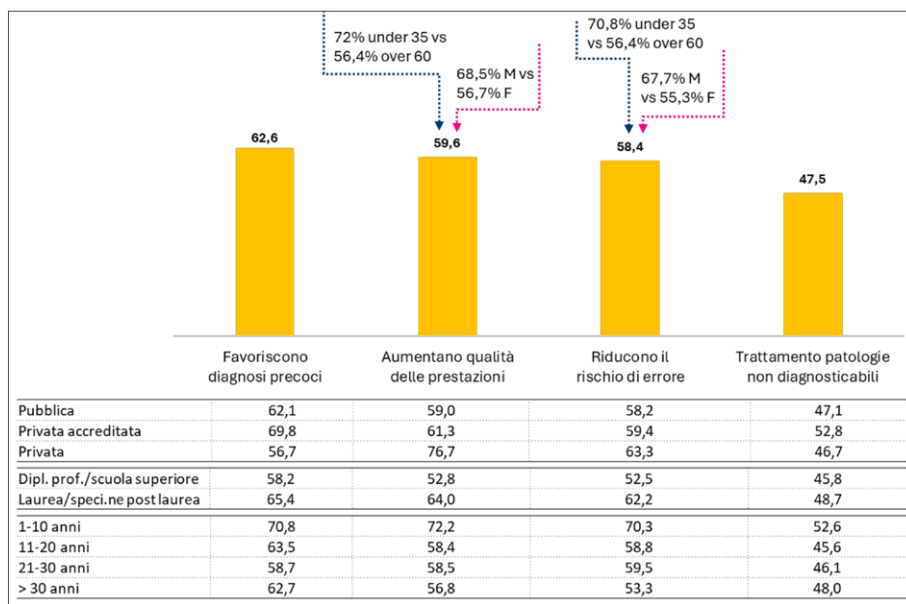
Figura 6.8 Accettazione delle nuove tecnologie: le relazioni tra tecnologie e la professione infermieristica, dati disaggregati per genere, titolo di studio, tipologia di struttura, anni di esperienza ed età (4 classi, v. %)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Le tecnologie rappresentano una opportunità anche per migliorare le attività che vengono erogate. La relazione tra tecnologia ed efficacia delle prestazioni trova espressione tra i rispondenti nel riconoscere benefici dall'uso delle tecnologie nell'avere diagnosi precoci (62,2%), nell'erogare servizi di qualità (59,6%), ma anche nel ridurre il rischio di errore (58,4%); sulle ultime due considerazioni il giudizio è stato espresso per lo più dai più giovani e dal genere maschile. Meno riconosciuta, invece l'efficacia delle tecnologie sulla cura dei pazienti (47,5%). Diversamente da quanto descritto sulle relazioni tra tecnologie e ambiente di lavoro o la professione infermieristica, non si ravvisano scostamenti significativi in relazione al titolo di studio posseduto, permane una maggior consapevolezza dei benefici tra coloro che operano nelle strutture private accreditate – in merito alle diagnosi precoci e maggior qualità nelle prestazioni, mentre sono i lavoratori delle strutture private a percepire maggiormente vantaggi in termini di riduzione di rischio di errore e trattamento di patologie altrimenti non diagnosticabili (figura 6.9).

Figura 6.9 Accettazione delle nuove tecnologie: le relazioni tra tecnologie ed efficacia delle prestazioni, dati disaggregati per genere, titolo di studio, tipologia di struttura, anni di esperienza ed età (4 classi, v.%)

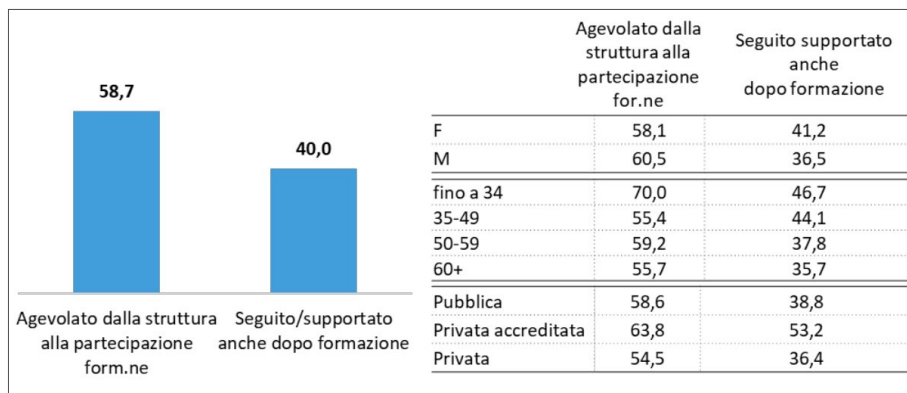


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

L'uso effettivo delle tecnologie è determinato oltre che dall'intenzione all'uso, intesa come rapporto tra tecnologie e le relazioni descritte, anche dalle condizioni

facilitanti. Queste sono costruite da quanto un operatore percepisce di avere supporto dall'organizzazione nell'imparare a utilizzare le nuove tecnologie (Venkatesh *et al.* 2003; Vaineri *et al.* 2020). Nel caso specifico della ricerca realizzata, tali condizioni sono rintracciabili in prevalenza tra gli infermieri e le infermiere che hanno partecipato ad attività formative finalizzate ad acquisire competenze digitali. Il 58,7% dei rispondenti, in maggioranza giovani (70%) – senza alcuna distinzione di genere o di struttura di appartenenza, ha dichiarato di essere stato agevolato dalla propria organizzazione alla partecipazione alla formazione dedicata all'introduzione di nuove tecnologie; di gran lunga inferiore, invece, la quota di coloro che hanno beneficiato di un sostegno anche dopo la formazione (40%); sono per lo più infermieri al di sotto dei 50 anni o impiegati nelle strutture private accreditate (figura 6.10).

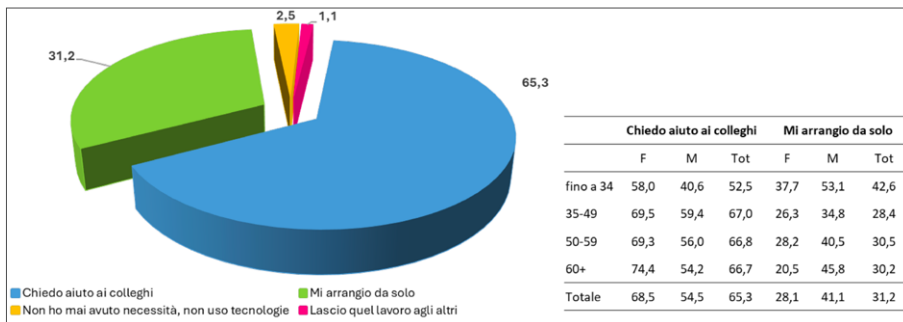
Figura 6.10 Accettazione delle nuove tecnologie: le condizioni facilitanti l'uso delle tecnologie degli infermieri formati, dati disaggregati per genere, tipologia di struttura, età (4 classi, v. %)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tra coloro che, pur utilizzando le tecnologie non hanno partecipato ad attività formative specifiche, il supporto all'uso è determinato dai pari, ai quali i partecipanti all'indagine, per lo più donne over 60, si rivolgono in caso di difficoltà (65,3%), oppure facendo affidamento alla propria determinazione di affrontare e risolvere le difficoltà (31,2%), con una maggiore prevalenza degli uomini (41,1% vs 28,1% delle donne), per lo più giovani (42,6% degli under 35) (figura 6.11).

Figura 6.11 Accettazione delle nuove tecnologie: le condizioni facilitanti l'uso delle tecnologie degli infermieri non formati, dati disaggregati per genere, età (4 classi, v.%)

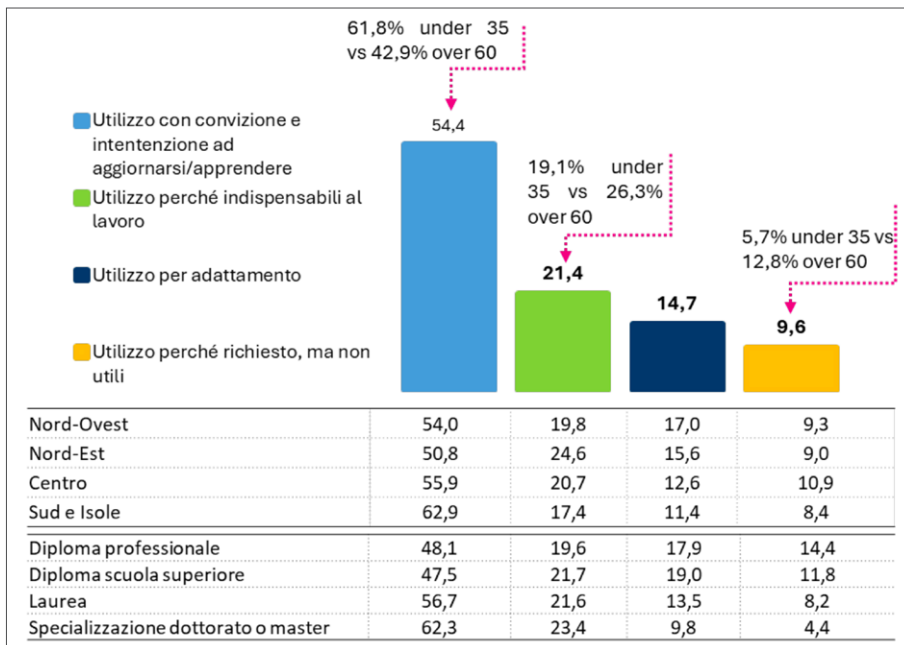


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

I livelli di accettazione delle tecnologie determinano anche l'atteggiamento verso l'innovazione tecnologica.

Oltre la metà degli infermieri coinvolti nell'indagine testimonia di utilizzare con convinzione le tecnologie e manifesta proattività, dichiarando volontà nel continuare a imparare e aggiornarsi (54,4%). Tale atteggiamento volontaristico è manifestato in maggior misura dai più giovani (61,8% degli under 35 vs 42,9% degli over 60), è diffuso pressoché su tutto il territorio nazionale – sebbene si registri una frequenza maggiore nel mezzogiorno (62,9%) – ed è espresso in maggior misura da coloro in possesso di una specializzazione post-laurea (62,3%) rispetto agli operatori con un diploma professionale (48,1%) e a chi possiede il diploma di scuola secondaria superiore (47,5%) (figura 6.12).

Figura 6.12 L'atteggiamento verso le tecnologie, dati disaggregati per macroarea, titolo di studio, età (2 classi, v.%)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Poco più di un quinto degli infermieri (21,4%), in prevalenza presenti nell'area del Nord-Ovest (24,6%) e over 60 (26,3% vs 19,1% under 35), considera le tecnologie parte integrante del proprio lavoro e non tornerebbe indietro. Inferiori, invece, le percentuali di coloro che si sono adattati all'uso delle tecnologie e gli 'va bene così' (14,7%) in prevalenza infermieri che lavorano nelle regioni del Nord-Ovest e con un basso titolo di studio (diploma professionale, 17,9%; diploma scuola secondaria superiore, 19%) – e di coloro che le utilizzano perché viene loro richiesto ma non le trovano utili (9,6%), anche questa posizione figura per lo più tra coloro con un titolo di studio non elevato (figura 6.12).

6.4 Competenze digitali e formazione dedicata

La trasformazione digitale in sanità non può limitarsi all'adozione di innovazioni tecnologiche e di processo, ma deve essere necessariamente accompagnata da iniziative formative volte ad acquisire know-how e competenze per un uso corretto, etico e consapevole. Migliorare il grado di consapevolezza nell'utilizzo di

strumentazione tecnologica favorisce l'uso della stessa e la comprensione delle sue potenzialità.

La fotografia restituita dall'indagine mostra una realtà poco rassicurante; la maggioranza degli operatori possiede competenze digitali di buon livello, ma con necessità di migliorarle (45,5%). Coloro che le ritengono pienamente adeguate e coloro che le ritengono sufficienti per lo svolgimento del lavoro – pur utilizzandole con difficoltà – rappresentano ciascuno quote pari al 24,5%. I valori percentuali di chi possiede skills inadeguate per le esigenze di lavoro sono residui.

Tale autovalutazione non risulta essere strettamente collegata al possesso di un determinato titolo di studio, emergono comunque alcune differenze in relazione al genere e alla fascia di età. Tra coloro in possesso di un diploma professionale, il 40% dei maschi al di sotto dei 50 anni ritiene di avere competenze sufficienti, con uno scarto di circa 13 punti percentuali rispetto a chi le ha idonee (26,7%). Buone competenze sono dichiarate in maggior misura dagli over 50, sia maschi (43,7%) che femmine (43,3%); per queste ultime è significativo il divario rispetto a coloro che le considerano pienamente adeguate (13,5%) (figura 6.13).

Figura 6.13 Autovalutazione delle competenze digitali, dati disaggregati per titolo di studio (4 livelli), genere, età (2 classi, v.%)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Tra gli infermieri under 50 in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore è preponderante la quota di coloro che hanno dichiarato di avere buone competenze (80%) rispetto a chi le ha pienamente adeguate (20%); rispetto al genere, per le

infermiere under 50 si evidenziano frequenze più elevate per competenze di livello sufficiente (41,2%) in confronto a chi le ha pienamente adeguate (17,6%).

Il divario di età e genere diminuisce, in punti percentuali, tra coloro in possesso di una laurea (triennale o specialistica), mentre si manifesta molto diversificata tra gli operatori che hanno acquisito ulteriori titoli post-laurea e che hanno valutato le proprie competenze digitali buone o sufficienti (figura 6.13).

I rispondenti con competenze digitali pienamente adeguate operano prevalentemente nelle strutture private accreditate (37,7%) o in quelle private (30%) e in misura lievemente superiore nelle regioni del Centro (27,2%) e del Mezzogiorno (31,8%). I valori relativi a competenze digitali sufficienti per lo svolgimento del lavoro sono pressoché omogenei a livello territoriale, ma perlopiù presenti nelle strutture pubbliche (25,6%) (tabella 6.3).

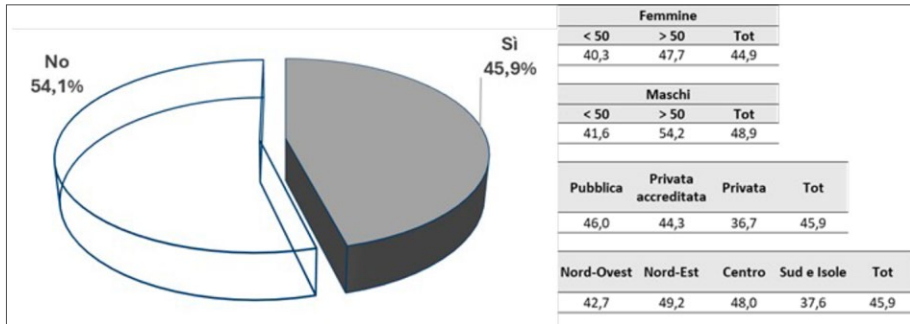
Tabella 6.3 Autovalutazione delle competenze digitali, dati disaggregati per tipologia di struttura, macroarea, v.%

	Tipologia di struttura			Macroarea			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
Pienamente adeguate	23,3	37,7	30,0	22,3	21,8	27,2	31,8
Buone, ma da migliorare	45,8	42,5	36,7	45,7	48,5	43,9	38,8
Inadeguate per le esigenze	25,6	12,3	20,0	25,8	24,9	23,1	23,5
Sufficienti per svolgimento lavoro, ma con difficoltà	5,3	7,5	13,3	6,1	4,9	5,7	5,9

Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Strettamente correlati all'autovalutazione delle competenze sono i risultati relativi alla partecipazione alla formazione dedicata all'introduzione di nuove tecnologie, che rivelano quanto il sistema sanità non abbia colto finora, ma è cruciale per la sostenibilità della transizione tecnologica: l'importanza della formazione. Infatti, solo meno della metà dei partecipanti all'indagine (45,9%) ha frequentato corsi specifici, in maggior misura over 50 – sia femmine (47,7%) che maschi (54,2%) – per lo più impiegati nelle aree del Nord-Est e del Centro (rispettivamente 49,2% e 48%) e nelle strutture pubbliche (46%) (figura 6.14).

Figura 6.14 Partecipazione alla formazione sul digitale, dati disaggregati per genere, tipologia di struttura, macroarea, età (2 classi, v.%)

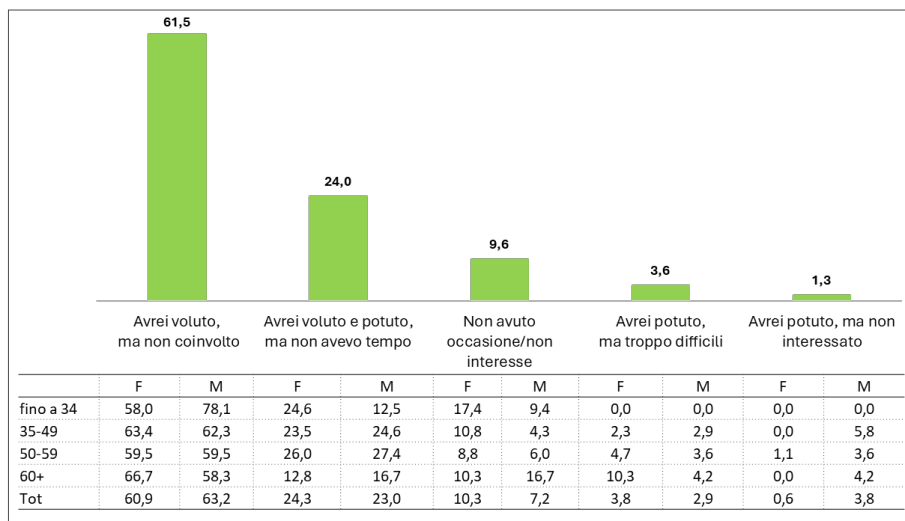


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Sembra quindi sfuggire la concezione che la formazione può migliorare il grado di consapevolezza con cui gli infermieri si confrontano con le tecnologie nel contesto della loro pratica quotidiana e come si innescano nella cultura professionale. Si chiama, in questo scenario, alla co-responsabilità formativa anche il management che ha “necessità di comprendere diversamente il significato organizzativo e sociale della tecnologia e della tecnologia nelle prassi quotidiane, riducendo il gap culturale che spesso divide chi dirige da chi opera” (D’Angelo 2018).

Tale constatazione è ampiamente condivisa anche dai partecipanti all’indagine. La scarsa partecipazione alla formazione viene attribuita proprio al mancato coinvolgimento del personale alle attività formative (61,5%), senza particolari differenze di genere e di età, ad eccezione degli infermieri (78,1%) rispetto alle infermiere (58%) al di sotto dei 35 anni. Ulteriore impedimento alla frequenza di corsi dedicati all’introduzione di nuove tecnologie è rappresentato dalla mancanza di tempo (24%), anche questo ampiamente condiviso e dichiarato, per gli under 35, in misura maggiore dalle donne (24,6%) rispetto agli uomini (12,5%). Inferiori i valori registrati in merito alle altre motivazioni, merita tuttavia segnalare che il 17,4% delle infermiere under 35 e il 16,7% degli infermieri over 60 manifestano disinteresse pur in assenza di opportunità formative (figura 6.15).

Figura 6.15 **Motivi della mancata partecipazione alla formazione sul digitale, dati disaggregati per genere, età (4 classi, v.%)**



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Lo scarso coinvolgimento nelle attività formative è più frequente nelle strutture pubbliche (62,3%) e in misura significativa nelle regioni del Sud e nelle Isole (77,4%), diversamente la mancanza di tempo coinvolge di più il personale che lavora presso le strutture private accreditate o lavora nel Nord-Est (28%) e nel Centro (26,1%). Più disinteressati alla formazione sono i lavoratori che operano presso le strutture private (31,6%) (tabella 6.4).

Tabella 6.4 **Motivi della mancata partecipazione alla formazione sul digitale, dati disaggregati per tipologia di struttura, macroarea, v.%**

	Tipologia di struttura			Macroarea			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole
Avrei voluto, ma non coinvolto	62,3	52,5	47,4	61,5	57,8	58,8	77,4
Avrei voluto e potuto, ma poco tempo	23,3	35,6	21,1	20,6	28,0	26,1	17,0
Non avuto occasione/non interesse	9,3	6,8	31,6	13,0	8,9	8,6	5,7
Avrei potuto, ma troppo difficili	3,7	3,4	0,0	4,2	3,5	4,5	0,0
Avrei potuto partecipare a iniziative formative, ma non ero interessato	1,3	1,7	0,0	0,8	1,8	2,0	0,0

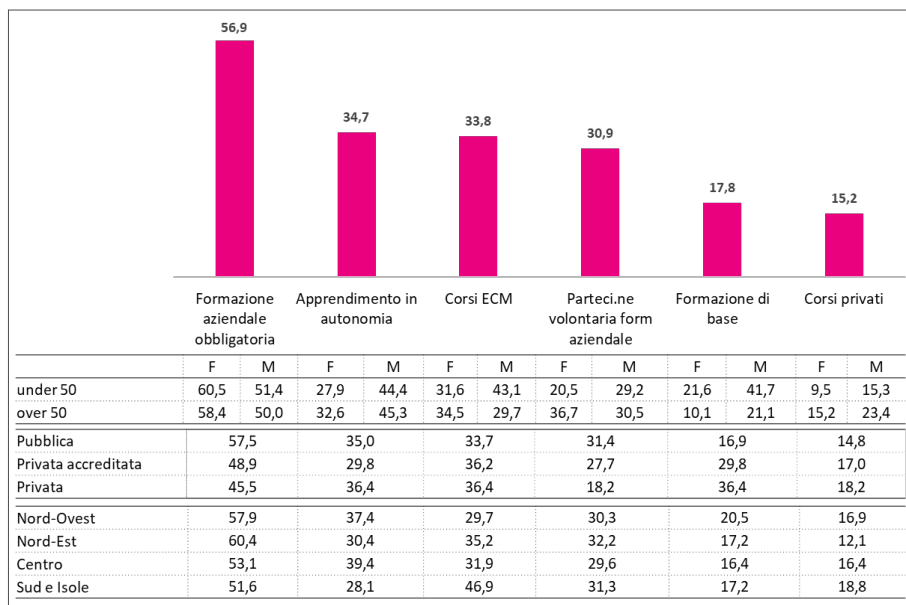
Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Le opportunità formative sono state prevalentemente offerte, su tutto il territorio nazionale, attraverso la formazione aziendale obbligatoria (56,9%), occasione colta in maggior misura dal personale impiegato nelle strutture pubbliche (57,5% vs 48,9% privata accreditata e 45,5% privata) e con una più ampia partecipazione per le infermiere, sia under (60,5%) che over 50 (58,4%), rispetto agli infermieri (51,4% under 50, 50% over 50). All'incirca un terzo dei partecipanti ha acquisito competenze digitali in autonomia (34,7%), attraverso l'educazione continua in medicina - ECM (33,8%) oppure partecipando volontariamente alla formazione aziendale (30,9%).

L'autoapprendimento ha contribuito ad accrescere le *digital skills* in maggior misura per gli uomini di entrambe le classi di età considerate (44,4% vs 27,9% delle femmine under 50 e 45,3% vs 32,6% delle femmine over 50), ma ha riguardato relativamente gli operatori del Sud e delle Isole (28,1%). I corsi ECM sono stati essenziali per acquisire competenze digitali per coloro che operano nel Mezzogiorno (46,9%) e in particolar modo per gli infermieri under 50 (43,1% vs 29,7% over 50). La partecipazione volontaria a iniziative formative promosse dalle strutture è stata rilevante maggiormente per chi è impiegato nelle strutture pubbliche (31,4%), per lo più donne over 50 (36,7%) rispetto alle colleghe più giovani (20,5%). Non si rilevano invece differenze territoriali.

La formazione di base sembra aver contribuito solo in minima parte ad acquisire competenze digitali (17,8%), seppur rilevante per gli under 50 – donne (21,6% vs 10,1% delle over 50) e ancor di più per gli uomini (41,6% vs 21,1% degli over 50), e per coloro impiegati nelle strutture private (36,4%). Tali dati testimoniano quanto il mondo educativo sia ancora distante da quello professionale e rimarcano l'assenza di quella permeabilità tra i due sistemi che favorirebbe naturalmente una cultura del digitale e una più ampia conoscenza delle potenzialità delle tecnologie. Meno importante, invece, il ricorso ai corsi privati autofinanziati (figura 6.16).

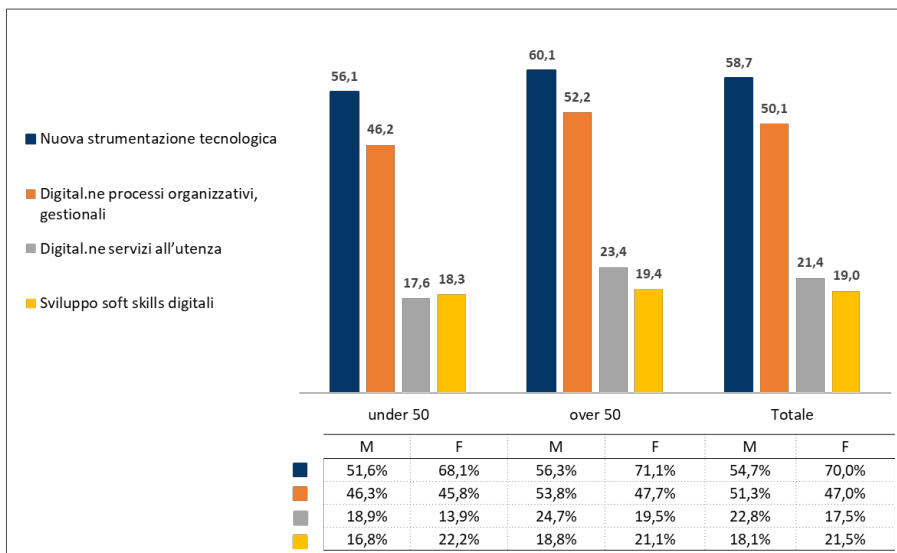
Figura 6.16 Il contesto della formazione sul digitale, dati disaggregati per genere, tipologia di struttura, macroarea, età (2 classi, v.%)



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Le attività formative promosse dalle strutture hanno riguardato prevalentemente l'uso della nuova tecnologia introdotta (58,7%) – alle quali hanno partecipato in maggiore misura le infermiere (70% vs 54,7% degli infermieri), senza particolare distinzione di classe di età – e la digitalizzazione dei processi organizzativi e gestionali (50,1%); ovvero quell'insieme di tecnologie che favoriscono l'integrazione tra servizi e prestazioni e che intervengono sull'intero processo di servizio, maggiormente utilizzate dai rispondenti (cfr. paragrafo 6.1). Resta, così, marginale la formazione mirata alla digitalizzazione dei servizi rivolti all'utenza (21,4%), ma soprattutto all'acquisizione e allo sviluppo di *soft skills* digitali (19%), determinanti nel potenziare la capacità di adattamento all'innovazione (figura 6.17). Di fatto, i contesti sanitari, oltre a specifiche competenze tecniche, richiedono sempre più abilità e capacità di natura trasversale, che supportano gli operatori nel rispondere alle sollecitazioni e alle incertezze determinate dal cambiamento tecnologico, nonché ad assumere un atteggiamento adattivo verso le continue trasformazioni del lavoro.

Figura 6.17 Contenuti della formazione sul digitale, dati disaggregati per genere, età (2 classi, v.%)

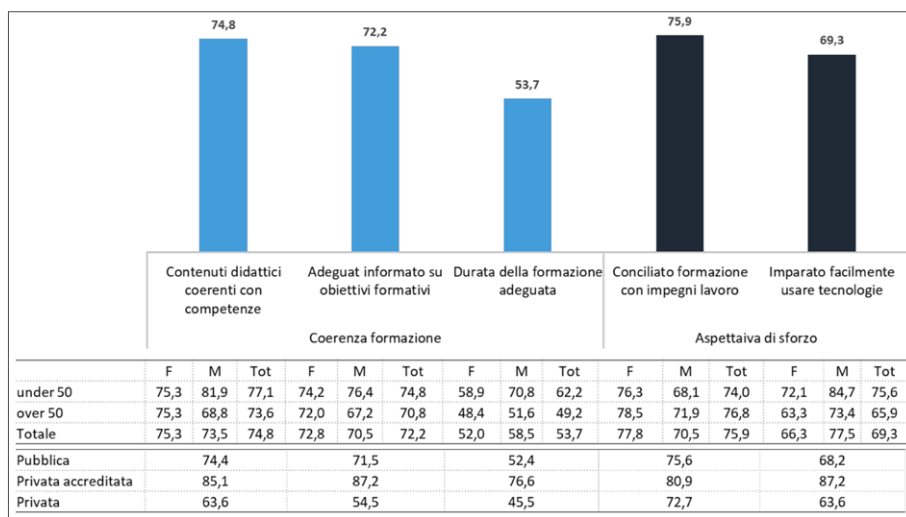


Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Seppur non ampiamente diffusa, l'attività formativa riscontra, in termini di coerenza, pareri positivi tra i rispondenti (figura 6.18). Una quota significativa, infatti, ha dichiarato che i contenuti dei corsi frequentati sono stati corrispondenti al proprio fabbisogno (74,8%) – giudizio manifestato in larga misura da chi opera nelle strutture private accreditate (87,2%) e con un certo distacco generazionale tra gli uomini (81,9% degli under 50 vs 68,8% degli over 50) – e di essere stati adeguatamente informati circa gli obiettivi formativi (72,2%); opinione espressa in particolare da coloro impiegati nelle strutture private accreditate (85,1%) o pubbliche (74,4%) e in misura leggermente superiore dagli under 50 (74,8%), in particolare maschi (76,4% vs 67,2% over 50). La durata della formazione, invece, è stata ritenuta adeguata solo da poco più della metà degli infermieri (53,7%) – maggiormente dagli under 50 (62,2% vs 49,9% degli over 50), in particolare dagli uomini (70,8% degli under 50 vs 51,6% degli over 50) e da coloro impiegati nelle strutture private accreditate (76,6%). In tale ambito è stato, inoltre, possibile analizzare *l'aspettativa di sforzo*, ovvero la facilità con cui gli operatori hanno acquisito le competenze necessarie per utilizzare le nuove tecnologie, quale dimensione della teoria UTAUT (Venkatesh *et al.* 2003; Vainieri *et al.* 2020 - cfr. paragrafo 6.3). I risultati mostrano un'alta capacità degli operatori nel conciliare la formazione con gli impegni di lavoro (75,9%) – con una maggior facilità per gli operatori più giovani (75,6% degli under 50 vs 65,9% degli over

50), di sesso maschile (77,5% vs 66,3% delle femmine) e per chi è impiegato nelle strutture private accreditate (80,9%), nonché di apprendere facilmente l'uso delle tecnologie (69,3%). In termini di risultati di apprendimento prevale una maggiore, seppur lieve, propensione da parte delle donne (77,8% vs 70,5% degli uomini) e si conferma una più ampia facilitazione per coloro che operano nelle strutture private accreditate (87,2%) (figura 6.18).

Figura 6.18 **Coerenza della formazione sul digitale e 'aspettativa di sforzo', dati disaggregati per genere, età (2 classi, v.%)**



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

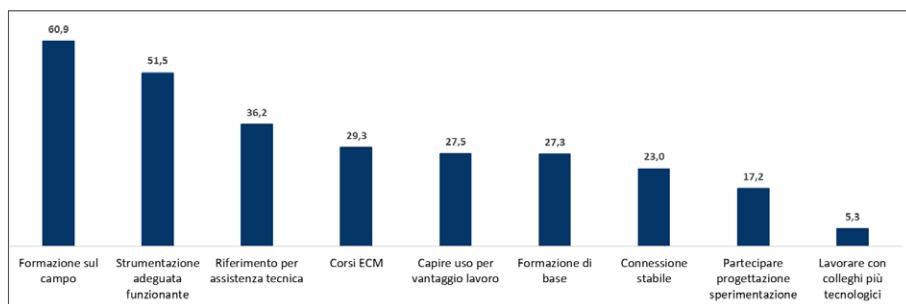
6.5 I 'desiderata' degli infermieri per una sanità digitale

L'esperienza di pandemia degli ultimi anni ha reso tutti gli attori della sanità più consapevoli dei benefici che la trasformazione digitale – sia in termini di innovazione tecnologica sia di innovazione organizzativa e di processo – può apportare alle attività e ai servizi che a oggi sono ancora svolti in maniera tradizionale. La cultura dell'innovazione nel mondo della sanità è quindi sicuramente più matura rispetto al passato, ma è necessario mettere in atto azioni concrete e mirate a un processo di miglioramento continuo che conduca a una maggiore diffusione della tecnologia e a sviluppare una più ampia consapevolezza circa i vantaggi di cui è portatrice.

In tal senso, gli infermieri coinvolti nell'indagine suggeriscono chiaramente un forte bisogno verso la formazione esperienziale e possibilmente sollecitata da

problematiche emerse sul campo, che connota una altrettanto forte motivazione ad acquisire le giuste competenze. Un più ampio ricorso alle tecnologie può, infatti, essere determinato da una maggiore formazione sul campo (60,9%), ovvero una forma di apprendimento situata, connessa con l'organizzazione e le pratiche di lavoro; mentre risulta meno rilevante l'acquisizione di competenze digitali attraverso la formazione di base e i corsi ECM, considerata rispettivamente solo dal 29,3% e dal 27,3% dei rispondenti (figura 6.19).

Figura 6.19 Aspetti che favoriscono l'uso delle tecnologie secondo gli infermieri, v. %



Fonte: elaborazioni su dati Inapp, 2022

Per un più ampio uso delle tecnologie è, inoltre, determinante avere una strumentazione adeguata e funzionante (51,5%); mentre meno considerati sono la presenza di un rapporto collaborativo tra il personale tecnico, per un supporto in caso di malfunzionamenti o difficoltà nell'uso delle tecnologie, e quello sanitario (36,2%), la presenza di una connessione stabile (23%) ed essere più partecipi nei processi di progettazione e sperimentazione di nuove tecnologie (17,2%). Scarsamente considerato è anche l'apprendimento attraverso l'insegnamento *peer-to-peer* (5,3%) (figura 6.19).

Conclusioni

L'Italia sta affrontando una transizione demografica molto rapida, che porta con sé ricadute significative sul sistema sociale ed economico del Paese, ponendo questioni nuove, che richiedono soluzioni e politiche adeguate.

Da una parte, il prolungamento delle aspettative di vita, da considerare sicuramente un aspetto di per sé positivo, implica un incremento straordinario della popolazione anziana, definizione che identifica complessivamente le persone dai 65 anni in su. In particolare, i c.d. 'grandi vecchi', ovvero le persone di età superiore agli 85 anni, in base alle previsioni dell'Istat, passeranno dall'attuale 3% al 9% della popolazione entro i prossimi quarant'anni. Questa tendenza rappresenta una sfida, oltre che per la sostenibilità del sistema previdenziale, anche per la capacità dei nostri servizi sociali e sanitari – intesi non solo come servizi di assistenza, diagnosi e cura, ma anche e soprattutto come prevenzione e spinta all'adozione di stili di vita più sani – di prolungare la durata della vita in buona salute, garantendo al contempo una sopravvivenza dignitosa e tutto il supporto necessario alle crescenti situazioni di cronicità e non autosufficienza. Da qui, la decisione di dotare il nostro Paese di strumenti e misure che possano coordinare e indirizzare in modo uniforme le politiche a sostegno dell'invecchiamento già esistenti a livello regionale, benché difformi per tipologia e ambito di applicazione, con la legge 23 marzo 2023, n. 33 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane* e successivo decreto di attuazione, D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29 *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane*. In materia di assistenza sanitaria, tali atti erano già stati preceduti dalla riforma dell'assistenza territoriale avviata con decreto 23 maggio 2022, n. 77 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, che mira a sviluppare i servizi di prossimità, in particolare, l'assistenza domiciliare, secondo un approccio che identifica la propria abitazione come il luogo privilegiato dell'assistenza per ciascun individuo.

Dall'altro lato, l'allargamento delle classi di età più avanzate della forza lavoro, determinato dal progressivo invecchiamento della numerosa generazione dei c.d. *baby boomers*, e le previsioni relative ai pensionamenti attesi nei prossimi anni, condizionano gli equilibri del nostro mercato del lavoro, paventando, in assenza di un efficiente meccanismo di sostituzione, seri rischi di *labour* e *skills shortage* in diversi settori economici.

Queste problematiche affliggono da tempo il nostro sistema sanitario che, a causa di molteplici fattori, quali il blocco delle assunzioni, la scarsa attrattività delle professioni sanitarie – legata anche a condizioni di lavoro particolarmente pesanti, alla scarsa soddisfazione lavorativa e a livelli salariali molto inferiori agli altri Paesi dell'eurozona – le difficoltà di accesso ai percorsi di istruzione nelle materie sanitarie e l'inadeguata programmazione dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, hanno determinato una significativa decrescita dei lavoratori del settore e il progressivo aumento dell'età media.

Tutto questo in un contesto di transizione tecnologica che interagisce con quella demografica e, pur presentando notevoli potenzialità, stenta ancora a diffondersi in ambito sanitario, incontrando molteplici difficoltà al suo sviluppo, legate anche all'età dei lavoratori, come resistenze di tipo culturale e mancanza di competenze specifiche, ma anche ai limiti dell'offerta formativa e della partecipazione alla formazione in questo ambito.

È in queste condizioni che il nostro SSN si è trovato ad affrontare la grave crisi pandemica da Covid-19, che ne ha messo drammaticamente in luce i limiti e le carenze, finendo per esasperarne tutte le ricadute negative, per i lavoratori, per gli utenti dei servizi e per la sostenibilità del sistema-salute nel suo complesso.

La spinta all'introduzione della telemedicina e di altre forme di applicazione del digitale ai servizi sanitari rappresenta un aspetto positivo di questa crisi, ma per sfruttare pienamente un'opportunità di sviluppo e innovazione di tale portata per questo settore, è necessario ragionare sui reali bisogni per investire in misura adeguata nella strumentazione e nelle infrastrutture necessari, ma anche nella formazione delle nuove professionalità e nell'aggiornamento delle skill.

La professione infermieristica gioca un ruolo cruciale in questo sistema.

Una figura sempre più formata e qualificata, necessaria in tutte le tipologie di strutture, vicina nel rapporto con i pazienti e i loro familiari, coinvolta in prima linea e rivelatasi indispensabile durante l'emergenza pandemica, indipendentemente dalla specializzazione o dal servizio/reparto/struttura di appartenenza. Una figura professionale difficile da reperire sul mercato del lavoro, che non attrae i giovani,

nonostante gli elevati livelli della domanda e la bassa precarizzazione dei rapporti di lavoro, prevalentemente di tipo dipendente e a tempo pieno.

I risultati della ricerca presentati nella seconda parte di questo volume contribuiscono a spiegare i motivi di questa scarsa attrattività. Le informazioni raccolte sulle condizioni di lavoro descrivono una professione con caratteristiche diverse da quelle ricercate dai giovani che si affacciano oggi sul mercato del lavoro: elevata gravosità, sia fisica che psicologica ed emotiva, poca flessibilità degli orari, turni di lavoro sulle 24 ore, lavoro prevalentemente, se non totalmente, in presenza e scarse opportunità di carriera. Inoltre, la soddisfazione lavorativa appare complessivamente molto bassa, soprattutto in relazione al trattamento economico e ai livelli di autonomia. Chi svolge attualmente questo lavoro ha visto tradursi in un progressivo peggioramento delle proprie condizioni lavorative i ripetuti tagli alla sanità dettati nel corso degli anni dalle diverse esigenze di contenimento della spesa pubblica e dalle necessità contingenti che richiedevano una revisione delle priorità della spesa stessa. Oggi sembra prevalere un sentimento di rassegnazione che non lascia intravedere alcun miglioramento nel prossimo futuro, forse addirittura qualche ulteriore peggioramento o, al massimo, il mantenimento delle condizioni di lavoro attuali. Con il progressivo invecchiamento di quanti sono oggi in servizio e i pensionamenti dei prossimi anni, che una componente non trascurabile degli operatori coinvolti nella rilevazione vorrebbe anticipare, questa professione sembra destinata a generare gravi carenze nel nostro SSN rischiando seriamente di comprometterne l'efficienza e le prospettive di rinnovamento. È opportuno qui ricordare, infatti, che si tratta di una figura professionale direttamente coinvolta nella riforma dell'assistenza territoriale, alla quale oggi può essere richiesta una ulteriore specializzazione (come nel caso dell'infermiere di famiglia e di comunità), o comunque l'acquisizione di altre competenze, non solo tecniche, ma anche relazionali, capacità di ascolto e di comprensione, di operare all'interno di reti territoriali, di valutare e prendere decisioni (c.d. *soft skills*), ma anche competenze digitali che consentano di agire in un ambiente lavorativo sempre più pervaso dalle nuove tecnologie.

Per tanti anni il sistema sanitario non è stato in grado di sfruttare pienamente le opportunità offerte dalle tecnologie digitali o lo ha fatto in modo sporadico e frammentato. Il decentramento del sistema sanitario, infatti, ha determinato un'eterogeneità di scelte a livello territoriale che, da un lato, ha favorito l'individuazione e l'attuazione di buone pratiche e realtà di eccellenza ma, dall'altro, ha generato differenze, sia di performance che di assistenza e cura, e quindi disuguaglianze sociali e professionali.

Il processo di trasformazione digitale in sanità, all'opposto, richiede un approccio sistemico capace di coinvolgere tutti gli attori e di intervenire su più livelli: tecnologico, infrastrutturale e culturale, ma anche istituzionale, gestionale, professionale e di comunità.

La transizione digitale implica un profondo rinnovamento dei modelli organizzativi e di governance, necessariamente accompagnati da un ripensamento del sistema educativo e formativo, che richiama il coinvolgimento del management e degli operatori.

Ai decisori si chiedono investimenti importanti in sistemi avanzati di sicurezza digitale, infrastrutture e robuste reti digitali che possano favorire connettività e interoperabilità tra sistemi informatici, garantendo omogeneità sul territorio nazionale.

Al management delle strutture si chiede di essere aperti all'innovazione e di avere specifiche competenze per gestire il cambiamento: capacità di scegliere le tecnologie migliori e di implementarle, individuare obiettivi e misurare le prestazioni con un approccio inclusivo verso tutte le risorse umane interessate.

Fattore propulsore per un efficace cambiamento è una formazione mirata a tutto il personale e coerente al fabbisogno, in grado di sviluppare competenze digitali e abbattere le barriere culturali. Al riguardo è necessario, in primo luogo, un ripensamento del sistema educativo e formativo, rispetto a obiettivi, programmi e metodologia formativa, che al contempo sia in grado di garantire flessibilità per adeguarsi facilmente, in termini di contenuti, ai rapidi cambiamenti tecnologici. Le esigenze formative sono cambiate, il personale sanitario richiama una formazione multidisciplinare, basata su situazioni reali e situata nel contesto lavorativo. All'acquisizione delle competenze tecnico-professionali è essenziale, in secondo luogo, affiancare lo sviluppo di competenze chiave, strategiche per favorire la comprensione e gestione di problemi e situazioni sanitarie complesse, nonché migliorare la collaborazione con i colleghi. Nei percorsi di apprendimento occorre, inoltre, considerare le dimensioni emotive e cognitive, per coadiuvare il personale sanitario nel cogliere i vantaggi nell'utilizzo delle nuove tecnologie, nel comprendere come si coniugano con le pratiche ordinarie di lavoro e con la professione, ma anche come si integrano nelle interazioni con i pazienti, contribuendo così a dissipare pregiudizi e resistenze. È, infine, cruciale che nel processo di formazione alla digitalizzazione siano coinvolti, attraverso specifiche e mirate azioni, anche i cittadini, al fine di renderli più vicini e integrati in una sanità digitale.

La pandemia ha indubbiamente posto l'enfasi sulle debolezze del sistema e sulle condizioni del personale sanitario, ma ha anche cambiato la percezione e la

consapevolezza, tra i vari attori del sistema, sull'importanza dell'innovazione nel rendere più efficienti i modelli di cura. Le risorse e gli interventi previsti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR, senza entrare nel merito del dibattito politico sull'entità delle risorse e sulla loro rimodulazione³³, possono rappresentare una svolta decisiva per avviare un processo di trasformazione in chiave digitale in grado di creare un modello di assistenza e cura innovativo, più efficiente, personalizzato e sostenibile, oltre che rispondente alle esigenze dei cittadini. Un processo che deve necessariamente essere supportato dalla presenza di personale qualificato, numericamente sufficiente, competente e adeguatamente formato per poter sostenere l'impegno necessario ad accompagnare questo cambiamento.

³³ Ricordiamo che il PNRR assegna alla Missione 6 'Salute' 15,6 miliardi di euro per affrontare in modo sinergico le difficoltà strutturali del SSN con interventi volti a: superare le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi; realizzare un'adeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali; ridurre i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni; sviluppare sinergie nelle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari; sfruttare appieno le opportunità di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN. Tale Missione si articola in due Componenti: C1 – Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, alla quale erano stati assegnati originariamente 7 miliardi di euro; C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (8,6 miliardi). La rimodulazione del PNRR ha redistribuito le risorse tra le due componenti, portando quelle destinate alla prima a 7,7 miliardi e lasciando invariata la dotazione finanziaria complessiva (Ministro per gli Affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR 2024).

Bibliografia

- Agenas (2023), *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Approfondimenti, marzo 2023*, Roma, Agenas
- Agenas (2022), *Il personale del Servizio Sanitario Nazionale, ottobre 2022*, Roma, Agenas
- Alastra V. (2022), *Avere cura dei professionisti della cura: medicina narrativa e orizzonti evolutivi*, in Alastra. V, Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti esperienze*, Milano, Franco Angeli, pp.45-68
- Arnone A., Gioiello G., Riccardo F. (2022), *Il gender bias in sanità: un'indagine qualitativa*, *Italian Journal of Nursing*, 26, n.40, pp.60-63
- Aversa M.L., Iadevaia V. (2019), *Innovazione tecnologica e invecchiamento della forza lavoro. Il caso del distretto dell'occhialeria di Belluno*, *Economia e società regionale*, XXXVII, n.3, pp.119-144
- Bellandi T., Cerri A., Mastrominico E., Mengozzi C., Papani M., Piccione S., Renzetti F., Tartaglia R. (2017), *Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. Benessere di medici e infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti*, Milano, Inail
- Benini S., Magenti N. (2021), *Quando l'assistenza "nutre" e quando "svuota". L'esperienza di cura raccontata da un gruppo di infermieri*, *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 2, n.1, pp.109-132
- Biselli D. (2022), *Le competenze come fattori indispensabili per la trasformazione digitale in sanità: il panel di frontiers health Italia 2022*, *digitalhealthitalia.com*, 29 luglio
- Bisogni F., Pirrotta S. (2018), *Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari*, *Rivista di Psicologia Clinica*, n.1, pp.32-65

- Boniol M., Mclsaac M., Xu L., Wuliji T., Diallo K., Campbell J. (2019), *Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries*, Working paper n.1, Ginevra, World Health Organization
- Borghetti V. (2023), L'assistente sociale nelle visite domiciliari di valutazione multidimensionale: riflessioni a partire dall'esperienza della misura lombarda di RSA Aperta, *I Luoghi della cura online*, n.2, 19 maggio
- Borgi M., d'Amore A., Chiarotti F., Silenzi A., Masella R., Petrini M. (a cura di) (2024), *Atti I Convegno. Stress, salute e differenze di genere nei caregiver familiari*, Rapporti ISTISAN 24/6, Roma, Istituto superiore di sanità
- Boscolo P.R., Fenech L., Rappini V., Rotolo A. (2019), Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità, in CER GAS – Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Università Bocconi, pp.529-575
- Bucci F., Giuliano S. (2018), Come sta cambiando il significato culturale del lavoro: Dal mito individualista del progresso a nuove forme di integrazione tra appartenenza e creatività, *Rivista di Psicologia Clinica*, n.2, pp.34-51
- Cabiati E. (2022), Digitalizzazione e social work, *Welforum.it*, 11 luglio
- Carli R. (2013), Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al Tema, *Quaderni della rivista di Psicologia Clinica*, n.1, pp.55-62
- Carli R. (1996), Psicoanalisi, mandato sociale e formazione, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, n.2, pp.5-24
- Carli R., Di Ninni A., Paniccia R.M. (2020), La rappresentazione dell'esordio della pandemia Covid-19 e del conseguente lockdown in Italia: Una ricerca psicosociale a cura di SPS, Studio di Psicosociologia di Roma, *Rivista di Psicologia Clinica*, 15, n.2, pp.28-63
- Carli R., Paniccia R.M. (2003), *Analisi della domanda*, Bologna, il Mulino
- Carli R., Paniccia R.M., Caputo A., Dolcetti F., Finore E., Giovagnoli F. (2016), La relazione che organizza il contesto sanitario: domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale, *Rivista di Psicologia Clinica*, n.1, pp.7-44
- Carlino M., Di Toppa U., Policelli S., Chiodi A, Margherita G. (2015), La funzione psicologica nella relazione tra ospedale e territorio: una ricerca intervento su Sclerosi Multipla e generatività, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, pp.44-60
- Censis (a cura di) (2024), *Dove sta andando il welfare? Salute, assistenza e previdenza nelle attese delle famiglie, 1° Paper del Rapporto 2024 Family (Net)Work, Laboratorio su casa, famiglia e lavoro domestico*, Roma, Censis
- Centro studi e ricerche in Salute internazionale e interculturale (a cura di) (2022),

L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca dicembre, Bologna, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Commissione europea (2022), *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla Strategia europea per l'assistenza*, COM(2022) 440 final, Bruxelles, settembre

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (2022), *Documento programmatico fabbisogni di personale sanitario*, Roma, 2 marzo

Corte dei conti (2024), *Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali, Esercizi 2022-2023*, Deliberazione n. 4/SEAUT/2024/FRG, Roma

Cortese C.G., Gerbaudo L., Manconi M.P., Violante B. (2013), L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo, *La Medicina del Lavoro*, 104, n.2, pp.141-157

Cortese C.G. (2007), Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study, *Journal of nursing management*, 15, n.3, pp.303-312

D'Agostino L., Romito A. (2023), *L'evoluzione del mercato del lavoro del comparto sanitario nel contesto della digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni*, Inapp Working paper n.103, Roma, Inapp

D'Angelo V. (2018), L'innovazione digitale e le sue implicazioni infermieristiche, *Le trasformazioni del digitale*, n.5, pp.37-39

De Santis V., Caccia S. (2019), L'infermieristica tra stereotipi e modelli incompiuti nell'arte cinematografica, *L'infermiere*, n.4, pp.10-17

DoRS (2023), *Glossario OMS dei termini di Promozione della Salute 2021*, Torino, DoRS - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute Regione Piemonte - ASL TO3

DoRS (2012), *Glossario OMS della Promozione della Salute*, Torino, DoRS - Centro Regionale di Documentazione, per la Promozione della Salute Regione Piemonte (trad. ufficiale) (1998), *Health Promotion Glossary*, Ginevra, World Health Organization

FNOPI (2023), *Audizione del 1° marzo 2023 alla Commissione Politiche dell'Unione europea del Senato sulla Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sulle norme riguardanti gli organismi per la parità nel settore della parità di trattamento e delle pari opportunità tra donne e uomini in materia di occupazione e impiego, e che sopprime l'articolo 20 della direttiva 2006/54/CE e l'articolo 11*

della direttiva 2010/41/UE, Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche

Fondazione Gimbe, Cartabellotta N., Cottafava E., Gili R., Luceri R., Mosti M. (2021), *Report Osservatorio Gimbe n.1/2021. Impatto della pandemia Covid-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, Bologna, Fondazione Gimbe

Fondazione Studi Consulenti del lavoro (2020), *Medici e infermieri, tra sottodimensionamento degli organici, rischi alla salute ed esigenze di conciliazione*, Roma, Fondazione Studi Consulenti del lavoro

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., Rotolo A. (2017), Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per anziani non autosufficienti, in CERGAS-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2017, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Egea, pp. 291-321

Frérot M., Lefebvre A., Aho S., Callier P., Astruc K., Aho Glélé L.S. (2018) What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017, *PLoS One*, 13, n.12, pp.1-27

Gruppo di lavoro SITI (a cura di) (2017), *Governare l'assistenza primaria. Manuale per operatori di sanità pubblica*, Milano, Bruno Mondadori

Hanlon G., Strangleman T., Goode J., Luff D., O'Cathain A., Greatbatch D. (2005), Knowledge, technology and nursing: The case of NHS Direct, *Human Relations*, 58, n.2, pp.147-171

Ilmarinen J. (2009), Work Ability: A Comprehensive Concept for Occupational Health, Research and Prevention, *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 35, n.1, pp.1-5

Inail (2021), *Seconda Indagine Nazionale sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro (Insula 2)*, Milano, Inail

Inapp, Checucci P., D'Agostino L., Iadevaia V. (a cura di) (2022), *Digitalizzazione e invecchiamento della forza lavoro nel settore dei servizi. I risultati di uno studio sui settori sanitario e bancario/assicurativo durante la crisi pandemica*, Inapp Report n.25, Roma, Inapp

Isfol, Aversa M.L., D'Agostino L., Parente M. (a cura di) (2015), *L'age management nelle grandi imprese italiane. I risultati di un'indagine qualitativa*, I libri del Fondo sociale europeo n.210, Roma, Isfol

ISS (2023), *Indagine nazionale sugli aspetti socioeconomici delle famiglie di persone con demenza*, Roma, Osservatorio demenze Istituto Superiore di Sanità

Khamisa N., Peltzer K., Ilic D., Oldenburg B. (2016), Work related stress, burnout, job

- satisfaction and general health of nurses: A follow-up study, *International journal of nursing practice*, 22, n.6, pp.538-545
- Kinman G., Leggetter S. (2016), Emotional labour and wellbeing: what protects nurses?, *Healthcare*, 4, n.4, pp.89
- Osservatorio Sanità Digitale (2022), *Sanità digitale: ora serve un cambio di marcia*, Milano, Politecnico di Milano – Dipartimento di Ingegneria Gestionale
- Locsin R.C. (2005), Technological competency as caring and practice of knowing persons as whole, in Parker M., Smith M., *Nursing Theories & Nursing Practice*, Philadelphia, F.A. Davis Company, pp.380-388
- Mastrillo A., Bevacqua L. Cenerelli E. (2023), *Corsi di laurea delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai Corsi e programmazione dei posti nell' A.A. 2023-24*, Relazione alla 152° Conferenza permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia e della Conferenza permanente dei Presidenti dei corsi di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria, 6 ottobre
- Ministero dell'Economia e delle finanze (2021), *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n.8*, Roma, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Ufficio Studi e pubblicazioni
- Ministero della Salute, Di Cesare M., Malgieri A., Trevisani V. (a cura di) (2023), *Il personale del sistema sanitario italiano. Anno 2021*, Roma, D.G. della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, D.G. delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del SSN
- Ministero della Salute (2022), *Situazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021*, Roma, D.G. della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica
- Ministero della Salute, Di Cesare M., Malgieri A. (a cura di) (2022), *Le donne nel servizio sanitario nazionale. Anno 2020*, Roma, D.G. della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica e D.G. delle Professioni sanitarie e delle Risorse umane del SSN
- Ministro per gli Affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR (2024), *Quarta relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, 22 febbraio 2024*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri
- NNA (a cura di) (2020), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto. 2020/2021. Punto di non ritorno*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore
- OECD (2023), *Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia*, Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali di OCSE, Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale

- Olivadoti L., Ciervo S., Tagliabue M., Frisone E. (2021), Gli stereotipi di genere in sanità ai tempi del Covid-19: indagine qualitativa dell'Azienda Sociosanitaria Territoriale di Lecco, *Journal of Health Care Education in Practice*, 3, n.1, pp.49-66
- Opi Roma (2022), Women in health, progetto CECRI protagonista all'Ambasciata britannica, *Infermiere oggi*, n.1, p.52
- Opi Roma (2021), L'impatto di genere sull'identità della figura infermieristica e rapporti interprofessionali, in Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, *Scientific Annual Report 2021*, Roma, Opi Roma, pp.76-83
- Pasquarotto L., Salvatore E., Tassi N. (2024), L'apporto specifico dell'educatore professionale nel lavoro con gli anziani, *I Luoghi della cura online*, n.1
- Perati G. (2023), La specificità del lavoro in RSA: necessità e opportunità di una formazione dedicata, *I Luoghi della cura online*, n.2
- Pica G., Pizziconi V., D'Elpidio G., Gazzelloni A. (2022), Il percorso universitario della Professione infermieristica spiegato ai giovani. Una scelta ancora condizionata da retaggi culturali, *Infermiere Oggi*, 32, n.3, pp.12-16
- Pirrotta S., Bisogni F. (2023), Il rapporto tra domanda e offerta nei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti: Una ricerca-intervento con medici di medicina generale, operatori sociali e famiglie, *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11, n.1, pp.33-53
- Remuzzi A., Remuzzi G. (2020), Covid-19 and Italy: what next?, *The Lancet*, n.395(10231), pp.1225-1228
- Romano M., Festini F., Bronner L. (2016), Studio trasversale sui determinanti di stress lavorativo per gli infermieri e sull'intenzione di abbandono della professione, *Professioni Infermieristiche*, 68, n.4, pp.203-210
- Sabo B. (2008), Adverse psychosocial consequences: compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable?, *Indian Journal of Palliative Care*, 14, n.1, pp.23-29
- Saglietto A., D'Ascenzo F., Zoccai G.B., De Ferrari G.M (2020), Covid-19 in Europe: the Italian lesson, *The Lancet*, 4, n.395(10230), pp.1110-1111
- Sanguedolce A. (2023), Il contributo del fisioterapista nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, *I Luoghi della Cura online*, n.3
- Sansoni J., De Caro W., Marucci A.R., Sorrentino M., Mayner L., Lancia L. (2016), Nurses' Job satisfaction: an Italian study, *Annali di Igiene*, 28, n.1, pp.58-69
- Scaratti G. (2022), Innovazioni tecnologiche in telemedicina: implicazioni organizzative e professionali, in Alastra. V, Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di), *Cambiare le*

relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie, Salute e società, Milano, Franco Angeli, p.69-84

- Sentinello M., Negrisolo A. (a cura di) (2009), *Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie*, Milano, McGraw-Hill
- Task Force 1 Global Health and Covid-19 (2021), *One health-based conceptual frameworks for comprehensive and coordinated prevention and preparedness plans addressing global health threats*, Policy Brief, September <https://www.t20italy.org/wpcontent/uploads/2021/09/TF1_PB05_LM02.pdf>
- Ten Hoeve Y., Jansen G., Roodbol P. (2014), The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper, *Journal of Advanced Nursing*, n.70, pp.295-309
- The European House Ambrosetti (2022), *Digital Health 2030. Verso una trasformazione data-driven della sanità*, Meridiano Sanità Sicilia, The European House - Ambrosetti
- UNECE (2023), *Older persons in vulnerable situation*, UNECE Standing Working Group on Ageing, Policy Brief n.28, United Nations Economic Commission for Europe
- Vainieri M., Marullo C., Bonciani M., Barchielli C. (2020), Gli infermieri e l'accettazione delle innovazioni nei contesti ad alta tecnologia, in Vainieri M., Barchielli C., Bellè N., *Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica*, Bologna, il Mulino, pp.223-240
- Venkatesh V., Morris M.G., Michael G., Davis G.B., Fred D. (2003), User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View, *MIS Quarterly*, 27, n.3, pp.425-478
- Vitalini A. (2010), L'uso delle reti sociali per la costruzione di campioni probabilistici: possibilità e limiti per lo studio di popolazioni senza lista di campionamento, *Studi di Sociologia*, 48, n.3-4, pp.383-398
- Wade D.T., Halligan P.W. (2017), The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come, *Clinical Rehabilitation*, 31, n.8, pp.995-1004
- Walker A. (1998), *Managing an Ageing Workforce. A Guide to Good Practice*, Dublin, The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities

Il Report presenta una rielaborazione dei risultati della ricerca *L'evoluzione del mercato del lavoro del comparto sanitario nel contesto della digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni*, per un approfondimento sulla professione infermieristica. In un contesto generale di rapido invecchiamento della popolazione e della forza lavoro, questi operatori svolgono un ruolo chiave all'interno dei servizi e nel processo di trasformazione dell'assistenza territoriale, anche alla luce delle disposizioni normative in materia di invecchiamento recentemente introdotte nel nostro ordinamento (L. n. 33/2023 e D.Lgs. n. 29/2024). Il testo, dopo una breve descrizione delle principali problematiche caratterizzanti la professione, come la segregazione di genere e le difficoltà di turnover generazionale, affronta i temi delle condizioni di lavoro, della transizione tecnologica e delle competenze digitali, a partire dall'esperienza diretta dei lavoratori che hanno preso parte all'indagine.

