Report su condizioni di lavoro nei servizi di cura
Alcune testimonianze di lavoratrici e lavoratori del Piemonte

A cura del tavolo welfare e tavolo lavoro di Sinistra Ecologista/AVS, Torino

Introduzione

«*Siamo testimoni di un lento ma inesorabile smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale, che spiana inevitabilmente la strada a interessi privati di ogni forma. Continuare a distogliere lo sguardo significa condannare milioni di persone a rinunciare non solo alle cure, ma a un diritto fondamentale: quello alla salute. Da anni i Governi, di ogni colore politico, promettono di difendere il Servizio Sanitario Nazionale, ma nessuno ha mai avuto la visione e la determinazione necessarie per rilanciarlo con adeguate risorse e riforme strutturali. Le drammatiche conseguenze sono sotto gli occhi di tutti: aumento delle disuguaglianze, famiglie schiacciate da spese insostenibili, cittadini costretti a rinunciare a prestazioni sanitarie, personale sempre più demotivato che abbandona la sanità pubblica. È la lenta agonia di un bene comune che rischia di trasformarsi in un privilegio per pochi*». Così Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE, ha aperto la presentazione dell'8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN)[1] presso la Sala della Regina della Camera dei Deputati.

Questa '*lenta ma inesorabile*' agonia del SSN, nato per garantire un servizio di cura universalistico, equo, di qualità e pubblico, non si ripercuote soltanto sulla salute di milioni di persone, ma ha delle ricadute importanti anche sulla qualità del lavoro di lavoratori e lavoratrici dei servizi di cura, con un impatto negativo in termini di stress lavoro correlato, carichi lavorativi insostenibili e conseguente fuga di professionisti/e, in particolare di medici/che dalla sanità pubblica.

I dati offerti dal sindacato ANAAO Assomed (Associazione medici dirigenti) sul fenomeno dell'abbandono della sanità pubblica in Italia, e specificamente in Piemonte, offrono un quadro molto preoccupante della situazione. Si parla di "*grande fuga*" o un "*esodo*" silenzioso, che sta portando al progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)[2].

[1] Comunicato stampa per la presentazione dell'8° Rapporto Gimbe. In: In: https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/8-rapporto-gimbe (10/06/2026)
[2] In https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-grande-fuga-dagli-ospedali-del-ssn-negli-ultimi-tre-anni-mila-medici-li-hanno-abbandonati-lo-studio-anaao-assomed/ (20/05/2026)

Secondo le analisi ANAAO, si tratta di una "*crisi strutturale determinata da burnout, condizioni di lavoro insostenibili, stipendi non competitivi e una forte spinta verso il settore privato o la libera professione (gettonismo)*".

Scenario Nazionale

- Dal 2019 al 2021, oltre **21.000 medici** hanno abbandonato gli ospedali del SSN: 8.000 per dimissioni volontarie e scadenza del contratto a tempo determinato e 12.645 per pensionamenti, decessi e invalidità al 100%.
- **Aumento delle Dimissioni:** In 10 anni, le dimissioni volontarie dei medici sono aumentate dell'81%[3].
- **Previsioni:** prossimo futuro segnato da un'ondata di pensionamenti. 39mila medici potrebbero lasciare il servizio tra il 2026 e il 2038, con un picco di oltre 3.200 uscite l'anno nel quadriennio 2029-2033[4].
- **Intenzione di abbandono:** L'87% dei medici intervistati da ANAAO segnala carichi di lavoro eccessivi e il 72% ha considerato di lasciare il posto fisso nel pubblico[5].

La situazione in Piemonte è critica, con un calo strutturale del personale di ruolo.

Dimissioni nel 2023: Secondo ANAAO Piemonte, nel 2023 si sono licenziati volontariamente **270 medici** ospedalieri, pari a circa il 3% del totale[6].

- **L'Azienda Ospedaliera di Alessandria** si conferma al primo posto nella classifica con il maggior numero percentuale di licenziamenti volontari**: le cessazioni volontarie si attestano sul 6,5**% del numero totale di medici attivi, valori ben al di sopra della **media regionale (3%).** Così per il terzo anno consecutivo. Seguono **Asl Cuneo 2, l'Azienda Ospedaliera di Novara e l'Azienda Vco**, tutte con quote di medici in fuga al di sopra del 5% dei medici attivi.

- Tra gli abbandoni si riscontra **una prevalenza delle donne:** sul totale dei medici che si sono trasferiti al privato **sono il 58%.**

- **Specialità a rischio:** la maggioranza dei medici che passano dal SSR alla medicina privata sono medici di **Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza e di Anestesia e Rianimazione**, specialità che già gli scorsi anni cedevano numerosi medici al privato. [7]

Per quel che riguarda in particolare il **personale non medico**, con più limitate possibilità di ricerca di soluzioni fuori del SSN e con minor autonomia

[3] In: https://www.anaao.it/public/aaa_6756738_adn_anaao.pdf (20/05/2026)
[4] In: https://www.giornaleprevidenza.it/professione/ssn-inefficiente-per-mancanza-di-personale/ (20/05/2026)
[5] In: https://www.anaao.it/content.php?cont=39480 (20/05/2026)
[6] In: https://www.anaaopiemonte.info/wp-content/uploads/2024/11/Dimissioni-medici.pdf (20/05/2026)
[7] In: https://www.anaaopiemonte.info/wp-content/uploads/2024/11/Piemonte-le-grandi-dimissioni-dei-medici.pdf (06/05/2026)

professionale, le condizioni di lavoro particolarmente critiche si manifestano in forme di stress lavoro correlato e di burnout.

Secondo i dati dell'OMS, lo **stress lavorativo** rappresenta oggi una delle emergenze sanitarie più sottovalutate del mondo occidentale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2024), depressione e ansia legate al lavoro costano circa 1 trilione di dollari all'anno in perdita di produttività globale – equivalente a 12 miliardi di giornate lavorative perse. Negli Stati Uniti, lo studio di Goh, Pfeffer e Zenios (2015) pubblicato su Management Science ha stimato che circa 120.000 morti annue e il 5-8% dei costi sanitari siano direttamente attribuibili a fattori stressanti lavorativi. Tuttavia, dietro questi numeri si cela una realtà più profonda: milioni di lavoratori che quotidianamente sperimentano sofferenza psicologica, esaurimento emotivo e senso di impotenza. I dati globali confermano la portata del problema: il rapporto Mercer (2024) riporta che l'82% dei dipendenti è a rischio di burnout, mentre secondo Gallup (2024) il 41% dei lavoratori nel mondo sperimenta alti livelli di **stress** quotidiano, percentuale che sale al 49% negli USA e Canada, con le donne (54%) più colpite degli uomini (45%)[8].

Alcuni dati sulla diffusione dello stress cronico nel personale sanitario in Italia

- Circa 46% dei dipendenti sanitari lavora in condizioni di stress cronico.

Le principali cause segnalate sono:

- carichi di lavoro eccessivi (34%)
- mancanza di riconoscimento professionale (39%)
- turni lunghi e straordinari (24%)
- problemi organizzativi e gestionali.

In Italia, il burnout è particolarmente grave tra i lavoratori in prima linea e i settori che richiedono un impegno emotivo elevato, come nel caso d lavoratori e lavoratrici del servizio sanitario:

"*Il 46% dei dipendenti sanitari in Italia lavora in condizioni di stress cronico. Si tratta della seconda categoria professionale più colpita dal burnout, subito dopo i lavoratori del settore privato. Le lunghe ore di lavoro (indicate dal 24% degli intervistati come una causa di stress) e la mancanza di riconoscimento (39%) sono fattori particolarmente frequenti in ambito sanitario. A questi si aggiungono*

[8] Osservatorio dei Disturbi Emotivi e Mentali – Gennaio 2026, Di Giovanni Maria Ruggiero, Sara Palmieri, Giovanni Mansueto. Pubblicato il 27 Gen. 2026. In: In: https://www.stateofmind.it/2026/01/osservatorio-disturbi-emotivi-mentali-gennaio-2026/?utm_source=chatgpt.com (10/06/2026)

carichi di lavoro eccessivi (34%) e una gestione percepita come inefficace (31%). È una combinazione che logora lentamente la salute mentale degli operatori sanitari, compromettendo il loro benessere e, indirettamente, la qualità delle cure offerte ai pazienti"[9].

Un primo lavoro di inchiesta e raccolta di testimonianze

Con questo lavoro, realizzato congiuntamente dal tavolo welfare e lavoro della Sinistra Ecologista di Torino, vogliamo iniziare un'attività di ascolto e raccolta di testimonianze delle condizioni di lavoro di chi opera nei servizi di cura in Piemonte, attraverso interviste discorsive e focus group, con una traccia molto libera (in allegato), in modo da dare massimo spazio alla narrazione delle e dei partecipanti [10]. Pur consapevoli che la metodologia del focus group prevede una partecipazione minima di 6 persone, abbiamo voluto mantenere questa definizione, anche con gruppi numericamente più piccoli, per distinguerli dalle interviste individuali e perché, in questi incontri, l'interazione fra i partecipanti è sempre stata molto attiva e dinamica.

Alla data del 15 giugno 2026, sono stati ascoltati/e 21 lavoratori e lavoratrici che operano nei servizi di cura della persona nella nostra regione: Medici/che, Infermieri/e, Operatrici Socio Sanitarie, Personale Amministrativo, Educatrici e un Fisioterapista. I nomi, quando riportati nel report (fatta eccezione del responsabile CGIL Sanità) sono di fantasia.

Le testimonianze di alcuni medici/che, specializzandi/e che lavorano presso ospedali e strutture sanitarie della nostra regione.
Focus group del 18/11/2025

Giovanni, medico specializzando in psichiatria presso l'Università di Torino, descrive le condizioni dei giovani medici in formazione come particolarmente precarie: "*Il nostro contratto non è particolarmente vantaggioso: per le ore lavorate il percepito netto è di circa 9,50 € netti all'ora. Tutto questo va un po' contro lo stereotipo della professione di medico come ben retribuita. Fino a che non si raggiunge il titolo di specialista questo non è vero. Più o meno si percepiscono al netto di tasse universitarie e iscrizione all'Ordine, circa 1.000–1.500 € al mese. Questo stipendio comprende le notti, i festivi ed i turni ed abbiamo pure responsabilità mediche/legali, perché poi noi medici abilitati siamo responsabili di quello che facciamo anche se teoricamente supervisionati da un*

[9] In: https://www.tuttosanita.com/dipendenti-sanitari-il-46-e-in-tilt/?utm_source=chatgpt.com (10/06/2026)
[10] Cardano M, La ricerca qualitativa, Il Mulino, 2011

tutor: cosa che nel mio caso avviene, mentre nel caso di alcuni colleghi in altre specialità spesso non succede".

Il periodo di specializzazione, che può durare 4-5 anni tra i 25 e i 32 anni, coincide con fasi importanti della vita personale, rendendo difficile accedere a mutui o altre agevolazioni finanziarie: "*Un medico fino ai 31-32 anni non può chiedere un mutuo e deve avere garanti in famiglia, perché formalmente percepisce solo una borsa di studio.*"

Negli ultimi anni ci sono stati comunque dei miglioramenti: "*Credo che negli ultimi anni ci sia stato un lieve miglioramento legato probabilmente all'azione un po' più incisiva di alcuni sindacati, tra cui ANAAO giovani. Le condizioni contrattuali, sono lievemente migliorate. Non tanto nel senso di un aumento salariale, ma concedendo di fare più attività extra lavorativa, che diventa una modalità di arrotondare il salario. Penso che molti eviterebbero queste attività, se la retribuzione fosse più adeguata"*.

E aggiunge: "*Fino a pochissimi mesi fa il medico in formazione specialistica poteva solo svolgere come attività extra per arrotondare lo stipendio la guardia medica o il sostituto del medico di famiglia, oppure ancora alcune attività di continuità assistenziale (per esempio in carcere) e nessun altro lavoro. Per capirci un medico specializzando la cui famiglia aveva una pizzeria, non poteva nel suo tempo libero aiutare il papà a fare pizzaiolo, e questo valeva per tutte le attività libero professionali legate invece alla professione medica. Negli ultimi mesi questa cosa è stata concessa Quindi attualmente un medico specializzando può, nel suo tempo libero dalle 38 ore settimanali, fare il medico di competizioni sportive, ad esempio. Questa cosa viene utilizzata da molti colleghi (quelli che non lavorano 70 ore a settimana per la loro scuola di specializzazione come per esempio capita a molti aspiranti chirurghi) per arrotondare lo stipendio e per renderlo più dignitoso*".

Viene sottolineato inoltre come il carico di lavoro a volte superi di gran lunga le ore contrattuali e come spesso i colleghi debbano svolgere turni doppi in condizioni di stress e rischio, soprattutto nelle specialità chirurgiche.

Per quanto riguarda le strutture, esistono gravi carenze materiali: "*Nell'ospedale dove opero non abbiamo un boccione d'acqua potabile; fino a pochi mesi fa condividevamo il bagno con i pazienti; nel pronto soccorso non ci sono sedie sufficienti per medici e pazienti, quindi spesso visitiamo stando in piedi*."

Per un anno sono mancate anche le divise: in generale l'ospedale non appare adeguato né per i pazienti né per gli operatori.

Lidia, neo specializzanda in psichiatria, porta l'esperienza di chi lavora nella medicina territoriale in una casa di comunità; "*Le criticità principali sono la carenza di risorse e il fatto che ci siano poche figure professionali assunte rispetto*

a quelle richieste dall'utenza. Alcune colleghe sono andate in maternità e non sono state sostituite. Questo fa sì che tutto il lavoro gravi sui colleghi rimasti. La criticità che rilevo è il carico di pazienti che mi sono stati assegnati: ne ho davvero tanti e sono spesso situazioni gravi che richiedono particolare attenzione e impegno. Si deve tener conto che lavoro in una zona con problematiche sociali difficili, e questo fa sì che il bisogno di salute sia più alto, perché dove la gente è più povera sta peggio.".

Il carico di lavoro è alto anche in termini di straordinari: "*Ho fatto 26 ore di straordinario nel primo mese, che non sono retribuite, ma possono essere recuperate in permessi. Tuttavia, la possibilità di usufruire di questi recuperi è limitata, perché se io non vedo i miei pazienti, non li vede nessuno*." E aggiunge: "*Spero di riuscire a farlo nel futuro. Ho però sempre la preoccupazione che il mio diritto vada a discapito del servizio, anche perché, visto che siamo messi tutti così, i miei pazienti se non li vedo io non li vede nessuno (a meno che, ovviamente, non vi siano grandi urgenze), e questo è particolarmente grave nelle cure psichiatriche che richiedono una grande continuità. Stessa cosa succede se si è di guardia nel week end. In tal caso sarebbe in teoria garantito il recupero infrasettimanale della giornata lavorata, ma usufruirne è sempre complicato perché di nuovo si lascia l'utenza senza un servizio importante".*

Ma esistono situazioni anche peggiori: "*Conosco molti colleghi che lavorano di giorno e sono reperibili la notte seguente. Quindi, devono essere pronti e, se vengono chiamati, vanno comunque a lavorare. Questo va a scapito ovviamente della prestazione che puoi garantire perché, se stai lavorando da 24 ore, non so che visite puoi fare".*

Con la mancata sostituzione di pensionamenti e maternità, anche nella nostra regione, in alcuni servizi psichiatrici, si sono vissuti mesi particolarmente critici per medici e pazienti: *"Ho vissuto una fase in cui le maternità ed i pensionamenti non sono stati sostituiti e i pochi medici si sono trovati con a testa una valanga di pazienti da seguire: come potete immaginare molti pazienti per mesi non sono stati visti da nessuno. Ci veniva chiesto di svolgere un servizio di qualità e di prendere in carico lo stesso numero di pazienti come se avessimo risorse al 100%, anche se in verità le risorse umane erano al 60%. Questa cosa ovviamente non è sostenibile: quindi non si possono curare con qualità molte più persone con pochissime risorse".*

Il carico orario ha un impatto diretto sulla qualità della vita extra lavorativa e sulla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: "S*ulla vita personale alla fine il problema è la riduzione del tempo libero, che si aggiunge alla pressione e alla responsabilità che senti avendo scelto di fare un lavoro di cura. È ovvio che all'inizio della carriera investi in quel lavoro di cura, ti impegni e ti scontri con le*

carenze di risorse, di tempo, con il fatto di non riuscire a erogare il servizio che hai in mente. Tutto questo ovviamente dopo un po' ti demoralizza".

Attualmente lo stipendio di Lidia si aggira sui 3.000 euro mensili: *"Il mio stipendio da neoassunta, quindi in prova, è di circa 3000 euro. Ci sono delle indennità aggiuntive, ad esempio, i turni di guardia vengono pagati un po' di più, così come i giorni festivi. Per adesso però non riesco a quantificare".*

Anche la struttura dove opera Lidia è gravemente insufficiente, pur essendo nuova: "*Noi lavoriamo in una casa di comunità e abbiamo un problema di spazi nonostante la struttura sia nuova e bella. Non ci sono infatti abbastanza spazi per tutto il personale che vi lavora. Nello specifico del mio servizio non abbiamo abbastanza stanze per le colleghe psicoterapeute, per i colleghi psicoterapeuti e per gli infermieri. Trovo un po' assurdo che una struttura nuova non sia stata progettata con gli spazi adeguati. Faccio un altro esempio: non abbiamo una sala assemblee per fare riunioni e quindi adesso dobbiamo riunirci in un luogo di passaggio condiviso con il pubblico ed è un problema perché noi spesso parliamo di informazioni sensibili. È un problema che dovrà essere risolto nel momento in cui la casa di comunità entrerà davvero in funzione e quindi quello spazio sarà molto trafficato"*.

La chiamano "Casa della comunità", ma funziona come una spece di poliambulatorio: *"La Casa della comunità non è ancora pienamente a regime. Nel senso che non tutte le specialità sanitarie sono presenti, con il relativo personale. Noi attualmente condividiamo il piano con i fisioterapisti, Adesso non c'è l'apertura continua (24 h al giorno). L'impressione che ho è che attualmente funzioni un po' come un ambulatorio, che alle 17 chiude. Mi pare infine che l'aspetto sociale sia poco preso in considerazione, cosa che invece nel nostro servizio di salute mentale è fondamentale".*

Sandro, cardiologo che lavora in ospedale della provincia di Torino, aggiunge che la questione riguarda anche il benessere dei medici esperti: *"Secondo me le persone se ne vanno dal sistema sanitario pubblico perché lo stress è davvero tanto. Io conosco colleghi che, pur con un contratto di 38 ore settimanali, fanno senza problemi 55 ore la settimana ed anche il recupero delle ore eccedenti non si riesce mai ad averlo."* E continua: "*Ci sono miei colleghi che dovrebbero mettersi in ferie per mesi e non riescono mai a recuperare quella quantità di ore che gli spetterebbero. Aggiungi a ciò che lavori anche in orari scomodi, io in media faccio due weekend al mese e quasi mai riesco ad avere il cosiddetto recupero ore. Cioè se io lavoro il sabato dalle 9: 00 alle 21: 00 teoricamente il lunedì non dovrei lavorare. Questo sistematicamente non lo posso fare ed il risultato è che per due settimane al mese lavori sei giorni. Quindi, dopo un po' vien da dire: ma perché*

devo vivere così male? E quindi molti medici vanno a lavorare in ambienti che sono un po' più sereni: banalmente dove possono avere tempo libero per la propria vita familiare".

Oltre agli orari che già sono piuttosto pesanti, c'è anche un po' di frustrazione perché, per come è organizzato il sistema sanitario stesso, è difficile fare salute nel senso completo del termine: "*Tu ti occupi di quel paziente che vedi per due tre giorni, imposti una terapia e poi tanti saluti: quindi non riesci mai a fare salute in un senso più ampio. Ad esempio, se tu hai un paziente al quale viene un infarto perché beve, tu puoi operarlo, però se poi quello non cambia vita, se tu non hai la possibilità di seguirlo ti vien da dire: ma che sto facendo? Perché ti rendi conto che non stai davvero facendo Salute a largo raggio*".

Altra condizione di forte stress è rappresentata dal contatto quotidiano con la sofferenza, con il dolore, a volte, con la morte: *"Un'altra cosa stressante, che purtroppo però non puoi cambiare, è che lavori con la tristezza, sotto tanti punti di vista, nel senso che comunque le persone a volte muoiono e comunque; tutto questo, te lo porti a casa".*

E poi c'è la specificità della condizione femminile: "*Le donne poi si scontrano con i problemi che possono derivare dalla gravidanza. È paradossale, ma molte preferiscono quasi fare un bambino mentre sono specializzande, anche se non hanno diritto alla maternità retribuita. Infatti, una volta assunte, possono sentire commenti di colleghi che vorrebbero, non che rinunciassero alla maternità, ma che magari non la prendessero tutta per non lasciare il servizio scoperto".*

Una situazione molto critica riguarda le condizioni di lavoro nei Pronto Soccorso e nei servizi di emergenza.

Per Sandro: *"La situazione dei pronto soccorso è ancora peggiore: il personale scappa, soprattutto fuori dai grandi centri. È difficilissimo, trovare un medico "urgentista" in periferia perché è un lavoro davvero molto stressante. Si tratta infatti di relazionarsi con situazioni di stress della famiglia e del malato, che spesso diventano aggressivi fino alla violenza fisica. Ci sono poi anche molto spesso medici che lavorano nei pronto soccorso che però non sono formati per fare interventi di urgenza. Spesso sono lì a gettone, fanno quello che possono, ma non è il loro mestiere".*

Nel Pronto Soccorso, molte volte, non esistono standard adeguati di sicurezza per operatori e utenti, sottolinea Giovanni: "*Credo sia un aspetto da tenere in considerazione il fatto che il Pronto Soccorso raramente ha delle postazioni di persone veramente deputate alla sicurezza del personale e degli altri pazienti. Quindi molto spesso gli operatori sono soli davanti a situazioni di pericolo. L'altra notte, ad esempio, un paziente tossicodipendente mi ha minacciato di morte e mi*

stava per mettere le mani addosso perché era molto agitato: voleva che gli dessimo dei farmaci che non era appropriato somministrargli. Noi sapevamo che anche chiamando la sicurezza probabilmente non ci sarebbe stata una soluzione di nessun tipo perché la sicurezza molto spesso non interviene perché non è messa nelle condizioni di intervenire e spesso non ci sono le forze dell'ordine".

E nel privato? …

Luca, anestesista e libero professionista, che lavora presso una struttura sanitaria privata, offre un punto di vista diverso: "*Sono uno specialista in anestesia e rianimazione. Porto un punto di vista un po' diverso perché sono al momento un libero professionista e come attività principale lavoro presso una casa di cura privata convenzionata. Ci sono arrivato dopo una serie di esperienze nel pubblico che per me sono state deludenti, un po' per i motivi che sono stati detti".*

Rispetto all'esperienza nel pubblico, la libera professione, offre dei vantaggi da molti punti di vista: *"Effettivamente rispetto alle esperienze che ho fatto nel pubblico ho una qualità di vita nettamente migliore perché guadagno proporzionalmente a quanto lavoro e ho un discreto margine per prendere accordi su quanti turni fare, mentre è più difficile trovare un cambio perché non ho nessuno che mi copre ufficialmente. Quindi io mi faccio carico dei miei turni e li devo rispettare. Il vantaggio però sta che, se trovi un accordo con la struttura, puoi lavorare le ore che desideri. Parlo di un orario di 30-35 ore a settimana, anche prendendomi poi dei periodi lunghi di assenza perché ad agosto la clinica è chiusa, così come nel periodo delle festività (a dicembre due settimane) e durante i ponti sto a casa: è un'esperienza che mi ha dato in un determinato momento della mia vita la possibilità di fare quello di cui avevo bisogno, cioè di lavorare avendo anche tempo libero: cioè, mi ha permesso di conciliare molto di più lavoro e vita privata".*

Anche dal punto di vista remunerativo le condizioni sembrano buone: *"La mia tariffa, attualmente è di 75 Euro lordi l'ora quindi a fine mese, nonostante il grosso carico di tasse che sono da pagare, hai uno stipendio più interessante di quello che percepisce un neoassunto nel pubblico. Poi forse, nel lungo periodo potrebbe essere un po' diverso, però comunque in questi anni ho sicuramente guadagnato bene senza lavorare tantissimo. In ogni caso a fine anno il fatturato è comunque più che più che sufficiente".*

Esistono comunque una serie di limiti legati in particolare alla mancanza di tutele, in termini di garanzie di manutenzione del posto di lavoro o in caso di infortuni o contenziosi legali e la limitata possibilità di crescita professionale

"I limiti della mia esperienza mi sono chiari: prima di tutto sono un libero professionista, pertanto non ho tutele: se domani mi rompo la gamba, se non sono assicurato, sono fatti miei. Se fai qualcosa che non piace, non vai d'accordo con

quella direzione, dall'oggi al domani potrei essere lasciata a casa. Questo mi mette nella condizione di dover sempre dire sì anche a situazioni che magari non mi piacciono, di dover sempre un po' sottostare a quel tipo di lavoro che mi viene un po' imposto, ed avere quindi meno margini di manovra rispetto a condizioni più tutelate."

Altra criticità riguarda la difficoltà ad affrontare le situazioni di emergenza.

"In caso di emergenza, bisogna chiamare il 118 che ci mette un po' di tempo per intervenire: quindi a volte magari sono in difficoltà sulla procedura di intubazione. Ma sono tutti fatti miei e devo in qualche modo aggiustarmi. Quindi rispetto al servizio pubblico c'è un po' questa cosa dove è tutto veramente ridotto all'osso e molte volte devi cavartela tu davanti a una situazione critica".

Il privato offre sicuramente una qualità della vita migliore, ma non le stesse opportunità formative e casistiche del pubblico.

"Una cosa che mi sta molto frustrando è che l'attività è estremamente ripetitiva perché mancando tutto il bacino d'utenza che accede al pubblico, che per fortuna esiste ancora, manca l'opportunità di crescita professionale, di formazione e di casistiche più complesse. Questo è un aspetto purtroppo che mi sta molto mancando e per questo sto facendo un concorso pubblico".

A metà fra pubblico e privato esiste una modalità di accesso al servizio sanitario, chiamata **intramoenia** o libera professione intramuraria, che si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura e la spesa, come tutte le spese sanitarie, è detraibile dalle imposte. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro, con il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione[11].

Su questo argomento, Giovanni e Sandro spiegano che si tratta di una modalità che permette ai medici di integrare lo stipendio e di smaltire le liste d'attesa, anche se presenta molti limiti: "*Il problema non è l'intramoenia in sé, ma stipendi poco competitivi e carenza di assunzioni. Se si eliminasse l'intramoenia, molti medici passerebbero al privato puro, con perdita di risorse per il SSN*".

[11] Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", per la libera attività intramuraria, in: https://www.salute.gov.it/new/it/tema/professioni-sanitarie/intramoenia-la-nuova-disciplina/ [06/05/2026]

E aggiungono: "*È certamente una modalità odiosa per il paziente: è una soluzione che prova a tenere un po' insieme capra e cavoli, nel senso che prova a consentire ai medici di integrare un po' il proprio stipendio, visto che il sistema pubblico non intende o non può o non vuole pagare di più i propri medici. È importante però che la gente sappia che i medici che visitano in intramoenia lo fanno nel loro tempo extra: quindi svolgono le loro 38 ore settimanali (o quelle che sono, spesso molte di più) e poi invece di fare visite in studi o strutture private le effettuano negli ospedali pubblici. In questo modo, peraltro, non si intascano tutta la parcella: circa il 30% rimane alla struttura. Il vantaggio per il sistema pubblico è che molti medici sono così stimolati a non andarsene, si smaltiscono un po'le liste d'attesa ed inoltre la struttura ospitante incassa una parte di quanto pagato dai pazienti che optano per questa modalità. (…) Non credo che l'intramoenia sia il nemico da combattere: la soluzione sarebbe aumentare lo stipendio a parità di lavoro e assumere, questa sarebbe la soluzione giusta, anche per il paziente. Inoltre l'intramoenia, rispetto al privato puro, garantisce l'accesso, soprattutto in determinate specialità, alla strumentazione ospedaliera pubblica, che ha un livello di qualità di solito di più alto rispetto a quello che può darti il privato".*

Che fare? Alcune proposte per migliorare la sanità pubblica.

I medici concordano su alcune strategie per migliorare la sanità pubblica:

- **Assunzioni stabili e sufficienti**, per ridurre il carico di lavoro e garantire continuità.

"Quello che serve è sicuramente assumere, assumere, assumere, in modo tale da ridurre e ridistribuire il carico di lavoro".

"Bisogna, secondo me, assumere: questo è il primo passo. Ma devono essere assunzione di un certo tipo. Nel senso che dal covid in poi sono stati tappati tanti buchi con gettonisti e assunzioni con contratti temporanei, con convenzioni che però non garantiscono di offrire un servizio per una vera pratica di buona salute. È chiaro che il lavoratore che deve coprire un turno oggi a Torino e domani a Savona e dopodomani a Roma non è portato lavorare con un'ottica di lungo periodo per quella struttura sanitaria, ma si barcamena per finire il suo turno di guardia e fare meno danni possibili. Invece, investendo sul personale e sulle risorse umane stabili si possono creare dei percorsi di tutela della salute dei pazienti e dei cittadini perché la qualità del lavoro che l'assunto fornirà sarà migliore".

- **Miglioramento delle strutture e degli spazi e adeguamento degli stipendi agli standard europei,** garantendo un miglior bilanciamento tra vita lavorativa e vita privata.

“Poi, altre cose importanti: certamente spazi adeguati per lavorare ed infine magari un aumento dello stipendio. Non perché quello attuale non vada bene, ma perché è poco competitivo. Altrimenti, un medico già frustrato dalle condizioni di lavoro ad un certo punto è portato a pensare: ma perché devo stare qui, nel pubblico, se nel privato posso avere una qualità di vita nettamente migliore e magari uno stipendio più alto?”.

“Partiamo dal fatto che in Europa il lavoro dei medici è molto ricercato e dato che tutti noi parliamo inglese, sarebbe relativamente facile una mobilità verso l’estero dove potremmo guadagnare due o tre volte quello che percepiamo adesso. Sono però sicuro che molti colleghi preferirebbero rimanere comunque nel sistema pubblico in Italia se, anche con questi stipendi, fosse possibile bilanciare meglio il tempo del lavoro con il tempo di vita. E questo perché siamo in tanti a credere nel sistema sanitario nazionale. Nel non dover chiedere al paziente, prima di iniziare le cure, se ha l'assicurazione o no, come succede in altri paesi. Penso che questa sia una bella cosa, nella quale in cui tanti crediamo”.

- **Maggiore medicina territoriale e prevenzione**, per spostare il baricentro dal pronto soccorso e dall’ospedale alla comunità, anche per ridurre le diseguaglianze sociali e esiti di salute.

“Secondo me, inoltre, la risposta per come migliorare il sistema sanitario è uscire dagli ospedali, nel senso che certamente servono gli ospedali, però per migliorare la salute nella popolazione, devi farla fuori dall'ospedale, devi farlo prima. Quindi più prevenzione, tanta medicina territoriale, a partire dal ruolo dei medici di base. (…)

Se fossero assunti dalle ASL potrebbero fare rete fra di loro e fare tutta una serie di percorsi territoriali. Invece se tu se tu lasci che chi lavora nella “cattedrale” (l'ospedale) ti veda una volta e poi fra sei mesi, non funziona. Anche perché poi in ospedale noi lavoriamo come una catena di montaggio: il paziente entra nella procedura e poi se ne va ed il follow up è difficile farlo. Questo almeno in cardiologia. Invece il follow up dovresti farlo sul territorio. Quindi, secondo me, più ti allontani dall'ospedale più la medicina funziona e diventa davvero una pratica sociale e condivisa di tutta la comunità”.

“*Penso invece che la prima cosa sarebbe incrementare le attività di prevenzione. L'informazione e l’istruzione della popolazione soprattutto nelle aree difficili come quella con cui ci interfacciamo sicuramente sono le prime cose da fare, perché molti pazienti che abbiamo noi non hanno minimamente idea di quali siano i loro diritti.*

Parliamo di persone che non sono mai andate in centro a Torino, non sanno che cos'è Piazza San Carlo. Quindi bisogna combattere la disuguaglianza sociale".

- **Riduzione della burocrazia**, che spesso ricade sui medici sottraendo tempo alla cura e **innovazione tecnologica,** anche attraverso l'introduzione di nuovi strumenti quali la telemedicina

"Quello che potrebbe migliorare notevolmente la qualità del mio lavoro, sarebbe ridurre la parte burocratica, nel senso che c'è una carenza nelle Asl di personale amministrativo e una parte di quel lavoro ricade sui medici, che spesso non riescono a farlo bene. Infine: si, la telemedicina potrebbe essere utile".

"Per quanto riguarda la telemedicina, potrebbe essere un elemento di aiuto, ma dipende da come verrebbe utilizzata. Nel mio campo, ad esempio, può aiutare ma non se si utilizzerà per abbassare i costi e ridurre il personale".

Il quadro che emerge dai racconti è chiaro: il sistema sanitario pubblico italiano funziona grazie alla dedizione degli operatori, ma rischia di perdere personale qualificato se non vengono migliorate le condizioni di lavoro, la sicurezza, la continuità dei servizi e la qualità della vita dei medici. Le soluzioni passano da assunzioni stabili, miglioramento delle strutture e organizzazione più efficiente, oltre a valorizzare il lavoro degli operatori con salari e welfare adeguati.

"*Non è possibile che siamo sempre solo noi operatori sanitari a credere nel sistema sanitario nazionale: deve essere anche il sistema sanitario nazionale a credere in noi."*

Alcune testimonianze di operatori e operatrici di un ospedale del Piemonte
Focus Group del 5 marzo 2026

Renata, ruolo amministrativo, descrive la sua attività come "*sempre più indefinita e sovraccarica […] Siamo diventati un po' l'ultimo approdo delle grane*", perché "*qualsiasi novità da parte della Regione […] viene tutto sbolognato sempre comunque su di noi*". Il suo lavoro comprende attività estremamente eterogenee: gestione delle cartelle cliniche, liste operatorie, trasporti in ambulanza dei pazienti, esenzioni, prenotazioni, supporto agli ambulatori, gestione del personale e coordinamento con medici e infermieri.

Negli ultimi anni, spiega, il carico di lavoro è aumentato drasticamente senza alcun incremento del personale. In particolare, la gestione delle cartelle cliniche è stata trasferita ai reparti dopo lo smembramento dell'ufficio dedicato: "*è stato*

distribuito questo lavoro sui reparti […] senza preparazione e senza il personale". La sensazione diffusa è quella di un continuo scaricamento di responsabilità verso il basso.

Grande spazio occupa anche il tema delle prenotazioni sanitarie e della presa in carico dei pazienti fragili. Renata descrive giornate intere trascorse a cercare visite specialistiche impossibili da reperire: "*devo avere la bacchetta magica, trovargli il posto*". Il problema è particolarmente grave per pazienti nefrologici candidati al trapianto, che necessitano di esami obbligatori (ad esempio le visite dermatologiche) senza i quali non possono essere inseriti nei percorsi trapiantologici. "*Spesso i pazienti rinunciano e vanno privatamente*", racconta, perché le liste d'attesa arrivano anche a un anno.

Il lavoro viene descritto come sempre più frustrante e schiacciato dall'emergenza continua: "*arrivi a fine giornata […] dopo che hai usato tutta la fantasia possibile e immaginabile*", ma magari si riescono a fissare soltanto "*tre impegnative, tre appuntamenti esterni*". La sensazione di impotenza genera tensioni anche con altri uffici e operatori.

Un altro nodo centrale riguarda l'assenza di sostituzioni e l'isolamento lavorativo. Renata spiega di essere completamente sola nella gestione di attività che coinvolgono "*tre piani dell'ospedale*". Se si assenta, il lavoro rimane fermo: "*quando rientro mi trovo la scrivania con tutto l'arretrato*". Non esistono procedure strutturate di sostituzione né passaggi di consegne. "*Nessuno mi ha fatto affiancamento"*, racconta, e gran parte del lavoro "*me lo sono un po' creato*".

Le testimonianze insistono molto anche sulla frammentazione delle responsabilità e sull'assenza di riferimenti chiari. Gli amministrativi dipendono formalmente da una coordinatrice amministrativa che, secondo quanto raccontano, "*non sa assolutamente che lavoro facciamo*", ma allo stesso tempo è responsabile di valutazioni, straordinari, ferie e organizzazione del personale. Per qualsiasi problema operativo, però, "*ti rimandano alla caposala*". Questa doppia dipendenza genera una situazione percepita come caotica: "*abbiamo mille responsabili, ma poi quando cerchi un referente non ne hai uno*".

Molto duro è anche il giudizio sui sistemi di valutazione del personale. Serena, in particolare, denuncia valutazioni arbitrarie e scollegate dal lavoro effettivamente svolto. Roberta racconta di avere ricevuto valutazioni peggiori proprio nel periodo in cui gestiva contemporaneamente quattro reparti: "*questo è il ringraziamento per aver fatto di tutto e di più*".

Il tema dello straordinario non riconosciuto ritorna più volte. Alcuni raccontano di fermarsi oltre l'orario "*e sbollare*" per evitare problemi con i superiori, pur continuando a lavorare. Lo straordinario, infatti, spesso non viene autorizzato, ma il lavoro deve comunque essere completato.

Le testimonianze del personale infermieristico confermano un quadro analogo. Serena, infermiera in ostetricia, descrive un reparto progressivamente impoverito di personale dopo la riorganizzazione per "*intensità di cura*". Le infermiere rimaste devono contemporaneamente gestire ostetricia, ginecologia, pronto soccorso ostetrico, sala operatoria e degenze. "*Non posso essere una persona sola*", dice, raccontando situazioni in cui il reparto rimane senza personale perché l'infermiera deve accompagnare un'emergenza in sala operatoria.

Anche i medici sono descritti come insufficienti. In ostetricia spesso c'è "*un ginecologo solo per tutto l'ospedale*", costretto contemporaneamente a seguire ambulatori, urgenze, ecografie e sala operatoria. "*Va sempre tutto bene perché non si accavallano mai le cose*", osserva ironicamente Serena, evidenziando quanto il sistema si regga sulla continua improvvisazione e sulla disponibilità individuale.

Molto forte è anche la denuncia dell'uso sistematico del "*contingente minimo*". Secondo le lavoratrici, ormai si lavora quotidianamente nelle condizioni che dovrebbero valere soltanto durante scioperi o festività: "*come se fosse domenica tutti i giorni*". La carenza di personale produce tensioni continue, aumento dei conflitti interni e peggioramento del rapporto con i pazienti.

Le operatrici collegano direttamente queste condizioni all'aumento del burnout e del disagio psicologico. "*Molti non ce la fanno più*", racconta Serena. Diverse colleghe "*si licenziano o abbandonano*", mentre altre resistono fino alla pensione. Vengono citati casi di ipertensione, crolli psicofisici, accesso a supporti psicologici e perfino pensieri suicidari.

Le testimonianze evidenziano inoltre un peggioramento del clima generale anche nei rapporti con l'utenza. Dopo il Covid, raccontano, sono aumentate aggressività e tensioni: "*la gente ha meno pazienza e tolleranza*", ma contemporaneamente gli operatori non riescono più a garantire quel contenimento relazionale che prima compensava almeno in parte le carenze organizzative.

Sul piano organizzativo emerge una critica molto netta alla governance aziendale. Secondo diverse partecipanti al focus manca completamente una pianificazione dei carichi di lavoro: "*analisi di tempi e metodi zero*". Nuove attività vengono

continuamente assegnate senza valutazioni preventive, senza formazione e senza investimenti adeguati.

Tra le proposte avanzate emergono alcune richieste molto concrete:

- definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità;
- reale analisi dei carichi di lavoro;
- incremento del personale amministrativo e sanitario;
- sostituzioni strutturate;
- formazione interna e affiancamento;
- strumenti informatici più efficienti;
- maggiore uniformità nella presa in carico dei pazienti;
- riconoscimento del lavoro amministrativo nei reparti;
- attenzione reale al benessere psicologico degli operatori.

La testimonianza di altri/e operatori e operatrici dello stesso ospedale
Focus group 11 marzo 2026

Le testimonianze raccolte tra operatrici socio-sanitarie, infermiere e personale amministrativo confermano il quadro di un'organizzazione percepita come in progressiva difficoltà, nella quale la carenza di personale, l'aumento dei carichi di lavoro e una gestione giudicata poco efficace stanno producendo conseguenze significative sia sul benessere dei lavoratori sia sulla qualità del servizio erogato ai cittadini.

Molte delle intervistate lavorano in questo ospedale da oltre vent'anni e descrivono una situazione profondamente diversa rispetto a quella vissuta all'inizio della loro esperienza professionale.

Sara, Operatrice Socio Sanitaria (OSS) del blocco operatorio racconta di aver iniziato a lavorare in ASL nel 2000 e di essere presente in sala operatoria dal 2006. Secondo la sua testimonianza, negli ultimi anni il lavoro è diventato progressivamente più pesante sotto molteplici aspetti: organizzativi, relazionali e professionali. La causa principale individuata dagli operatori è la progressiva perdita di personale non compensata da nuove assunzioni.

«*Abbiamo perso diversi colleghi per pensioni, motivi di salute e trasferimenti volontari senza che siano stati rimpiazzati*.»

Alcune colleghe sottolineano come il problema non riguardi soltanto il numero di persone presenti, ma anche l'assenza di una programmazione chiara e trasparente. Le decisioni relative agli spostamenti di personale, alle sostituzioni e alla distribuzione delle attività vengono spesso percepite come poco comprensibili e scarsamente condivise. Questa situazione genera un senso diffuso di sfiducia nei confronti della direzione aziendale e delle strutture di coordinamento.

«*Ti senti sovente anche un po' presa in giro da chi sta sopra*.»

Nel blocco operatorio emerge con forza il tema della crescente flessibilità richiesta agli operatori. L'OSS non svolge più soltanto le attività tradizionalmente associate al proprio profilo professionale, come il trasporto dei pazienti, il cambio dei letti, la gestione dei rifiuti e la decontaminazione del materiale chirurgico, ma viene frequentemente utilizzato per coprire carenze di personale infermieristico. Una delle lavoratrici descrive questa situazione con parole molto efficaci:

«*Da un momento all'altro, per carenza di personale infermieristico, mi ritrovo a tappare i buchi all'interno della sala.*»

Secondo le testimonianze, questa modalità organizzativa è ormai diventata ordinaria e non eccezionale. Anche le colleghe riferiscono di dover continuamente adattarsi a mansioni diverse senza che vi sia un corrispondente riconoscimento professionale o organizzativo. La percezione è quella di una continua richiesta di disponibilità e adattamento da parte dell'azienda, senza che vengano affrontate le cause strutturali del problema.

Uno dei temi più ricorrenti e sentiti riguarda la gestione della reperibilità. Nelle testimonianze la reperibilità viene descritta come uno degli elementi più pesanti dell'organizzazione del lavoro. Formalmente dovrebbe servire a garantire la copertura delle urgenze, ma secondo gli operatori viene utilizzata sistematicamente per compensare ritardi organizzativi e insufficienze della programmazione ordinaria.

Una lavoratrice afferma: «*Non succede quasi tutte le settimane. Succede quasi tutti i giorni*.»

Molte riferiscono che al momento di iniziare il turno sanno già che verranno richiamate la sera: «*Io so già al momento che stasera dovrò venire*.»

Particolarmente critica viene considerata l'assenza di reali tempi di recupero dopo le ore lavorate in reperibilità. Le lavoratrici raccontano di poter terminare un intervento in piena notte e dover rientrare regolarmente al lavoro il giorno successivo. La reperibilità viene inoltre vissuta come profondamente svuotata

della sua funzione originaria. Secondo diverse intervistate, una parte consistente delle chiamate non sarebbe legata a emergenze imprevedibili ma a interventi rinviati o non completati durante l'orario ordinario: «*Se questa équipe reperibile fosse utilizzata veramente per le urgenze andrebbe benissimo. Il problema è che viene utilizzata per tutto il resto*.»

La sensazione diffusa è che l'organizzazione ordinaria scarichi sistematicamente sulla reperibilità problemi che dovrebbero essere affrontati diversamente.

Un tema particolarmente discusso riguarda la gestione dei tagli cesarei urgenti. Gli operatori contestano il fatto che venga attivata l'équipe reperibile del blocco operatorio anche in situazioni nelle quali il personale del reparto è già in grado di avviare autonomamente la procedura. Secondo le testimonianze, spesso l'équipe arriva quando l'intervento è già sostanzialmente concluso: «*Arrivi che è tutto fatto.*» La questione viene vissuta come emblematica di una gestione inefficiente delle risorse. Da anni, raccontano vengono avanzate osservazioni e proposte senza che sia stata trovata una soluzione condivisa.

L'aspetto probabilmente più drammatico che emerge dalle interviste riguarda l'impatto delle condizioni di lavoro sulla salute mentale. Le testimonianze riportano numerosi casi di disagio psicologico importante. Ansia, attacchi di panico, depressione, insonnia e ricorso a farmaci sono elementi che compaiono ripetutamente nei racconti.

L'OSS afferma: «*Io ho 32 anni e alla mia salute mentale e fisica ci tengo particolarmente*.». La stessa lavoratrice spiega che la malattia rappresenta talvolta l'unico modo per ottenere un recupero psicofisico che l'organizzazione non garantisce. Ancora più forte la testimonianza di un'infermiera: «*Da ottobre prendo farmaci e sono seguita da uno psichiatra e da uno psicoterapeuta.*» Un'altra racconta di aver avuto un attacco di panico in sala operatoria e di essere stata costretta a rivolgersi al pronto soccorso.

Questi racconti mostrano come il disagio non venga percepito come un problema individuale ma come il prodotto di condizioni organizzative diventate insostenibili.

Molti operatori esprimono la sensazione che il paziente non sia più realmente al centro dell'organizzazione. La crescente pressione produttiva viene descritta come incompatibile con i tempi necessari per una cura sicura e di qualità. Una strumentista sintetizza il problema con una frase molto netta: «*Il messaggio è sempre: veloce, veloce, veloce*.»

Secondo le intervistate, la logica dominante sembra essere quella dell'aumento del numero delle prestazioni e della riduzione dei tempi. Questa pressione viene vissuta come particolarmente problematica in sala operatoria, dove la sicurezza dipende anche dalla possibilità di effettuare controlli accurati sul materiale e sulle procedure: «*Il paziente passa in ultimo piano perché non è più la priorità.»*

Alcune operatrici esprimono inoltre dubbi e perplessità rispetto alla crescente attenzione agli obiettivi produttivi e agli incentivi economici collegati all'attività chirurgica.

La scarsità di risorse alimenta tensioni e conflitti tra professionisti. Diverse intervistate parlano esplicitamente di una "*guerra tra poveri*", nella quale lavoratori appartenenti a profili diversi finiscono per contrapporsi pur condividendo gli stessi problemi.

Le relazioni con i coordinatori vengono descritte come spesso difficili. Molte raccontano di essere state rimproverate pubblicamente o di non avere spazi adeguati di confronto. Le criticità organizzative finiscono così per trasformarsi in conflitti relazionali.

Le testimonianze convergono nell'identificare la carenza di personale come il problema strutturale da cui derivano gran parte delle altre criticità. Secondo quanto riferito, numerosi reparti operano quotidianamente con il cosiddetto "*contingente minimo*", cioè con il numero di operatori normalmente previsto per i giorni festivi o per gli scioperi. Questo significa che una condizione pensata per essere eccezionale è diventata la normalità. La conseguenza è una pressione continua sui lavoratori e una riduzione degli spazi di recupero.

Gli operatori sottolineano che il problema non riguarda soltanto il benessere dei lavoratori. Secondo gli intervistati, le difficoltà organizzative producono inevitabilmente effetti anche sui pazienti.

L'aumento dei tempi di attesa, la riduzione della possibilità di instaurare relazioni di cura significative e l'incremento delle tensioni nei servizi contribuiscono ad alimentare episodi di conflittualità con l'utenza. Molti lavoratori osservano che dopo la pandemia si è registrato un aumento dell'aggressività nei confronti del personale sanitario. Allo stesso tempo riconoscono che operatori sottoposti a elevati livelli di stress hanno maggiori difficoltà a svolgere quel ruolo di ascolto, contenimento e accompagnamento che rappresenta una componente essenziale del lavoro di cura.

Testimonianza di due infermieri e un tecnico di radiologia di un altro ospedale della regione

Focus group del 3 giugno 2026

Maurizio, «infermiere di emodinamica» all'interno della cardiologia interventistica, racconta di aver maturato «*competenze specialistiche proprio lavorando sul campo nel settore»* e di essere in servizio da circa dieci anni nell'azienda, dopo un'esperienza precedente nel privato, in una struttura di riabilitazione cardiologica e neuromotoria. Fin dall'inizio emerge la natura altamente tecnica e delicata del suo lavoro, che riguarda pazienti definiti *«molto fragili, pazienti critici*».

Il cuore della sua attività quotidiana è descritto attraverso le procedure: coronarografie, angioplastiche e interventi complessi legati sia alla componente ischemica sia all'elettrofisiologia cardiaca. Maurizio insiste sulla varietà e sull'intensità del lavoro, che richiede «*grandi doti di concentrazione, grande attenzione*». Questa complessità non è solo clinica, ma anche organizzativa, perché si traduce in un sistema di turni e reperibilità molto invasivo nella vita personale.

Il primo grande tema che emerge è proprio quello delle reperibilità, vissute come un elemento strutturale ma estremamente stressante. Il servizio prevede «*7 reperibilità al mese*», spesso anche oltre i limiti contrattuali, e che questo sistema è aggravato dall'elevata probabilità di chiamata, dato che l'azienda copre «*un bacino d'utenza estremamente grande*». Le chiamate notturne sono frequenti e possono verificarsi più volte nella stessa notte: «*Veniamo chiamati costantemente* …». Il problema non è solo l'interruzione del riposo, ma la sua frammentazione e la sua inefficacia reale. Infatti si è in una condizione in cui il riposo non è mai continuo: il sistema delle 11 ore di recupero viene applicato in modo spezzato, non garantendo un recupero autentico. Il risultato è un riposo solo formale: *«non è un riposo di qualità, non è un riposo reale, è un riposo digitale, virtuale*». In questo scenario, anche quando il contratto sembra garantire tutele, la realtà lavorativa si traduce in notti interrotte e giornate successive di lavoro comunque obbligatorie. Il passaggio tra turni può essere estremamente ravvicinato: si può finire alle 20 e ricominciare alle 8 del mattino, oppure alternare pomeriggi e mattine senza una vera continuità di recupero.

Maurizio descrive gli effetti concreti di questo sistema sulla vita quotidiana. Le reperibilità possono durare giorni consecutivi e includere festivi e weekend, generando periodi in cui il lavoro invade completamente il tempo personale. Il tono diventa più personale quando afferma: «*ci sono dei periodi in cui proprio il destino ti*

si accanisce contro e vorresti aver fatto un altro lavoro nella vita». In queste condizioni, il peso è ancora maggiore per chi ha responsabilità familiari, figli piccoli o altre fragilità esterne al lavoro.

A questa dimensione si aggiunge un secondo livello critico: la struttura del personale e la distribuzione dei carichi di lavoro. Giacomo evidenzia una crescente sproporzione tra le figure dirigenziali mediche e il personale tecnico-infermieristico: «*ci troviamo con un numero di medici che praticamente si avvicina molto al numero di tecnici*», ma che le attività operative ricadono in larga parte sul comparto tecnico e infermieristico. Questo crea un effetto diretto: «*il tecnico si deve sobbarcarsi un numero di ore di lavoro superiore a quello che era il suo contratto*», per permettere al sistema di funzionare e ai medici di giustificare la loro presenza.

Il racconto si allarga poi a una riflessione più ampia sull'organizzazione aziendale. Maurizio e i colleghi osservano che negli ultimi anni si è verificato un aumento significativo delle unità mediche, mentre il personale di supporto è rimasto sostanzialmente invariato. Questa dinamica viene percepita come uno squilibrio strutturale: «*gli infermieri, i tecnici, gli OSS non ne parliamo, sono sempre quelli*». Il risultato è un aumento della produttività complessiva, ma sostenuto da un carico crescente su un numero invariato o insufficiente di operatori.

Un ulteriore elemento che complica il quadro è l'esternalizzazione di alcuni servizi e l'utilizzo di personale con contratti differenti. Marco racconta la presenza di figure che operano tramite service esterni o come liberi professionisti: «*sono dei liberi professionisti quei ragazzi*». Questo crea una convivenza tra lavoratori con tutele e condizioni molto diverse, che lavorano fianco a fianco ma con garanzie non comparabili. La conseguenza è una frammentazione del lavoro e una maggiore precarietà per alcuni settori, con possibili ricadute anche sulla continuità operativa.

In parallelo, il tema delle ferie emerge come un altro punto di forte criticità. Maurizio afferma di aver accumulato «*più di 40 giorni tra ferie, permessi e tutto il resto*», difficili da smaltire senza compromettere il funzionamento del servizio. Le ferie, pur essendo un diritto, diventano difficili da utilizzare perché richiedono una redistribuzione del carico su chi rimane in servizio. Questo genera una situazione paradossale: le ferie vengono formalmente concesse, ma nella pratica sono spesso rimandate o fruite in condizioni di personale ridotto.

Il racconto insiste più volte sulla metafora della "coperta corta": ogni intervento per coprire una mancanza ne genera un'altra. «*la coperta quella è*», viene detto per sintetizzare la sensazione di un sistema rigido, dove ogni spostamento di risorse crea nuovi vuoti altrove. Anche le richieste di supporto tra reparti, come nei punti

prelievo o nelle emergenze, seguono questa logica di continua compensazione interna.

Verso la parte finale, la testimonianza si allarga a una riflessione più strutturale sul sistema sanitario. Viene criticata una distribuzione delle risorse percepita come sbilanciata, con un aumento del personale dirigenziale e una stagnazione del comparto operativo. Questa dinamica viene letta come una scelta organizzativa che rischia di compromettere la sostenibilità del sistema, soprattutto in un contesto già segnato da carenza di infermieri e tecnici.

Il racconto si chiude su una preoccupazione più generale: la difficoltà di mantenere il sistema in equilibrio in un contesto di carenza cronica di personale e di turnover insufficiente. Marco richiama infatti una tendenza nazionale: «*potremmo essere o forse lo siamo già a un punto di non ritorno per quanto riguarda alcune professioni*». È una conclusione profondamente critica, che lascia emergere l'idea di un sistema che rischia di reggersi sempre più su sforzi individuali e adattamenti continui, piuttosto che su una struttura stabile e sostenibile.

Intervista a un'infermiera dello stesso ospedale
Intervista del 26 maggio 2026

Graziella è un'infermiera con trentotto anni di esperienza nel sistema sanitario pubblico. Ripercorrendo la propria carriera, racconta un percorso professionale interamente dedicato all'area dell'emergenza-urgenza. Dopo gli inizi in chirurgia presso un ospedale della regione, viene assegnata a una RSA, dove contribuisce anche all'avvio dell'assistenza domiciliare. Successivamente realizza il proprio obiettivo professionale entrando in rianimazione, dove rimane per otto anni, prima di trasferirsi al pronto soccorso. Dal 2020 viene spostata nel DEA a seguito della riorganizzazione sanitaria e, dal 2023, lavora nel reparto di cardiologia.

Nel descrivere l'evoluzione del lavoro sanitario, Graziella individua una netta cesura rappresentata dalla pandemia di Covid-19. A suo giudizio, prima della pandemia «*forse prima si lavorava, tra virgolette, un pochino meglio*». L'emergenza sanitaria viene ricordata come un evento traumatico e senza precedenti: «*c'è stata una cosa mai vista prima e che auguro che nessuno passi più*».

Il trasferimento suo e di altre/i infermiere/i da un ospedale della regione un altro avviene in un clima difficile. Gabriella racconta l'esistenza di forti tensioni tra il personale proveniente dai due ospedali: «*noi eravamo quelli di … che non facevano*

nulla», percepiti come operatori meno preparati e costretti a «*imparare a lavorare*». A questo si aggiunge una situazione organizzativa che definisce di «*disorganizzazione totale*», poiché «*nessuno sapeva cosa doveva fare*».

La pressione sui servizi durante la pandemia porta all'utilizzo di spazi non progettati per l'assistenza sanitaria. Gabriella ricorda come i pazienti venissero assistiti persino negli spazi del CUP: «*li curavamo lì, perché c'era spazio per tutte le barelle*». La divisione tra percorsi Covid e non Covid genera ulteriori problemi, poiché molti pazienti inizialmente negativi risultavano positivi dopo alcuni giorni, rendendo inefficace la separazione tra aree "*pulite e sporche"*. Ripensando a quel periodo, usa parole molto forti: «*c'è stato un delirio veramente totale*».

Secondo Graziella, il periodo successivo alla fase più acuta della pandemia è stato addirittura peggiore. Se durante il Covid molte persone evitavano l'ospedale per paura del contagio, successivamente si è verificato un forte aumento degli accessi ai pronto soccorso. Parla apertamente di «*sovraccarico*» e sottolinea che il sistema si è trovato a gestire contemporaneamente pazienti gravi e casi che avrebbero potuto essere risolti altrove.

Alla base di questa situazione individua sia problemi organizzativi sia carenze del sistema territoriale. Durante il Covid, a suo avviso, «*il personale non era preparato*» e «*eravamo tutti allo sbando più totale*». Oggi, invece, il problema principale è l'ingestibilità della domanda sanitaria. Definisce l'utenza «*ormai diventata ingestibile sotto molti punti di vista*» e osserva come il riconoscimento sociale tributato agli operatori sanitari durante la pandemia sia rapidamente svanito: «*da che prima eravamo gli eroi, adesso dobbiamo ritornare ad essere i soliti cretini di prima*».

La relazione con l'utenza è infatti uno degli aspetti che più la colpiscono. Le/gli infermiere/i, soprattutto nei servizi di emergenza, devono affrontare insulti e aggressività dovuti ai lunghi tempi di attesa. Graziella prova anche a comprendere il punto di vista dei cittadini, ma descrive un sistema territoriale incapace di offrire risposte rapide: «*chiamo il medico e non mi risponde* (…) *vado alla guardia medica e gli dice no, vado in pronto soccorso*». Per questo si domanda: «*effettivamente cosa devono fare queste povere persone?*». Secondo lei esiste una «*mancanza di risposta sul territorio*» che spinge inevitabilmente i cittadini verso il pronto soccorso.

Un altro tema centrale dell'intervista riguarda la carenza di personale. Graziella afferma senza esitazioni che «*manca personale*» e che il problema è aggravato dal fatto che molti giovani infermieri non desiderano lavorare nei reparti ospedalieri più impegnativi. Osserva che spesso i neoassunti chiedono di essere destinati ad

ambulatori o servizi percepiti come meno gravosi. Questo fenomeno, a suo avviso, contribuisce a rendere sempre più difficile la copertura dei turni.

La scarsità di personale ha conseguenze dirette sulle condizioni di lavoro. Graziella racconta di dover frequentemente modificare i propri programmi e di essere richiamata nei giorni di riposo. Porta l'esempio concreto della domenica precedente, quando ha dovuto lavorare «*12 ore di seguito*». Alla domanda se si tratti di episodi occasionali risponde chiaramente: «*capita spesso*».

Nonostante ciò, precisa che non percepisce particolari pressioni da parte della dirigenza o dei coordinatori. Il problema, secondo lei, non deriva da una cattiva gestione locale ma dall'impossibilità materiale di coprire tutti i turni con il personale disponibile. Usa una metafora efficace per descrivere la situazione: «*la coperta è sempre stretta*».

Dal punto di vista economico, il suo stipendio netto oscilla tra i 2.050 e i 2.150 euro mensili, comprensivi delle indennità. Gli straordinari vengono generalmente accumulati in un monte ore anziché essere retribuiti, perché «*non conviene*» farseli pagare a causa della tassazione.

Graziella evidenzia anche un forte turnover del personale, soprattutto tra i giovani infermieri. Secondo lei, molti abbandonano rapidamente i reparti più impegnativi oppure chiedono trasferimenti. Parallelamente denuncia una gestione della mobilità interna che penalizza i lavoratori più anziani. Ricorda che in passato l'anzianità costituiva un criterio importante per accompagnare progressivamente gli operatori verso servizi meno pesanti. Oggi, invece, osserva il fenomeno opposto: «*sta esattamente succedendo il contrario*». Racconta il caso di una collega sessantaduenne che non riesce a ottenere il trasferimento nonostante l'età e gli anni di servizio, mentre operatori molto più giovani vengono spostati prima.

Passando alla sua esperienza attuale in cardiologia, Graziella descrive un reparto altamente specializzato e caratterizzato da un'intensa attività quotidiana. La struttura dispone di posti letto ordinari, posti di UTIC e alcuni di subintensiva. I pazienti provengono dalle sale di emodinamica, dall'elettrofisiologia e dal DEA. Nonostante la complessità assistenziale, il personale infermieristico rimane ridotto, specialmente durante i turni notturni.

Grande attenzione viene dedicata all'organizzazione dei turni. Graziella descrive una pianificazione molto frammentata, con sequenze irregolari di giorni lavorativi e riposi. Questa modalità viene definita «*turno libero*» e produce una distribuzione dei riposi poco prevedibile: «*può capitare tre giorni, un riposo, quattro giorni, due riposi,*

un giorno, un riposo». A suo giudizio questo sistema è più pesante rispetto ai vecchi modelli a rotazione regolare.

Infine affronta il tema delle turnazioni da dodici ore, oggetto di discussione anche nel suo reparto. La sua posizione è articolata. Ritiene che le dodici ore possano funzionare in contesti come la rianimazione, dove il lavoro può essere pianificato e distribuito nell'arco della giornata. In cardiologia, invece, quasi tutte le attività si concentrano nella fascia mattutina e pomeridiana. Per questo sostiene che l'operatore impegnato nel turno diurno «*si ammazza*», dovendo gestire terapie, ricoveri, dimissioni e preparazione degli interventi. Al contrario, il turno notturno è relativamente più leggero. La sua conclusione è netta: «*non ha senso un 12 ore fatto in cardiologia*». A conferma della fatica accumulata, ricorda di aver svolto recentemente un turno di dodici ore in una giornata considerata tranquilla e conclude con una frase significativa: «*io lunedì ero cotta*».

Testimonianza di un'Operatrice Socio Sanitaria di una clinica privata

Giovanna è una lavoratrice con 36 anni di servizio presso una clinica della nostra regione, oggi parte del gruppo Humanitas. La sua esperienza professionale attraversa tre fasi: la gestione religiosa, l'amministrazione privata e infine l'ingresso in un grande gruppo sanitario.

La traiettoria individuale si intreccia così con un processo più ampio di trasformazione della sanità privata, offrendo uno sguardo dall'interno sulle condizioni di lavoro, le culture organizzative e le tensioni quotidiane.

La clinica era storicamente rinomata soprattutto per la maternità. La chiusura di quel reparto viene ricordata come un momento simbolico di rottura:

"*Era famosa per la sua maternità… era un fiore all'occhiello. Poi è arrivata Humanitas e hanno fatto due conti: non c'erano i numeri, troppo rischio, e l'hanno tolta*."

Il racconto mette in evidenza uno spostamento di priorità: ciò che prima rappresentava identità e qualità del servizio offerto diventa valutato principalmente in termini di sostenibilità economica.

Pur riconoscendo una maggiore organizzazione nella nuova gestione, l'intervistata sottolinea la continuità di un problema strutturale:

"*Il grande problema è sempre stato il personale. Se possono risparmiare sul personale, risparmiano*."

La razionalizzazione aziendale non elimina dunque la pressione sui lavoratori, ma la riorganizza.

Per oltre vent'anni l'intervistata ha lavorato in sala operatoria. Il racconto è segnato dalla fatica fisica e dall'assenza di tutele adeguate:

"*Mi sono fatta vent'anni di suore che ci facevano tirare barelle da soli. Smontavi letti, facevi tutto da sola*."

Le conseguenze sulla salute diventano un punto di svolta:

"*Avevo una limitazione di 8 kg per il sollevamento di pesi. Mi hanno spostata al centralino e poi mi hanno dato il licenziamento*."

Il passaggio dal reparto al centralino non è solo un cambiamento di mansione, ma una frattura biografica: "*Dopo otto mesi di cassa integrazione e una vertenza, ho accettato un part-time: o facevo la causa senza sapere come finiva, o accettavo il part-time. E oggi lavoro al centralino*."

La vicenda mostra come l'usura fisica del lavoro sanitario si intrecci con la vulnerabilità contrattuale nel settore privato.

Anche il centralino si rivela uno spazio di intensificazione del lavoro. Le mansioni non si limitano alla gestione delle telefonate:

"*Noi facevamo le cartelle cliniche. Fotocopiavamo, spedivamo via mail criptata… con cento persone che passano al giorno*."

La descrizione restituisce un ambiente frammentato e saturo:

"*Io con la cartella aperta, il telefono che squilla, la gente al bancone… puoi sbagliare*."

L'episodio dell'invio errato di una cartella clinica diventa emblematico:

"*Per fortuna era criptata. Però mi hanno detto che potevo essere denunciata. Io davanti al giudice cosa dico? Che stavo facendo accoglienza, telefono e cartelle tutte insieme?"*

Poco dopo viene istituito un ufficio dedicato alle cartelle cliniche. L'intervistata osserva con una punta di ironia:

"*Magari non è collegato… però un dubbio mi è venuto*."

Il racconto mette in luce come l'errore individuale sia spesso il sintomo di un problema organizzativo.

Negli ultimi anni i ricoveri sono quasi raddoppiati:

"*Eravamo sui 1.100 ricoveri. L'ultimo anno siamo arrivati a 2.195*."

Anche gli ambulatori registrano un forte afflusso. Tuttavia, secondo la testimonianza, il personale non è cresciuto in proporzione:

"*Se ci sono due sale operatorie, qualcuno deve fermarsi. Ti pagano lo straordinario, ma se hai un figlio da andare a prendere cosa fai?"*

Il lavoro è reso imprevedibile dalla presenza di medici liberi professionisti:

"*Il medico dice che viene alle tre, arriva alle cinque. E tu resti*."

Il tempo lavorativo si dilata oltre i confini formali del turno.

Un passaggio ricorrente riguarda la trasformazione del clima lavorativo. L'intervistata descrive una differenza netta rispetto al passato:

"*Una volta, se c'era un paziente che stava male, correvamo tutti. Adesso ognuno fa il suo."*

E ancora:

"*L'OSS deve fare quello, l'infermiere deve guardare il computer, la caposala deve fare altro. Non c'è più quello spirito*."

La divisione più rigida delle mansioni produce, secondo lei, una minore solidarietà tra colleghi e un rallentamento delle pratiche quotidiane.

Un altro tema centrale è la percezione di una svalutazione dell'esperienza:

"*Adesso guardano molto più il titolo di studio che le capacità*."

Le lavoratrici con maggiore anzianità si sentono marginalizzate:

"*Sembra quasi che il volto anziano sia diventato un peso*."

Il sapere pratico accumulato in decenni di lavoro rischia di essere oscurato dalla centralità delle credenziali formali.

Nel ruolo di rappresentante per la sicurezza, l'intervistata evidenzia criticità importanti:

"*Siamo l'unica Humanitas senza vigilanza notturna, perché dicono che costa.*"

Nonostante ciò, nella Carta dei Servizi risulta indicata la presenza di sorveglianza:

"*C'è scritto che c'è la sorveglianza notturna. Io l'ho letta. E un paziente me l'ha detto: 'Tanto di notte c'è la vigilanza'. Ma non è vero.*"

Episodi di intrusioni negli spogliatoi alimentano la preoccupazione:

"*Una collega si è trovata uno negli armadietti. Era terrorizzata*."

Sono intervenuta anche sul Documento di Valutazione dei Rischi, mi avevano chiesto di firmarlo anche con delle incongruenze, ma io non l'ho fatto e ho richiesto delle modifiche:

"*Non l'ho firmato. Mi hanno detto: Sono vent'anni che usiamo questo modello. Ma io me lo sono letto*."

La testimonianza restituisce un quadro complesso della sanità privata contemporanea: una realtà più formalizzata e organizzata rispetto al passato, ma segnata da intensificazione del lavoro, pressione economica e tensioni generazionali.

Il racconto evidenzia la distanza tra standard formali e pratiche quotidiane, tra immagine esterna e condizioni interne di lavoro. Allo stesso tempo, mostra la presenza di soggettività attive che negoziano, resistono e cercano di mantenere uno spazio di tutela e dignità professionale all'interno dell'organizzazione.

Le parole dell'intervistata sintetizzano efficacemente questa ambivalenza:

"*Sull'immagine sono precisini. Ma poi sul personale si risparmia sempre*."

La testimonianza di un Fisioterapista

Michele è un giovane fisioterapista, che ha iniziato il suo percorso professionale nel 2019, anno della laurea triennale, e si è sviluppato tra esperienza da libero professionista e lavoro dipendente in strutture riabilitative accreditate. Dopo alcuni anni di attività in contesti privati e convenzionati, oggi lavora in una grande struttura di alta complessità del Piemonte, dove si occupa di pazienti ricoverati in degenza con gravi condizioni neurologiche e ortopediche. Come spiega, si tratta di "*pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite, traumi cranici, ictus, fratture*", cioè persone che richiedono percorsi riabilitativi lunghi e intensivi in un contesto ospedaliero di secondo e terzo livello.

Uno dei primi temi che emerge con forza è quello delle condizioni contrattuali ed economiche. Michele descrive un sistema che considera ormai superato e non più adeguato al costo della vita. Parlando del contratto della sanità privata, lo definisce "*un contratto che non garantisce più una retribuzione adeguata, che è stata*

mangiata dall'inflazione". Il suo stipendio si aggira intorno ai 1500 euro mensili per 36 ore settimanali, con turni fissi che prevedono giornate dalle 9 alle 16:30 e un sabato mattina al mese. Nonostante il livello elevato delle strutture in cui lavora, il riconoscimento economico viene percepito come insufficiente rispetto alla responsabilità e alla fatica richieste.

Il lavoro fisioterapico viene descritto come altamente usurante, soprattutto nei reparti di degenza dove i pazienti sono spesso non autosufficienti e fisicamente molto impegnativi da gestire. Michele sottolinea la difficoltà quotidiana del lavoro manuale e continuativo: "*è veramente massacrante*", soprattutto quando si tratta di assistere pazienti con grave compromissione motoria che richiedono supporto costante. A questo si aggiunge una riflessione più generale sull'invecchiamento della categoria e sulla sostenibilità del lavoro nel lungo periodo, con colleghi sopra i cinquant'anni che, racconta, arrivano spesso a condizioni di forte stanchezza e logoramento.

Un elemento centrale del suo discorso riguarda la qualità dell'organizzazione sanitaria e il modo in cui il lavoro viene strutturato. Michele critica fortemente alcune esperienze precedenti nei poliambulatori accreditati, che definisce "*specie di fabbriche moderne della riabilitazione*". In questi contesti il lavoro è scandito da ritmi serrati e standardizzati, con tempi molto ridotti per ogni paziente e una forte pressione alla produttività. Il fisioterapista si trova spesso a gestire due o tre pazienti all'ora, con la necessità di intervenire rapidamente senza un'adeguata possibilità di valutazione approfondita: "*hai mezz'ora, devi fare tutto*", racconta, evidenziando come questo riduca inevitabilmente la qualità del trattamento.

Questa organizzazione, secondo Michele, si riflette anche sulla natura stessa del sistema sanitario riabilitativo, che tende a privilegiare la quantità delle prestazioni rispetto alla loro efficacia. Il risultato è un lavoro che diventa ripetitivo e frammentato, in cui il professionista è costretto a operare in condizioni che non favoriscono una presa in carico realmente personalizzata del paziente.

Un altro punto critico riguarda l'autonomia professionale dei fisioterapisti in Italia. Michele sottolinea come il sistema sia ancora fortemente condizionato dalla figura del medico fisiatra, che mantiene un ruolo centrale nella prescrizione e nell'accesso alle cure riabilitative. "*I fisiatri hanno un potere enorme in Italia e vogliono mantenere il controllo su tutto il mondo della riabilitazione*", afferma, evidenziando una struttura gerarchica che limita l'indipendenza del fisioterapista rispetto ad altri paesi europei. Questo, secondo lui, riduce la capacità di intervento diretto e rallenta i percorsi terapeutici, costringendo spesso a continui passaggi intermedi.

Accanto a questo tema emerge anche quello della frammentazione della professione, caratterizzata da una forte presenza di liberi professionisti e da una scarsa coesione interna. Questa condizione rende più difficile l'organizzazione collettiva e la costruzione di battaglie comuni sul piano contrattuale e professionale. Inoltre, la presenza diffusa del lavoro autonomo contribuisce a differenziare molto le condizioni lavorative, creando un panorama disomogeneo e difficile da rappresentare in modo unitario.

Un altro aspetto critico riguarda la formazione. Secondo Michele, per diventare realmente competenti e specializzarsi è necessario investire molto tempo e denaro in corsi privati: "*se tu vuoi diventare un bravo fisioterapista devi spendere migliaia di euro di corsi*". Questo sistema, a suo avviso, scarica il costo della crescita professionale sui singoli lavoratori, senza un adeguato sostegno da parte delle strutture o del sistema pubblico. Anche per questo suggerisce che le aziende dovrebbero contribuire almeno in parte alla formazione dei propri dipendenti, riconoscendo che le competenze acquisite vanno poi a beneficio diretto della struttura stessa.

Nonostante le criticità, Michele riconosce anche alcune differenze positive tra i contesti in cui ha lavorato. La struttura in cui si trova attualmente, ad esempio, pur con tutti i limiti del sistema, garantisce un'organizzazione più sostenibile, con un rapporto più adeguato tra pazienti e operatori rispetto ad altri ambienti sperimentati in passato. Tuttavia, il quadro generale rimane quello di una professione molto impegnativa, sia fisicamente che mentalmente, con un rischio concreto di burnout e abbandono nel medio-lungo periodo.

Infine, una parte importante dell'intervista è dedicata alle possibili riforme del sistema. Michele propone diverse idee per migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza. Una delle più significative è l'introduzione del "*fisioterapista di base*", una figura simile al medico di medicina generale, che potrebbe fungere da primo filtro per molte problematiche muscolo-scheletriche. Secondo lui, molte delle visite attualmente gestite dai medici di base potrebbero essere trattate direttamente dai fisioterapisti: "*se tu avessi un fisioterapista che sa gestire quelle patologie… risparmieresti un sacco di soldi*". Questo permetterebbe non solo di alleggerire il sistema sanitario, ma anche di migliorare la qualità e la tempestività delle cure.

A questo si aggiunge la necessità di una maggiore integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociali. Michele sottolinea come spesso il lavoro svolto in degenza non trovi continuità una volta che il paziente torna a casa, creando un vuoto assistenziale che compromette i risultati raggiunti. "*Tu stai spendendo una barca di*

soldi in un letto", afferma, ma poi manca un reale coordinamento sul territorio per garantire continuità e autonomia al paziente.

Nel complesso, il suo racconto restituisce l'immagine di una professione fondamentale per il sistema sanitario, ma ancora segnata da contraddizioni profonde: tra alta responsabilità clinica e basso riconoscimento economico, tra competenze avanzate e autonomia limitata, tra centralità del ruolo e scarsa valorizzazione strutturale.

Le testimonianze di alcune educatrici professionali
Focus group dell'8 novembre 2025

Anna educatrice professionale da molti anni, lavora in un Centro Socio Terapeutico (CST) dal 2000, occupandosi di ragazzi con disabilità gravi, dai 18 ai 65 anni. Il centro accoglie circa 20 utenti con un mix complesso di patologie: ritardo cognitivo grave o gravissimo, disabilità fisiche associate, autismo e disfagia. L'equipe comprende educatori a tempo pieno e part-time, infermiere, fisioterapista e consulenti per attività terapeutiche come danza e ceramica.

Anna evidenzia subito la criticità principale: "*La criticità più grande è che si aprono strutture o centri diurni, dove si mettono persone con disabilità molto diverse fra di loro… se pensiamo in termini di qualità degli interventi, bisognerebbe puntare sulla specializzazione dei servizi*." Il risultato è che i ragazzi con disabilità più lievi vengono penalizzati: "*Il lavoro con quelli più gravi è di tipo quasi esclusivamente assistenziale… con i ragazzi meno gravi si tratta soprattutto di interventi di mantenimento… però non riusciamo a fare quello che si vorrebbe e si dovrebbe fare.*"

Anna sottolinea anche il problema della distinzione dei ruoli tra educatori e OSS: "*C'è un forte appiattimento del lavoro: l'educatore fa l'OSS e l'OSS si trova a fare attività educative… il minutaggio oggi presente non corrisponde alle necessità del servizio*."

Riguardo alla nuova normativa sul Progetto di vita, Anna osserva che il coinvolgimento delle famiglie crea incertezza: "*Con la legge 64 del 2024… subentra anche la famiglia, con un ruolo non solo di osservatore, ma di decisore… bisognerà capire chi avrà l'ultima parola sulla definizione del progetto di vita*."

Anche il tema salariale è centrale: "*Mensilmente un'educatrice come me guadagna sui 1.400 euro… nelle strutture, forse, con i turni, puoi arrivare a 1.500*." Il burnout è diffuso soprattutto nelle residenze: "*Nel nostro settore comunque il burnout è*

all'ordine del giorno… conciliare lavoro e vita privata, per chi fa i turni, è molto faticoso."

Priorità sulle quali intervenire: revisione dei minutaggi, oggettivazione dei livelli di intensità, mantenimento del ruolo dell'Ente pubblico nella titolarità del progetto di vita e salari dignitosi.

Martina lavora come coordinatrice in un SSER (Servizio Socio Educativo Riabilitativo) per giovani adulti con disabilità. Qui il lavoro è individualizzato, orientato all'autonomia e alla qualità della vita dei ragazzi. "*Ogni ragazzo ha un suo monte ore settimanale, che varia da un minimo di 5 a un massimo di 15… lavoriamo con loro su progetti educativi: ad esempio gestiamo una libreria libera… cerchiamo di mettere in pratica ciò che desiderano.*"

Martina segnala che la criticità principale riguarda il riconoscimento della professionalità: "*Prima di tutto il mancato riconoscimento della nostra professionalità a partire dallo stipendio… siamo obbligati a essere laureati… e c'è un obbligo formativo ECM che spesso dobbiamo pagare di tasca nostra*."

La difficoltà di far comprendere il valore dei servizi individualizzati emerge chiaramente: "*Quello che non vedo nel nuovo PSSR è il riconoscimento che servizi di valore… che affrontano la disabilità con modalità alternative alla residenzialità… esistono già e funzionano bene: dovremmo incrementarle invece di tagliare, però c'è tanta ignoranza.*"

Martina sottolinea inoltre l'importanza di un approccio educativo personalizzato e di piccole équipe: "*Per noi è molto importante partire da un progetto individualizzato e poi lavorare per piccoli gruppi… un ragazzo che entra subito in un centro diurno senza questo tipo di percorso potrebbe poi avere delle difficoltà*."

Laura lavora con titolari di protezione internazionale e migranti, gestendo percorsi di inclusione sociale e autonomia. Anche il suo settore richiede competenze multidimensionali, ma il riconoscimento contrattuale rimane insufficiente: "*Vorrei che tutto questo fosse riconosciuto con un contratto nazionale decente, con uno stipendio decente e una possibile carriera professionale.*"

Laura racconta la complessità quotidiana: "*Entro in contatto con le famiglie, con la questura, l'agenzia delle entrate, l'ASL… lavoriamo anche molto in rete con le associazioni… il nostro è un lavoro di accompagnamento e non di sostituzione del ruolo delle famiglie.*" L'aumento della complessità degli utenti e delle situazioni familiari, soprattutto con bambini con disturbi dello spettro autistico, rende il lavoro ancora più sfidante.

Le priorità indicate dalle educatrici comprendono:

- Revisione dei minutaggi e dei criteri di intensità assistenziale.
- Salari e contratti dignitosi.
- Titolarità del Progetto di vita all'Ente pubblico.
- Incremento della formazione e scambi culturali tra educatori.
- Valorizzazione dei servizi individualizzati e innovativi.

Intervista a Nino Flesia
Funzionario Territoriale Comparto Sanità – FP, CGIL, Torino

Nino ripercorre la sua esperienza professionale che attraversa il mondo socioassistenziale, sanitario e sindacale. La sua carriera prende avvio nell'ambito educativo e sociale: «*Io nasco nell'ambito del socioassistenziale, nasco come educatore*», racconta. Dopo alcuni anni di lavoro come educatore in Umbria, opera in un centro sperimentale dedicato a giovani pazienti psichiatrici, un'esperienza che definisce particolarmente significativa per la propria crescita professionale. Parallelamente completa gli studi universitari in Servizio Sociale tra Perugia e Trieste.

Trasferitosi a Torino nel 1998, entra nei servizi sociali territoriali e si trova immediatamente ad affrontare situazioni molto complesse. Ricorda infatti di essersi occupato di «*una marea di casi di violenze sessuali, maltrattamenti, abusi*», lavorando a stretto contatto con il tribunale e con famiglie segnate da gravi problematiche sociali. Dopo questa prima esperienza approda al SER.T. di Rivoli, dove rimane per circa quindici anni occupandosi delle dipendenze. Nel 2014 passa all'ospedale di Rivoli e successivamente assume il coordinamento degli assistenti sociali dell'ASL TO3. Dal 2025 svolge attività sindacale a tempo pieno per la CGIL, seguendo diverse due ASL e due Ospedali piemontesi.

Guardando all'evoluzione del mondo del lavoro sanitario, Nino individua un cambiamento culturale profondo. A suo avviso, nel corso degli anni si è progressivamente indebolita la dimensione collettiva del lavoro: «*Quella dimensione collettiva sui luoghi di lavoro, di condivisione, di maggiori legami più stretti, questo un po' si è sfilacciato*». Se in passato il reparto era anche uno spazio di relazioni e appartenenza, oggi prevale una logica più individualistica, sintetizzata dall'idea che «*meno si sta sui luoghi di lavoro è meglio*». Secondo Nino, questa trasformazione si riflette anche nella crescente richiesta di turni da dodici ore, interpretata come il tentativo di concentrare il lavoro per liberare più tempo possibile da dedicare alla vita privata.

Un altro tema centrale della sua riflessione riguarda la professione infermieristica. Nino osserva come il passaggio dalla formazione ospedaliera a quella universitaria abbia elevato notevolmente le aspettative professionali. Tuttavia, tali aspettative si scontrano spesso con la realtà concreta dei reparti: «*Ti danno un bagaglio di un certo tipo, aspettative enormi, poi quando arrivi in reparto ti confronti con la realtà lavorativa*». A suo giudizio, il sistema formativo propone modelli professionali avanzati, ispirati alle esperienze internazionali, ma il contesto organizzativo italiano non consente ancora di valorizzarli pienamente: «*Noi vorremmo essere gli infermieri inglesi, american …*», afferma, evidenziando il divario tra formazione e pratica quotidiana. Da questa discrepanza deriverebbe una crescente frustrazione professionale e una sensazione diffusa di mancato riconoscimento delle competenze.

Le sue preoccupazioni emergono con particolare forza quando affronta il tema dell'assistente infermiere. Secondo Nino, l'introduzione di questa figura non nasce da una scelta di sviluppo professionale ma da esigenze organizzative e dalla carenza di personale: «*Questa cosa nasce da una richiesta proprio dei gestori delle RSA, per abbattere le spese, sostituendo il personale infermieristico con questa nuova figura*». Egli teme che il nuovo assetto possa indebolire il ruolo dell'infermiere e produrre effetti negativi sull'organizzazione dei reparti. Per questo afferma che «*ne faranno un po' le spese gli infermieri*», sottolineando il rischio di una progressiva ridefinizione delle competenze e delle responsabilità professionali.

Sul piano organizzativo, Nino descrive una sanità sempre più segnata dalla difficoltà di programmare il lavoro e dalla scarsità di personale. Sebbene i turni vengano formalmente pianificati con anticipo, le continue emergenze e assenze costringono spesso a modificarli, con conseguenze significative sulla vita privata dei lavoratori. A suo giudizio, tali problemi derivano anche da una crisi della dirigenza. «*Trovi gente che non è preparata a esercitare il ruolo che esercita*», afferma, sostenendo che in molti casi le difficoltà organizzative siano legate a carenze di competenze o alla riluttanza ad assumersi responsabilità. Porta come esempio il comportamento di alcuni dirigenti che, di fronte a richieste formali, preferiscono evitare comunicazioni scritte: «*Non mi mandare più niente scritto, se vuoi qualcosa mi telefoni*». Per Nino, questo atteggiamento contribuisce a generare incertezza, mancanza di trasparenza e inefficienza amministrativa.

La critica si estende anche alla comunicazione interna delle aziende sanitarie. Secondo il sindacalista, i lavoratori faticano sempre più a ottenere informazioni chiare e tempestive su questioni che incidono direttamente sulla loro attività e sui loro diritti. Errori nelle buste paga, difficoltà a contattare gli uffici del personale e

procedure poco accessibili vengono indicati come esempi di un'organizzazione che fatica a garantire un adeguato supporto ai dipendenti.

Anche sul tema della sicurezza sul lavoro il giudizio è articolato. Nino riconosce che negli anni siano stati potenziati gli uffici e le figure dedicate alla prevenzione, ma ritiene che il vero nodo sia la mancanza di risorse economiche per realizzare gli interventi necessari. Come spiega, spesso «*hai individuato le cause, hai fatto una relazione, hai fatto una valutazione del rischio, poi magari i soldi non ce li hai*». Il risultato è che problemi noti e documentati rimangono irrisolti per anni.

Particolarmente severa è anche la sua valutazione dei sistemi informatici. Con tono ironico osserva che talvolta sembra che vengano acquistati «*programmi per rovinare la vita*», riferendosi a software che complicano anziché semplificare il lavoro degli operatori. Descrive procedure che costringono il personale a passare continuamente da un'applicazione all'altra: «*Chiudi il programma, poi apri un altro, poi riapri quello di prima*», una modalità che a suo avviso riduce l'efficienza e aumenta lo stress lavorativo.

Un altro ambito di forte criticità riguarda le esternalizzazioni. Nino ritiene che l'affidamento di servizi a soggetti esterni abbia spesso prodotto maggiori costi e minore efficacia organizzativa. Pulizie, servizi amministrativi, front office e altre attività vengono frequentemente appaltati, ma secondo lui «*alla fine quando vanno a fare i conti questi appalti ti costano molto di più e comunque il servizio è scadente*». Per questo considera un elemento positivo il fatto che nell'ASL TO3 gran parte del personale sanitario sia ancora dipendente diretto dell'azienda.

Nella seconda parte dell'intervista l'attenzione si sposta sulle relazioni sindacali. Nino descrive un contesto reso più complesso dalle tensioni seguite al rinnovo del contratto nazionale del comparto sanità del 2025, firmato da CISL e altre organizzazioni sindacali ma non da CGIL e UIL. Questa scelta ha modificato gli equilibri della rappresentanza e limitato la partecipazione diretta dei funzionari CGIL ai tavoli negoziali. Nonostante ciò, il dirigente sindacale valuta positivamente il rapporto con i lavoratori. A suo giudizio il consenso della CGIL deriva dalla presenza costante nei luoghi di lavoro: «*Noi siamo presenti sui luoghi di lavoro*». In un contesto caratterizzato da crescente diffidenza verso le istituzioni, la fiducia si costruisce attraverso relazioni dirette e quotidiane, perché «*la gente si fida di chi conosce*». Alla fine, conclude, i lavoratori giudicano il sindacato soprattutto per la sua capacità di ottenere risultati concreti attraverso una rappresentanza sindacale fondata sulla prossimità a lavoratrici e lavoratori e ai loro problemi e aspettative.

Sintesi dei risultati e prime conclusioni

Le testimonianze raccolte nei focus group e interviste restituiscono un quadro articolato ma coerente delle condizioni di lavoro all'interno di strutture ospedaliere e territoriali del Piemonte. Le voci di mediche/i, specializzande/i, infermiere/i, operatrici e operatori socio-sanitari (OSS) e personale amministrativo, fisioterapista, educatrici evidenziano criticità strutturali che incidono sia sul benessere degli operatori sia sulla qualità e continuità dell'assistenza erogata ai cittadini.

Pur provenendo da contesti professionali differenti, i partecipanti condividono una percezione comune: il sistema sanitario pubblico continua a reggersi principalmente sulla disponibilità e sul senso di responsabilità dei lavoratori, in presenza di carenze organizzative e di personale che rischiano di comprometterne la sostenibilità futura.

Le principali criticità emerse

Carenza di personale e aumento dei carichi di lavoro

Il tema più ricorrente riguarda la persistente insufficienza di personale sanitario e amministrativo. Pensionamenti, maternità, trasferimenti e dimissioni spesso non vengono compensati da nuove assunzioni, determinando un aumento progressivo dei carichi di lavoro per il personale in servizio.

Questa situazione produce un sovraccarico cronico che coinvolge tutte le figure professionali: mediche/i costrette/i a svolgere turni prolungati, infermiere/i impegnate/i contemporaneamente su più attività, OSS utilizzate/i per coprire carenze di altre figure e personale amministrativo chiamato a gestire funzioni sempre più numerose e complesse. Particolarmente critica appare la situazione nelle aree ospedaliere ad alta specializzazione e nei servizi di emergenza-urgenza.

Straordinari, reperibilità e difficoltà di conciliazione vita-lavoro

Molti operatori segnalano il superamento sistematico dell'orario contrattuale. Le ore eccedenti risultano spesso non recuperabili o recuperabili solo formalmente. Mediche/i e infermiere/i descrivono situazioni nelle quali i riposi compensativi previsti non possono essere fruiti per mancanza di personale.

Particolarmente critica appare la gestione della reperibilità, soprattutto nei servizi ospedalieri. Secondo le testimonianze, essa viene frequentemente utilizzata per compensare problemi organizzativi ordinari più che per gestire emergenze imprevedibili, con conseguente riduzione dei tempi di recupero psicofisico.

Le difficoltà di conciliazione tra lavoro e vita privata emergono in modo trasversale e rappresentano uno dei principali fattori di insoddisfazione professionale, soprattutto tra i lavoratori più giovani.

Insufficiente riconoscimento economico e professionale.

Infermiere/i, fisioterapista ed educatrici segnalano retribuzioni considerate non adeguate rispetto alle responsabilità, alle competenze richieste e all'aumento del costo della vita. In diversi casi emerge la sensazione che il valore sociale delle professioni di cura non trovi un corrispondente riconoscimento sul piano economico e organizzativo. A ciò si aggiunge il tema della formazione continua, spesso sostenuta economicamente dai lavoratori stessi, nonostante rappresenti una risorsa fondamentale per la qualità dei servizi.

Progressivo indebolimento del riconoscimento dell'esperienza professionale.

Alcuni operatori evidenziano una crescente attenzione agli aspetti formali e burocratici a scapito delle competenze maturate sul campo. Le lavoratrici e i lavoratori con maggiore anzianità riferiscono di sentirsi talvolta poco valorizzati, nonostante il ruolo fondamentale svolto nel trasferimento di conoscenze e competenze alle nuove generazioni.

Impatto sulla salute psicologica e rischio burnout

Le condizioni descritte hanno conseguenze rilevanti sul benessere psicologico degli operatori. Le testimonianze riportano situazioni di stress cronico, demotivazione, esaurimento emotivo e senso di impotenza rispetto alla possibilità di garantire cure adeguate.

Nei focus group emergono riferimenti a disturbi d’ansia, attacchi di panico, insonnia, depressione, ricorso a percorsi psicoterapeutici e, in alcuni casi, pensieri suicidari. Molti partecipanti collegano direttamente tali condizioni alle modalità organizzative e alla costante pressione lavorativa.

La percezione diffusa è che il disagio non rappresenti un problema individuale ma il risultato di criticità sistemiche che interessano l’intera organizzazione sanitaria.

Problemi organizzativi e gestionali

Le testimonianze evidenziano una forte critica alla programmazione e alla governance delle strutture. Molti lavoratori lamentano l’assegnazione continua di nuove attività senza una preventiva analisi dei carichi di lavoro, senza formazione adeguata e senza incremento delle risorse.

Vengono segnalati problemi di coordinamento, responsabilità frammentate, assenza di sostituzioni e carenza di affiancamento per il personale neoassunto.

Anche i sistemi di valutazione delle performance vengono percepiti come poco trasparenti e scarsamente collegati al lavoro effettivamente svolto.

Carenze strutturali e logistiche

Accanto ai problemi di personale emergono criticità relative agli spazi e alle dotazioni. Alcuni operatori descrivono ambienti di lavoro non adeguati né per il personale né per i pazienti, con carenze di stanze, spazi per riunioni, servizi essenziali e postazioni di lavoro.

Anche strutture di recente realizzazione, come alcune Case della Comunità, vengono giudicate non pienamente coerenti con le esigenze operative dei servizi ospitati.

Ripercussioni sulla qualità dell'assistenza

Secondo gli operatori, le difficoltà organizzative incidono direttamente sulla qualità delle cure. L'aumento dei carichi di lavoro riduce il tempo disponibile per la relazione con il paziente, rende più difficile garantire continuità assistenziale e limita le attività di prevenzione e presa in carico territoriale.

Molti partecipanti sottolineano inoltre come la crescente pressione produttiva rischi di spostare l'attenzione dagli aspetti qualitativi della cura verso il semplice raggiungimento di obiettivi quantitativi.

Crisi dell'assistenza territoriale.

Secondo molti operatori, le difficoltà di accesso ai servizi territoriali e la ridotta capacità di presa in carico da parte della medicina di prossimità contribuiscono al sovraffollamento degli ospedali e dei pronto soccorso. Numerosi cittadini finiscono per rivolgersi alle strutture ospedaliere anche per bisogni che potrebbero essere gestiti in altri contesti, generando un aumento della pressione sui servizi già in sofferenza. Tale situazione alimenta tensioni nella relazione con l'utenza, con episodi di aggressività verbale e conflittualità che gli operatori dichiarano di affrontare sempre più frequentemente.

Nel settore privato emerge con particolare evidenza il peso delle logiche economiche nella definizione dell'organizzazione del lavoro. Le testimonianze segnalano processi di razionalizzazione che si traducono frequentemente in una compressione dei costi del personale, nell'aumento dei carichi di lavoro e nell'utilizzo di forme contrattuali differenziate. Questa situazione alimenta la

percezione di una distanza tra gli standard dichiarati dalle organizzazioni e le condizioni effettivamente vissute dai lavoratori

La pandemia di Covid-19 ha rappresentato uno spartiacque importante nelle narrazioni raccolte. L'emergenza sanitaria viene ricordata come una fase di straordinaria pressione organizzativa e umana, caratterizzata da incertezza, improvvisazione e forte esposizione emotiva. Tuttavia, numerosi intervistati sottolineano come le difficoltà non siano terminate con la conclusione della fase emergenziale. Al contrario, il periodo successivo è spesso percepito come ancora più problematico a causa dell'aumento della domanda di assistenza e delle persistenti fragilità organizzative del sistema.

Infine, emerge una forte preoccupazione per la capacità futura del sistema di attrarre e trattenere personale qualificato. Il turnover elevato, la difficoltà di reclutamento e il progressivo disinteresse dei giovani verso alcune professioni sanitarie e socioassistenziali vengono indicati come segnali di una criticità strutturale. Molti operatori temono che, in assenza di interventi significativi, alcune figure professionali possano diventare sempre più difficili da reperire, compromettendo la sostenibilità dei servizi.

Alcune proposte emerse

Nonostante le difficoltà evidenziate, le testimonianze avanzano alcune indicazioni convergenti per il miglioramento del sistema sanitario pubblico.

Le priorità individuate riguardano:

- incremento stabile del personale sanitario e amministrativo;
- sostituzione sistematica delle assenze e dei pensionamenti;
- miglioramento delle condizioni economiche e contrattuali;
- riconoscimento professionale e dello sviluppo delle competenze, attraverso una formazione accessibile (formazione interna / compartecipazione dell’azienda ai costi)
- riduzione del ricorso strutturale agli straordinari e alla reperibilità;
- analisi e monitoraggio dei carichi di lavoro;
- definizione più chiara di ruoli e responsabilità;
- investimenti negli spazi e nelle infrastrutture;
- rafforzamento della medicina territoriale e delle attività di prevenzione;

- riduzione degli adempimenti burocratici che sottraggono tempo alla cura;
- sviluppo di strumenti tecnologici adeguati;
- introduzione di misure strutturate di tutela della salute psicologica degli operatori.

Torino, 15 giugno 2026

Allegato

Traccia intervista / focus group

Quesiti (la traccia proposta può variare in base allo sviluppo della discussione)

- **Presentazione partecipanti** (professione, mansione, attività svolte, …)
- Quali le **principali criticità** che incontrate nella vostra attività professionale? Ci sono stati dei cambiamenti in questi ultimi anni?
- Quali le **ricadute** di queste criticità sulla qualità della vostra **attività professionale e sulla vostra vita extralavorativa**?
- Quali le **ricadute** di queste criticità sulla qualità delle **attività di cura alle persone** che si rivolgono a Voi?
- Quali **le priorità sulle quali intervenire** per migliorare la situazione

Chiusura del FG e modalità di restituzione della sintesi dei risultati.