

CENSIS



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Rapporto Fnomceo-Censis

Le motivazioni soggettive dei medici nell'esercizio della propria professione

Costruendo un'agenda incentivante il buon medico

Roma, 9 luglio 2026



Rapporto finale

CENSIS

Rapporto Fnomceo-Censis

Le motivazioni soggettive dei medici nell'esercizio della propria professione

Costruendo un'agenda incentivante il buon medico

Roma, 9 luglio 2026

Rapporto finale

INDICE

1. VALORIZZARE LE MOTIVAZIONI DEI MEDICI PER MIGLIORARE LA SANITÀ	4
1.1. <i>Il senso della ricerca</i>	4
1.2. <i>Cercando il buon medico contemporaneo</i>	5
1.3. <i>Risultati in pillole</i>	8
2. LE RAGIONI DEI MEDICI	11
2.1. <i>Gli anni Venti nella sanità italiana</i>	11
3. LE PRIORITÀ: FAMIGLIA E VITA PRIVATA, POI LA PROFESSIONE	12
3.1. <i>I risultati</i>	12
3.2. <i>Un significato doppio</i>	15
3.2.1. L'allineamento socioculturale	15
3.2.2. Ragioni e reazioni: le due origini	16
3.2.3. Il senso profondo	17
4. VITA DA MEDICO	19
4.1. <i>Motivazioni iniziali</i>	19
4.1.1. Nobili intenzioni	19
4.1.2. Il senso delle motivazioni	20
4.1.3. Ragioni economiche sì, ma con giudizio	22
4.1.4. Implicazioni per la sanità	22
4.1.5. Gli effetti sistemici	23
4.1.6. Motivazioni iniziali per età e genere	24
4.2. <i>Motivazioni attuali</i>	24
4.2.1. Contano i risultati	24
4.2.2. Diverse sensibilità di genere	26
4.2.3. L'importanza degli esiti	26
4.2.4. Il valore della relazionalità e delle quotidiane sfide	27
4.2.5. La concretezza che motiva	28
4.3. <i>Motivazioni che cambiano nel tempo</i>	29
4.3.1. I riferimenti	29
4.3.2. L'evoluzione motivazionale	30
4.3.3. <i>Human factor</i> e reciprocità delle relazioni	31
4.3.4. Significato ed effetti della perdita della spinta vocazionale	32
5. TRA PROFESSIONE E VITA PRIVATA: LA NUOVA SFIDA	34
5.1. <i>Il difficile bilanciamento</i>	34
5.1.1. Autorealizzazione personale e risultati	34
5.1.2. Le difficoltà emergenti	35
5.2. <i>Gender barriers</i>	36

5.2.1. Diverse visioni	36
5.2.2. Un duplice problema	38
5.2.3. Solo chi è interamente dedicato alla professione può essere un buon medico?	40
5.2.4. Dinamiche future	41
5.3. <i>Giudizio sulla professione</i>	42
5.3.1. Soddisfatti	42
5.3.2. Consigliabile ai giovani, ma senza troppo entusiasmo	44
6. LAVORO DIPENDENTE? MEGLIO DI NO	46
6.1. <i>Il punto di vista dei medici</i>	46
6.2. <i>Modelli diversi, risultati diversi</i>	47
6.3. <i>Il valore del lavoro autonomo</i>	48
7. IL PRIMATO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA	50
7.1. <i>Etica e umanizzazione</i>	50
7.1.1. La promozione implicita di pace e democrazia	50
7.1.2. Umanizzare per rendere la sanità migliore	52
7.1.3. Una medicina di valori	54
7.1.4. Un nuovo baricentro	56
8. SFIDA INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA)	57
8.1. <i>Il senso della trasformazione</i>	57
8.2. <i>Utilizzatori e valutazioni</i>	57
8.3. <i>Formidabile, se fa recuperare tempo</i>	59
8.4. <i>Il medico dinanzi alla trasformazione estrema</i>	60
9. CONCLUSIONI	63
<u>ALLEGATO</u>	65
INDICAZIONI SINTETICHE DA UN'INDAGINE SU UN CAMPIONE DI OCCUPATI DI ETÀ TRA 18 E 64 ANNI	65
1. FIDUCIA SEMPRE ALTA IN MEDICI COMPETENTI E MOLTO AGGIORNATI	66
2. SODDISFATTI DEL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE	68
3. TUTELARE IL SERVIZIO SANITARIO RILANCIANDOLO	70

1. VALORIZZARE LE MOTIVAZIONI DEI MEDICI PER MIGLIORARE LA SANITÀ

1.1. Il senso della ricerca

Negli ultimi anni è emersa la trasformazione del rapporto degli italiani, in particolare i giovani, con il lavoro che non è più centrale nelle loro vite e, in molti casi, è considerato come uno strumento per avere reddito e potersi dedicare ad altre, più gratificanti, attività.

La presente ricerca verifica se i mutamenti di rapporto soggettivo con il lavoro coinvolgono anche la professione medica.

E, più in particolare, quali sono le priorità tra attività professionale, famiglia e tempo per sé stessi. E quali sono le motivazioni personali, professionali, umane, ideali o di altro tipo che hanno portato le persone a scegliere di diventare il medico e quali quelle che le stimolano dopo anni di attività a svolgere la propria professione. E, poi, l'eventuale esistenza di differenze di genere e generazionali nelle priorità di vita o nelle motivazioni.

Ecco solo alcuni dei temi affrontati nel Rapporto Fnomceo-Censis 2026 i cui risultati delineano i tratti costitutivi del rapporto che i medici attuali hanno con la professione.

I risultati della ricerca, dalle priorità nella vita ai fattori motivazionali, sono molto utili anche per delineare un'agenda di fattori incentivanti il buon medico e per migliorare il Servizio sanitario.

Infatti, se un tempo l'idealità associata alla scelta di fare il medico era rinsaldata da retribuzioni gratificanti, oggi che la professione spesso significa caricarsi il peso di carenze strutturali in cambio di retribuzioni non certo esaltanti, è importante capire cosa spinge i medici a continuare a svolgere con coinvolgimento il proprio lavoro.

Ed è utile anche capire se nella società contemporanea il buon medico può essere solo ed esclusivamente una persona con dedizione totale al lavoro, e che quindi deve necessariamente poter sempre contare sul supporto di un'altra persona a cui delegare *in toto* impegni e responsabilità familiari.

I medici più giovani e le dottoresse, più dei colleghi maschi e con più alta anzianità di servizio, sono convinti che si può essere buon medico anche con un diverso e migliore equilibrio nel *work-life balance*.

Ecco una sfida nuova, originale, molto contemporanea per la professione medica che emerge dalla presente ricerca, che per la prima volta ne delinea i riferimenti essenziali.

1.2. Cercando il buon medico contemporaneo

Per una maggioranza di medici italiani il lavoro conta, ma non è in cima alla loro agenda delle priorità di vita: ecco un primo fondamentale risultato emerso dalla presente ricerca. E, tuttavia, ci sono differenze generazionali significative poiché tra i medici più giovani e con minor anzianità di servizio la priorità della famiglia e della vita privata è più condivisa, mentre tra i medici con età più alta e/o più lunga anzianità di servizio la quota che dichiara di dare priorità al lavoro rispetto alla famiglia è praticamente doppia rispetto alle generazioni più giovani.

Pertanto, anche i medici, come la maggioranza degli italiani, vivono in questa fase l'evoluzione del rapporto soggettivo con il lavoro, che è diventato meno centrale e meno identitario rispetto al passato. E anche tra i medici tale tendenza è destinata sicuramente ad espandersi ulteriormente nel futuro proprio perché molto più condivisa dalle generazioni con età più bassa.

La verità è che anche per i medici l'identità professionale non coincide più, come per la grande maggioranza dei lavoratori italiani, con l'identità tout court della *persona-medico*.

È chiaro però che per i medici, oltre all'evoluzione socioculturale in atto, in questa rinnovata attenzione per famiglia e vita privata conta anche la prolungata esperienza delle non poche difficoltà che sono costretti ad affrontare nei contesti strutturali in cui quotidianamente operano.

Carenze strutturali, retribuzioni non gratificanti fino alle rabbiose reazioni di pazienti e familiari con, in non pochi casi, addirittura aggressioni al personale sanitario, delineano contesti lavorativi in cui non è facile trovare sempre nel quotidiano la spinta per andare avanti con entusiasmo e coinvolgimento totale.

Riguardo alle motivazioni iniziali, dalla ricerca emerge che in maggioranza i medici indicano che a spingerli a intraprendere la professione sono state in primo luogo la vocazione e la passione, poi lo stimolo etico cioè la possibilità di poter aiutare concretamente gli altri e anche la qualità delle relazioni che si possono creare nei processi di cura e, ancora, il proprio interesse per la scienza. Meno richiamate sono state le pur legittime aspirazioni economiche

o quelle legate allo svolgimento di un lavoro in autonomia o alla buona *social reputation* della professione.

Riguardo invece alle motivazioni attuali dei medici, quelle che ne incentivano l'esercizio della professione anche dopo anni di anzianità, a prevalere sono i risultati che i medici ottengono in termini di persone curate, sfide cliniche vinte, e poi anche la qualità delle relazioni con i pazienti e il senso di realizzazione personale. Restano importanti anche la passione e la vocazione, come fattori che integrano la cultura professionale molto concreta del risultato.

Nel corso della carriera, quindi, per i medici alle motivazioni proiettate nel futuro che inizialmente portano a fare della professione un progetto esistenziale si affiancano quelle legate a gesti compiuti, esperienze fatte e risultati ottenuti.

Occorre dire che malgrado le difficoltà incontrate nel quotidiano, per una quota prevalente di medici in fondo c'è una certa coincidenza tra motivazioni iniziali e motivazioni attuali, anche se non va sottovalutato che ben più di un terzo dei medici vive invece un'asimmetria tra le nobili motivazioni iniziali e quel che ne resta dopo l'esperienza di concreto esercizio della professione.

Ed è una minoranza robusta quella che esplicitamente dichiara di aver vissuto una torsione del rapporto con la professione da passione a obbligo. Sono segnali di un malessere più diffuso tra i più giovani, che comunque non cancella che ancora oggi in netta maggioranza i medici sono alla fin fine soddisfatti della propria professione e che, sia pure in quota minore, consiglierebbero ai giovani di intraprendere la professione.

Emerge poi una diversa visione delle difficoltà di genere, poiché le donne sono molto più convinte degli uomini che hanno dovuto affrontare ostacoli maggiori nella loro carriera che le hanno costrette ad impegnarsi molto di più degli uomini. È evidente che le donne subiscono molto di più degli uomini la necessità di fare coesistere lavoro e famiglia, visto che ancora oggi è in capo a loro la gran parte delle *task* domestiche e di *care* dei figli.

Ecco perché non sorprende che le donne come i giovani e più dei maschi e dei medici più anziani, siano fautrici di un modello diverso di esercizio della professione medica, più in linea con una società in cui il medico non deve poter contare in toto sempre e comunque su un'altra persona per occuparsi dei suoi impegni e delle sue responsabilità familiari.

Il buon medico contemporaneo non è necessariamente connotato dalla dedizione totale, ma può fondarsi su un diverso, più equilibrato *work-life*

balance. Inoltre, in attesa di una riorganizzazione puntuale nelle famiglie della distribuzione dei *task*, è fondamentale anche costruire una infrastruttura di supporto che affianchi i medici, maschi e femmine, nel costruire un miglior equilibrio tra lavoro e famiglia.

Dalla ricerca emerge poi che baricentro della cultura professionale dei medici è la dignità della persona, che si esprime nel curare le persone e promuovere una tutela della salute senza discriminazione alcuna, diventando così anche promotori di pace, buona convivenza e democrazia. Una quota significativa di medici, poi, è pronta a svolgere in modo solidale e da volontario il proprio lavoro in aree particolarmente sofferenti del mondo, perché colpite da guerre o catastrofi naturali.

Anche in questa propensione concreta, diretta e personale a fare volontariato in luoghi tribolati del globo emerge un nucleo essenziale di valori positivi, per cui il buon esercizio della professione medica ha in questa fase uno straordinario significato materiale e simbolico di fronte alle potenti ondate regressive che stanno riportando in auge guerre e discriminazioni varie.

E la centralità del fattore umano nella cultura professionale dei medici emerge anche in relazione:

- alla convinzione maggioritaria che migliorare la sanità significa in primo luogo umanizzarla, prestando molta più attenzione alle dimensioni relazionali e umane rispetto a quelle tecnico-efficientiste o aziendaliste;
- alla necessità di utilizzare diffusamente le straordinarie potenzialità dell'Intelligenza Artificiale per emancipare i medici da un eccesso di incombenze burocratico-amministrative, liberando appunto tempo da dedicare di più alla relazionalità con i pazienti.

L'IA è già molto presente nella pratica medica degli intervistati, e tuttavia in maggioranza reputano essenziale poter beneficiare di una formazione ad hoc su aspetti etici e anche più operativi.

In particolare, i medici segnalano il rischio di una estremizzazione del paziente-sfidante, nel caso in cui si radicasse l'idea che l'enciclopedia personalizzata rappresentata dall'IA consenta di dialogare alla pari con i medici, fino a negoziare addirittura diagnosi e terapie.

Ma i medici sono convinti che disponendo di più tempo per consolidare relazioni di qualità con i pazienti, anche questa deriva patologica legata alla diffusione dell'IA sarebbe agevolmente gestita.

In definitiva, la ricerca evidenzia una professione che, malgrado gli effetti prolungati delle difficoltà quotidiane della sanità concretamente vissuta, conserva l'orgoglio di una sua virtuosa eccezione, inscritta sia nella iniziale vocazione e passione che nella successiva concreta capacità di cambiare in meglio le vite delle persone e la società.

Una professione quindi con alta autostima ma senza arroccamenti culturali e in cui la maggioranza, con quote più alte tra i più giovani e le donne, reputano matura una diversa idea del *buon medico*, da intendersi sempre più come un soggetto che intenzionalmente opera per far ben coesistere nella sua vita i due pilastri della professione e della famiglia.

Ma perché ciò sia possibile resta fondamentale anche una riorganizzazione dei modelli di lavoro e delle forme di welfare diffuso in grado appunto di non lasciare le persone e le famiglie sole nel costruire il proprio *work-life balance*.

Ultimo aspetto è relativo al rapporto tra lavoro autonomo e lavoro subordinato, poiché quest'ultimo viene visto come fonte quasi inevitabile di maggior burocrazia che finisce per togliere tempo alla relazionalità con i pazienti.

Non solo, nel lavoro dipendente i medici vedono un più alto rischio di contrazione dell'autonomia decisionale. In definitiva, per una netta maggioranza di medici la libera professione è più in linea con i valori di autonomia e responsabilità individuale, precondizioni del buon medico.

1.3. Risultati in pillole

Prima la famiglia e la vita privata, poi il lavoro. Riguardo alla priorità nella propria vita, il 62,7% dei medici intervistati indica la famiglia, la propria vita privata, il 27,5% la professione medica e il 9,8% il tempo per sé stessi e per i propri interessi, passioni, hobby. In sintesi, per il 72,5% dei medici vita privata e tempo per sé stessi prevalgono sull'esercizio della professione medica. Per età dei medici intervistati, famiglia e vita privata sono priorità per il 70,8% dei medici con età fino a 49 anni, per il 66,4% con età tra 50 e 59 anni e per il 56,0% dei più anziani con almeno 60 anni. Prioritaria è la professione medica poi per il 16,2% con età fino a 49 anni, per il 25,2% con età tra 50 e 59 anni e per il 35,4% con almeno 60 anni. Il tempo per sé stessi e per i propri hobby per il 13,0% dei medici con età fino a 49 anni, per l'8,4% con età tra 50 e 59 anni e per l'8,6% con almeno 60 anni. Infine, per genere, famiglia e vita privata sono prioritarie per il 59,0% degli uomini e il 69,4%

delle donne, la professione medica per il 29,9% degli uomini e il 23,1% delle donne, il tempo per sé stessi e per i propri hobby, interessi per l'11,0% degli uomini e il 7,5% delle donne.

Perché sono diventato/a medico. Molteplici le ragioni che hanno portato a decidere di fare il medico poiché il 57,0% richiama la vocazione e la passione, il 49,1% il valore etico, cioè la possibilità di fare del bene per gli altri, il 39,2% il proprio interesse per la scienza, il 25,1% la possibilità di avere relazioni significative con le persone, il 17,7% l'influenza familiare o di persone conosciute, il 15,3% esperienze di vita vissute o di cui ha preso conoscenza, con persone amate colpite da patologie o storie di malati ascoltate o lette. Poi il 12,3% indica l'autonomia con cui si svolge la professione, la libera professione, il 10,6% le possibilità di guadagnare bene, l'8,1% il rispetto sociale di cui beneficia la professione.

Motivazioni attuali. Riguardo alle *motivazioni attuali* dei medici, quelle che ne continuano a incentivare l'esercizio della professione, dai dati emerge che il 48,5% degli intervistati indica i risultati che ottiene, vale a dire le persone che cura, le sfide cliniche che affronta ecc., il 35,3% la passione e la vocazione, il 33,0% la qualità delle relazioni con i pazienti, il 30,4% il senso di realizzazione personale, il 27,7% l'eticità poiché può fare del bene a persone che soffrono, il 18,1% la varietà di sfide che affronta, il lavoro mai monotono. In definitiva, riguardo al rapporto tra le motivazioni iniziali che spiegano la scelta dei medici intervistati di intraprendere la professione e quelle attuali che ne spiegano il persistente impegno e coinvolgimento professionale, il 55,1% indica che c'è una certa coincidenza, il 36,6% sottolinea le diversità, anche significative, l'8,3% non esprime una opinione.

Soddisfazione e autorealizzazione. Per l'83,0% dei medici la professione è stata ed è un modo per realizzarsi nella vita. Valutazione condivisa dal 79,9% di quelli con età fino a 49 anni, dal 79,0% tra 50 e 59 anni e dall'86,8% con almeno 60 anni. Si dichiarano soddisfatti il 74,0% di quelli con età fino a 49 anni, il 77,3% di quelli tra 50 e 59 anni e l'85,2% con almeno 60 anni. E anche l'81,1% degli uomini e il 78,5% delle donne. Inoltre, il 58,1% dei medici intervistati consiglierebbe ad un giovane di oggi di intraprendere il percorso per diventare medico: lo farebbero il 49,4% dei medici con età fino a 49 anni, il 57,1% tra 50 e 59 anni e il 63,8% con almeno 60 anni.

Sacrifici e difficoltà per tutti, di più per le donne. Il 67,7% dei medici dichiara che la carriera gli ha imposto tante rinunce nella vita privata. Sono convinti di avere dovuto affrontare tanti sacrifici nella vita privata a causa dell'impegno professionale il 72,1% dei medici con età fino a 49 anni, il

68,1% tra 50 e 59 anni e il 65,0% con almeno 60 anni. Tuttavia, il 74,2% delle donne è convinta che nella professione ci sono molti più ostacoli per loro rispetto agli uomini, mentre è il 33,1% dei medici maschi a condividere tale affermazione. Inoltre, secondo il 73,1% delle dottoresse per riuscire nella professione le donne devono impegnarsi molto di più degli uomini, mentre è il 32,3% dei dottori a pensarlo.

La dignità umana, baricentro della cultura professionale. Il 92,6% dei medici ritiene che curare le persone senza discriminazioni è un modo per costruire una cultura di pace. Il 91,7% che promuovere la tutela della salute per tutti crea una buona convivenza e rafforza la democrazia. Inoltre, il 46,0% dei medici intervistati reputa importante fare volontariato in aree del mondo investite da crisi umanitarie per guerre, catastrofi naturali, povertà ecc. Poi, il 94,3% dei medici reputa prioritario per costruire una sanità migliore umanizzarla, dedicando più tempo e maggiori attenzioni alla relazionalità con i pazienti. E, guida decisiva nell'attività medica sono per il 93% dei medici intervistati i valori del giuramento professionale e del codice deontologico.

Sfida Intelligenza Artificiale. Il 56,0% dei medici intervistati ha già utilizzato strumenti di IA nella sua attività clinica quotidiana. Le quote di utilizzatori sono superiori alla maggioranza assoluta trasversalmente a classi di età, anzianità di servizio e genere. Un aspetto positivo dell'IA per i medici consiste nella convinzione, condivisa dal 44,9%, che può dare un notevole contributo alla riduzione dei tempi dedicati ad attività amministrative e burocratiche. Il 78,3% dei medici intervistati poi ritiene importante avere una formazione specifica sull'IA con riferimento ad aspetti etici e alle modalità di utilizzo ecc. E, riguardo agli effetti collaterali non positivi, il 34,9% dei medici ritiene che potrebbe portare pazienti e familiari a pensare di poter dialogare alla pari con i medici. Solo disponendo di più tempo per la relazionalità i medici potrebbero fronteggiare questa potenziale deriva negativa.

Meglio il lavoro autonomo. Per l'81,5% dei medici intervistati il lavoro dipendente crea un eccesso di impegni burocratici, finendo per togliere tempo al rapporto con i pazienti. Ne è convinta una quota nettamente maggioritaria di medici trasversalmente all'età, all'anzianità di servizio e anche al genere. Inoltre, il 54,0% dei medici ritiene che con il lavoro dipendente ci sia il rischio di ridurre l'autonomia decisionale dei medici: anche questa opinione è condivisa da quote prevalenti in modo trasversale a età, anzianità di servizio e genere. L'ipotesi del lavoro dipendente non trova consenso tra i medici, e il rigetto è ancor più forte tra quelli impegnati sul territorio.

2. LE RAGIONI DEI MEDICI

2.1. Gli anni Venti nella sanità italiana

Nel 2026 si può dire che arriva a conclusione un ciclo della sanità italiana iniziato con l'emergenza Covid, proseguito con i bilanci su criticità, risorse, opportunità e soluzioni della fase immediatamente successiva e proseguito poi con l'avvio del Pnrr e un approccio socio-politico innovativo con scelte, almeno negli annunci, diverse su finanziamento e investimenti nella sanità pubblica.

In questo ciclo sembrava essersi consolidata una sorta di *union sacrée* intorno all'idea che solo la centralità del personale sanitario poteva garantire una buona sanità e quindi alla necessità che medici, infermieri e il resto del personale sanitario dovessero essere messi nelle condizioni di lavorare senza dover sistematicamente colmare deficit sistemici con sforzi volontaristici.

Ebbene, a questo stadio, nel delineare il rapporto soggettivo dei medici con il loro lavoro, è importante anche capire in che modo l'esperienza di questo ciclo incide sul rapporto soggettivo dei medici con la professione.

Si tratta di comprendere la relazione tra quel che i medici vivono quotidianamente nella sanità e l'eventuale ridefinizione del loro rapporto soggettivo con il lavoro.

Operativamente, è stata realizzata un'indagine su un panel di 530 medici appartenenti a diverse classi di età e con diversa anzianità di servizio, residenti e operativi nelle diverse regioni d'Italia e nei vari settori della sanità, dalle strutture di ricovero alla medicina generale alle strutture di territorio.

Di seguito sono evidenziati i risultati emersi che delineano uno straordinario e inedito affresco dell'attuale rapporto dei medici italiani con la propria professione.

3. LE PRIORITÀ: FAMIGLIA E VITA PRIVATA, POI LA PROFESSIONE

3.1. I risultati

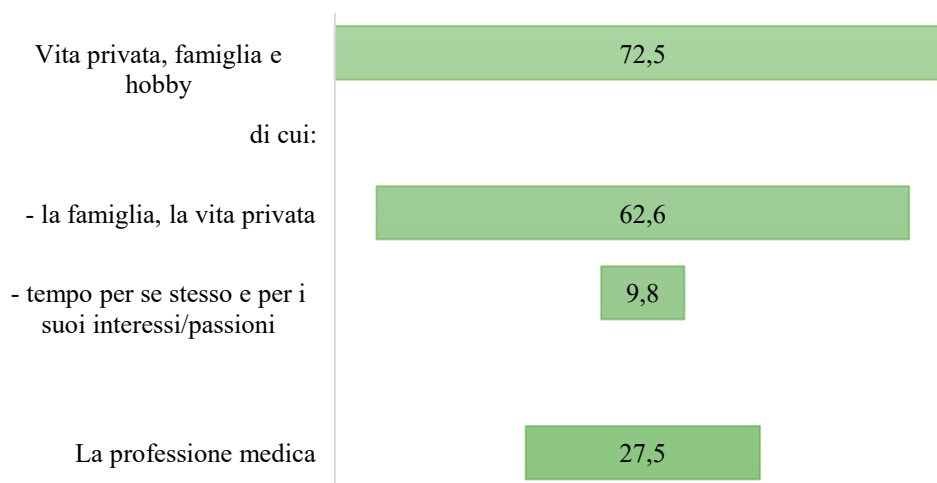
Richiesti di indicare relativamente alle loro vite la priorità in termini di ordine di importanza tra famiglia, professione e tempo libero per hobby, passione ecc., dall'indagine emerge che (**fig. 1**):

- il 62,7% dei medici intervistati indica la famiglia, la propria vita privata;
- il 27,5% la professione medica;
- il 9,8% il tempo per sé stessi e per i propri interessi, passioni, hobby.

Vita privata e tempo per sé stessi prevalgono sull'esercizio della professione medica: sono infatti prioritari per il 72,5% dei medici.

Il lavoro conta, ma non è in cima all'agenda delle priorità di vita della maggioranza degli attuali medici.

Fig. 1 - Priorità di vita indicate dai medici intervistati (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Tenuto conto dell'età dei medici intervistati, dall'indagine emerge che contano di più:

- famiglia e vita privata per il 70,8% dei medici con età fino a 49 anni, per il 66,4% con età tra 50 e 59 anni e per il 56,0% dei più anziani con almeno 60 anni;
- la professione medica per il 16,2% con età fino a 49 anni, per il 25,2% con età tra 50 e 59 anni e per il 35,4% con almeno 60 anni;
- il tempo per sé stessi e per i propri hobby per il 13,0% dei medici con età fino a 49 anni, per l'8,4% con età tra 50 e 59 anni e per l'8,6% con almeno 60 anni.

E il primato della vita privata e della famiglia sulla professione è più condiviso da coloro che esercitano la professione medica da meno tempo, poiché danno priorità:

- alla famiglia e alla propria vita privata, il 67,8% dei medici che svolgono la professione al massimo da 20 anni, il 62,0% tra 21 e 35 anni e il 57,2% da oltre 35 anni;
- alla professione medica, il 19,3% dei medici che svolgono la professione al massimo da 20 anni, il 30,3% tra 21 e 35 anni e il 33,3% da oltre 35 anni;
- al tempo per sé stessi e per i propri interessi, passioni, hobby il 12,9% dei medici con 20 anni al massimo di esercizio della professione, il 7,7% tra 21 e 35 anni e il 9,4% con oltre 35 anni di esercizio della professione.

Inoltre, danno priorità:

- alla famiglia e alla vita privata il 59% degli uomini e il 69,4% delle donne;
- alla professione medica il 29,9% degli uomini e il 23,1% delle donne;
- al tempo per sé stessi e ai propri hobby, interessi l'11,0% degli uomini e il 7,5% delle donne.

In sintesi, quindi, dai risultati emerge che:

- famiglia e vita privata sono per una quota nettamente prevalente di medici prioritarie rispetto all'esercizio della propria professione;
- e lo sono di più per i medici meno anziani, per le donne e per quelli con minor anzianità di servizio.

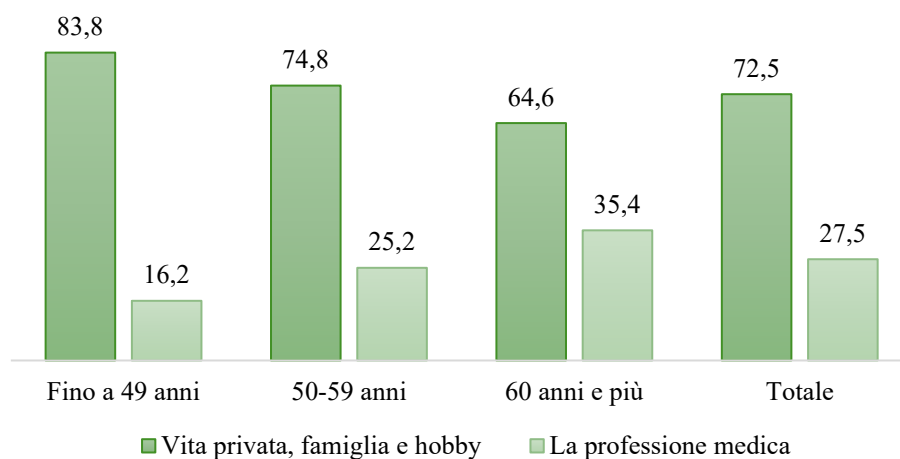
In pratica, la cultura del lavoro dei medici non è distante da quella prevalente in generale nella società italiana in questa epoca, e i medici con età meno alta sono i più pervasi dalla cultura del primato di famiglia e vita privata sul lavoro.

I dati certificano la differenza generazionale poiché fanno prevalere famiglia e tempo per sé stessi l'83,8% dei medici fino a 49 anni, il 74,8% di quelli tra 50 anni e 59 anni e il 64,6% di quelli con almeno 60 anni (**fig. 2**). La quota di coloro che danno priorità al lavoro è più che doppia nella generazione più anziana che in quella dei più giovani.

I dati indicati vanno valutati con grande attenzione, poiché non segnalano un crollo del valore soggettivo del lavoro per i medici, piuttosto uno shift in atto che, presumibilmente, tra le generazioni di medici più giovani è destinato ad espandersi ulteriormente.

Rispetto alle dinamiche socioculturali di evoluzione del valore soggettivo del lavoro, quindi, in questa fase non esiste *un'eccezione del medico* poiché, soprattutto i giovani, danno priorità a famiglia e tempo per sé stessi rispetto alla professione.

Fig. 2 - Priorità di vita, per età dei medici intervistati (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

3.2. Un significato doppio

3.2.1. L'allineamento socioculturale

I dati dei medici, quindi, sono nei termini generali in sintonia con le dinamiche socioculturali dei lavoratori italiani, come largamente evidenziato nelle ricerche del Censis degli ultimi anni.

Oltre il 62% dei medici pone al vertice delle proprie priorità di vita la famiglia e la vita privata a cui si aggiunge un ulteriore quasi 10% che considera prioritario il tempo per sé stessi, le proprie passioni e interessi, mentre la quota restante ha come priorità la professione.

Sono dati da incastonare nella più generale ridefinizione valoriale che oggi attraversa trasversalmente il lavoro in Italia e che emerge con chiarezza, come rilevato dalle ricerche realizzate dal Censis.

Infatti, ben oltre due terzi degli occupati italiani vorrebbe in futuro ridurre il tempo dedicato al lavoro e non è un connotato puramente generazionale o una sorta di estemporanea fuga dal lavoro, ma il portato di dinamiche strutturali di lungo periodo che modificano in profondità il senso che gli italiani attribuiscono all'investimento soggettivo, di vita, nel lavoro.

Tanto che la maggioranza assoluta degli occupati italiani dichiara che attualmente il lavoro influenza meno la loro vita rispetto al passato, poiché tendono a dedicarsi di più ad attività più gratificanti e che reputano più importanti.

È un evidente *downgrading* del lavoro nella gerarchia delle priorità delle persone, da cui non viene escluso *in toto*, ma semplicemente non è più il baricentro decisivo delle vite intorno a cui tutto il resto deve collocarsi.

Definito il quadro complessivo dell'evoluzione del rapporto soggettivo degli italiani con il lavoro, non può sorprendere che anche i medici condividano il macro-trend.

Pertanto, medici e medicina non sono più, come in passato, una sorta di grande e totale eccezione rispetto alle dinamiche della medietà sociale di rapporto con il lavoro.

Le retoriche, che un tempo riflettevano la materialità del reale, sulla professione come vocazione e non come semplice attività lavorativa, di medici senza confine tra vita professionale e vita privata portati naturalmente ad accumulare ore di lavoro sottraendole a famiglia e vita privata oggi, dal

lato dei medici intervistati, tendono ad essere affiancate da nuove dinamiche soggettive.

Le opinioni dei medici, quindi, alludono al fatto che l'identità professionale non coincide più in toto, come è andato emergendo per la grande maggioranza dei lavoratori italiani, con l'identità tout court della *persona-medico*.

3.2.2. Ragioni e reazioni: le due origini

Come più volte rilevato, occorre grande cautela nell'interpretare i dati, poiché non si è in presenza di una fuga identitaria dalla professione, o di una sorta di omologazione completa del medico alla cultura professionale collettiva.

Non c'è una resa culturale del medico ad un contesto che semplicemente ridimensiona ruolo e investimento nel lavoro, ma un complesso processo di trasformazione in atto su cui gioca una molteplicità di fattori molto diversi tra loro.

Infatti, nel caso dei medici non si può non rilevare che il *downgrading* della professione rispetto alla vita privata avviene dopo un prolungato periodo di strutturale, faticosissimo esercizio della professione in contesti fortemente carenti, come più volte richiamato nelle precedenti edizioni del Rapporto Fnomceo-Censis.

Peraltro, la condizione medica oggi affronta anche emergenze ad alta rischiosità, come nel caso della moltiplicazione delle aggressioni nei luoghi di lavoro.

All'esercizio della professione medica, quindi, è sempre più associato un carico psicologico ed emotivo enorme, a cui si aggiunge il senso di una trasformazione in peggio delle modalità concrete in cui sono chiamati ad operare con, ad esempio, elevati carichi di lavoro ed eccesso di burocratizzazione.

È come se la professione dovesse svolgersi in territori ostili in cui, in non pochi casi, c'è anche il rischio di subire aggressioni. In presenza di tali eventi, allora, la famiglia diventa un vero e proprio rifugio.

E allora nel caso dei medici non si può non rilevare il doppio significato che assume la ridefinizione delle priorità di vita, con primato della famiglia poiché è:

- una delle modulazioni del più generale mutamento soggettivo di rapporto con il lavoro che spinge a dedicare attenzione, tempo ed

energia più alla vita privata, alla gratificazione extra lavorativa che alla dedizione totale al lavoro;

- una reazione quasi naturale, spontanea, fisiologica a quell'impegno in più, di tempo ed energie psico-fisiche richieste per colmare deficit strutturali. I turni prolungati, le remunerazioni non gratificanti, l'esposizione nei confronti di pazienti e familiari soprattutto in situazioni critiche o con disservizi e, poi, il peso emotivo di aggressioni e minacce, hanno fatto della riscoperta della famiglia una reazione all'ostilità di luogo e lavoro, e una soluzione per la domanda di serenità e sicurezza.

Anche la quota residuale che indica come priorità principale il dedicare tempo a sé stesso, hobby, passioni e interessi extralavorativi segnala una discontinuità poiché, simbolicamente quella medica è una professione in cui i propri bisogni passano in secondo piano rispetto a quelli degli altri quasi di default. E invece quasi il 10% dei medici comunque esplicita che il tempo per sé stessi prevale rispetto a quello per la professione.

Anche quest'ultimo dato va considerato come un portato della soggettività che si impone e che non accetta di esaurirsi solo ed esclusivamente nel ruolo professionale e, al contempo una reazione di resistenza fisiologica e, anche, salutare allo stress del quotidiano della professione.

3.2.3. Il senso profondo

I dati raccontano di una professione con un approccio al lavoro, nel contesto di vita, in piena evoluzione. Non sono rinnegate le ragioni profonde che motivavano e motivano la scelta di diventare medico e, tuttavia, è evidente la ridefinizione in corso del rapporto tra dedizione totale e vita *altra* dalla professione.

E le difficoltà che i medici affrontano nella sanità che sperimentano, il divario tra aspettative e realtà sono un formidabile acceleratore del cambiamento di rapporto con il lavoro.

Pertanto, le aspettative che le persone hanno verso il lavoro come retribuzioni gratificanti, autonomia con flessibilità tra orari e modalità operative sono proprie anche dei medici che, tuttavia rispetto al passato recente, vi aggiungono una richiesta inedita, o almeno sentita come tale dalla cultura sociale collettiva, e cioè che la professione non deve più essere costretta ad azzerare o quasi la vita privata.

Ecco un paradosso assoluto che va emergendo e cioè che:

- nel mentre il Servizio sanitario tende ad affidarsi stabilmente al *di più di impegno* e di energie profuse dai medici;
- questi ultimi maturano una esigenza di riequilibrio nel *work-life balance* che, visibilmente, è una novità rispetto al passato della professione.

È chiaro che lo stato di fatto indicato sollecita almeno due ulteriori riflessioni relative:

- a cosa accadrebbe al sistema sanitario in questa fase se i medici decidessero di ritirare il *di più* che inseriscono nel sistema in termini di tempo, energie, volontà;
- alla reale possibilità che l'aggiustamento strutturale del sistema sia in grado anche di garantire ai medici condizioni di lavoro, retribuzioni e anche modelli di lavoro più in linea con un diverso equilibrio tra lavoro e vita privata.

In pratica, c'è da capire nel concreto se e in che misura, mettendo finalmente al centro della sanità i medici e il personale in generale, si potrebbe trovare l'equilibrio tra le nuove aspettative su quantità e qualità del lavoro da parte dei medici ed efficienza ed efficacia del Servizio sanitario.

4. VITA DA MEDICO

4.1. Motivazioni iniziali

4.1.1. Nobili intenzioni

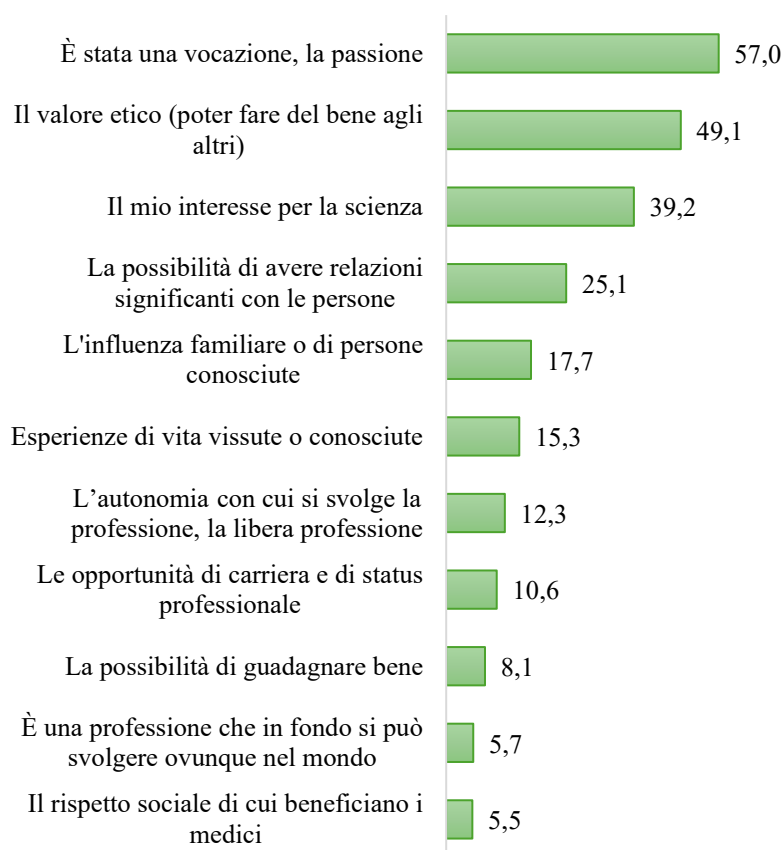
Ma perché i medici hanno scelto di intraprendere la professione? Quali sono le ragioni di fondo che li hanno portati ad affrontare un prolungato periodo di studio e formazione e poi a dedicarsi ad una professione che richiede un impegno elevatissimo e che, di fatto, diventa ragione di vita?

Le ragioni sono molteplici poiché il 57,0% definisce la professione una vocazione, una passione, il 49,1% ne richiama il valore etico, cioè la possibilità di fare del bene per gli altri, il 39,2% il proprio interesse per la scienza, il 25,1% la possibilità di avere relazioni significative con le persone, il 17,7% l'influenza familiare o di persone conosciute, il 15,3% esperienze di vita vissute o di cui ha preso conoscenza, con persone amate colpite da patologie o storie di malati ascoltate o lette (**fig. 3**).

Le ragioni di natura economica e di carriera sono indicate da quote minori di medici come motivazione per l'avvio alla professione, poiché è il 12,3% a indicare l'autonomia con cui si svolge la professione, la libera professione, il 10,6% le possibilità di guadagnare bene, l'8,1% il rispetto sociale di cui beneficia la professione.

I medici hanno scelto la professione per motivi nobili: vocazione, eticità, interesse per la scienza e voglia di buona relazionalità con gli altri, anche se non pochi richiamano legittimamente i benefici materiali, reputazionali e di opportunità che la professione genera.

Fig. 3 - Le ragioni che hanno spinto i medici intervistati a intraprendere la professione (val. %)



La somma delle percentuali è superiore a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2026

4.1.2. Il senso delle motivazioni

La scelta di fare il medico dipende solo in parte da un'opzione razionale in senso stretto poiché per gli intervistati richiama ragioni che vanno molto oltre, di tipo immateriale, non sempre facilmente definibili e tuttavia decisive.

Le motivazioni iniziali più indicate dai medici come origine della scelta professionale sono molto originali rispetto a quelle che presumibilmente sono associabili ad altre professioni.

Così il richiamo alla vocazione e alla passione non è in sintonia né con la cultura più tradizionale del lavoro fondata su logiche retributive né su quella più recente, centrata sul buon *work-life balance* o sulla voglia di recuperare tempo per attività più gratificanti.

Nel richiamo alla vocazione emerge qualcosa di valoriale che va oltre ogni compensazione anche immateriale ed è associato ad una sorta di identità primigenia che si esprime nella scelta.

Ed è quasi implicita in questa motivazione una spinta solidale e volontaristica poiché richiede di essere sempre pronti a dare più di quel che si riceverà.

Una scelta consapevole su cui orientare energie, sforzi, intenzionalità da cui quindi ci si attende una sorta di implementazione del senso profondo della chiamata.

Se è una passione, allora la gratificazione è generata dal semplice svolgere la professione nelle modalità attese e auspicate, al punto che si è pronti a dedicargli tutto il tempo possibile.

Il saldo *dare-avere* è necessariamente negativo, poiché nella scelta vocazionale c'è implicito un concetto di sacrificio. Ma si è pronti a dare di più di quel che si riceverà perché l'esercizio della professione nelle modalità attese è di per sé stesso uno straordinario fattore di gratificazione soggettiva.

C'è poi la dimensione etica, che è distinta ma assolutamente intrecciata con la dimensione vocazionale. In fondo, fare il medico significa essere nelle condizioni di poter fare del bene, incidere in modo diretto, tangibile, immediato sulle vite altrui, in particolare di persone fragili e sofferenti. L'eticità è legata alla centralità dell'altro e della relazione che si riesce ad instaurare.

Colpisce poi anche il richiamo all'interesse per la scienza che, da tempo, è oggetto di una sorta di autolesionistica delegittimazione da parte di aggressive minoranze che ricorrono con perizia e frequenza ai circuiti dei social.

Gli intervistati sono diventati medici anche per l'amore e l'interesse per la scienza che preserva quindi una sua specifica capacità attrattiva.

Quote ridotte, ma non irrilevanti, poi richiamano l'impatto di esperienze di vita vissute direttamente o di cui sono venuti a conoscenza. Avere esperienza diretta o indiretta di patologie, sofferenze, può stimolare a trasformare l'esperienza vissuta direttamente o la compassione per l'altrui sofferenza in un progetto di vita.

In questa motivazione è evidente l'intreccio tra scelta professionale e biografia individuale, con medici la cui scelta di intraprendere la professione rinvia ad un momento di identificazione con i pazienti.

4.1.3. Ragioni economiche sì, ma con giudizio

Aspirazioni e aspettative economiche di lauti guadagni, voglia di lavorare in autonomia o, anche, di guadagnarsi il rispetto della società non sono motivazioni originarie prevalenti nella scelta di diventare medico. Sono motivazioni legittime, ma che hanno stimolato alla scelta professionale quote ridotte di medici intervistati.

È chiaro che un investimento prolungato di tempo ed energie, con relativi sacrifici in anni fondamentali della propria esistenza, genera anche un'aspettativa di benessere e di sicurezza economica. Avere riconoscimenti materiali e simbolici adeguati, quindi, non può non rientrare nella matrice delle aspettative dei medici e, tuttavia, non è un fattore potente al punto da operare come motivazione rilevante.

Le motivazioni economiche, di autonomia nella professione e reputazionali affiancano le motivazioni più importanti, quelle di fondo, e in un certo senso si può dire che contribuiscono alla sostenibilità nel tempo della scelta.

Guadagnare bene, lavorare in autonomia e beneficiare di un'alta *social reputation*, laddove fossero assenti sicuramente renderebbero meno attrattiva la professione.

Inoltre, è presumibile che diventano molto più importanti nel motivare l'esercizio della professione quando gli ideali iniziali si affievoliscono.

4.1.4. Implicazioni per la sanità

La matrice delle motivazioni di avvio della professione indicate dai medici ha un valore rilevante anche in relazione alle politiche relative alla sanità nel suo insieme.

Infatti, se le motivazioni primarie sono la passione e la vocazione, l'eticità, l'interesse per la scienza e il rapporto con gli altri, allora è chiaro che quella medica non è una professione che si può promuovere solo o prevalentemente con la leva economica.

Guai a sottovalutare gli effetti disincentivanti di un tradimento percepito dei valori fondativi che sono alla base delle motivazioni iniziali dei medici.

Così se la vocazione, la passione e la voglia di aiutare gli altri sono sommerse o inceppate dall'eccesso di procedure burocratiche, se alla buona relazionalità col paziente si sostituiscono l'aggressività e il conflitto che può sfociare anche in violenza, le motivazioni originarie sono praticamente messe da parte e, di conseguenza, tende a logorarsi fino al rischio della rottura il legame di fondo ideale tra medici e professione.

Così per i medici il disincanto generato dalla quotidiana sfida con una sanità carente e distante da quella sognata avviando il percorso professionale, può generare soprattutto frustrazione e rabbia, poiché la missione a cui si è scelto di dedicare la propria vita è ostacolata o, non poche volte, resa non praticabile da ostacoli strutturali.

Nasce così la sensazione di un impegno disatteso, di avere sprecato tempo, speranze e talento, entrando in uno stato mentale in cui non è improbabile la scelta di ripiegarsi su stessi, ed eventualmente di ridurre per quanto possibile il rapporto con una realtà sanitaria percepita come distante da quella per la quale ci si è impegnati e sacrificati.

4.1.5. Gli effetti sistemici

È chiaro che il sistema sanitario italiano ha potuto contare a lungo sullo straordinario patrimonio di impegno da parte dei medici fondato su motivazioni immateriali, vocazionali e di passione.

Di fatto, la sanità ha potuto contare su un di più sistematico di impegno e disponibilità da parte dei medici, ben oltre eventuali confini contrattuali.

E non è improbabile che proprio su questo punto si è andato strutturando nel tempo un equivoco: il sistema ha finito per considerare il di più di risorse mediche di origine vocazionale come eterne, immutabili, inesauribili, cioè come un invariante strutturale che non poteva che aumentare.

E il sistema ha cominciato a contare sempre più su tali risorse, tanto da considerarle una risorsa compensativa strutturale rispetto a investimenti non fatti e risorse non mobilitate.

Le ragioni iniziali dei medici confermano che questa risorsa esiste e tuttavia occorre verificare se e in che misura l'esperienza prolungata di un contesto strutturale difficile e deludente abbia lasciato intatta la risorsa vocazionale.

4.1.6. Motivazioni iniziali per età e genere

L'incrocio per età mostra che le motivazioni prevalenti della scelta di diventare medico sono per tutti la vocazione e la passione, richiamate al vertice dell'agenda delle priorità dal 53,9% di quelli con età fino a 49 anni, dal 63,9% tra 50 e 59 anni e dal 55,6% con 60 anni e più.

Riguardo alle altre motivazioni è stato indicato:

- il valore etico dal 42,9% con età fino a 49 anni, dal 52,1% con età tra 50 e 59 anni e dal 51,4% con 60 anni e più;
- l'interesse per la scienza dal 44,8% di quelli con età fino a 49 anni, dal 35,3% della classe di età tra 50 e 59 anni e dal 37,7% di quella con 60 anni e più.

Le motivazioni più richiamate sono analoghe tra uomini e donne con una più forte insistenza femminile sulle prime due in graduatoria poiché richiamano:

- una vocazione, la passione il 54,4% degli uomini e il 61,8% delle donne;
- il valore etico, cioè poter fare del bene agli altri il 46,2% degli uomini e il 54,3% delle donne;
- l'interesse per la scienza il 40,1% degli uomini e il 37,6% delle donne.

In generale, quindi, l'ordine in cui si presentano le singole motivazioni è analogo tra uomini e donne, queste ultime però insistono un po' di più sulle dimensioni immateriali, vocazionali ed etiche, mentre i maschi sono un po' più motivati da ragioni economiche, di autonomia della professione e, anche, di *social reputation*.

In definitiva, non emerge una specificità di genere netta relativamente alle motivazioni originarie di scelta della professione medica.

4.2. Motivazioni attuali

4.2.1. Contano i risultati

Riguardo alle *motivazioni attuali* dei medici, quelle che ne continuano a incentivare l'esercizio della professione, dai dati emerge che:

- il 48,5% degli intervistati indica i risultati che ottiene, vale a dire le persone che cura, le sfide cliniche che affronta ecc.,
- il 35,3% la passione e la vocazione;

- il 33,0% la qualità delle relazioni con i pazienti;
- il 30,4% il senso di realizzazione personale;
- il 27,7% l'eticità poiché può fare del bene a persone che soffrono;
- il 18,1% la varietà di sfide che affronta, il lavoro mai monotono (**fig. 4**).

Fig. 4 - Le motivazioni attuali dei medici (val. %)



La somma delle percentuali è superiore a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis, 2026

Le motivazioni soggettive che spiegano il persistente elevato impegno nell'esercizio della professione, quindi, fanno riferimento soprattutto ai risultati che i medici ottengono in corso d'opera, in termini di positivi impatti

sulle vite altrui, dalle persone curate alle relazioni che si creano nei processi di cura, sino anche alla gratificazione che provano per le soluzioni adottate nelle sfide cliniche.

Restano comunque per una quota significativa di medici anche le motivazioni iniziali: passione e vocazione.

4.2.2. Diverse sensibilità di genere

Emergono alcune differenze per genere poiché richiamano:

- i risultati ottenuti sulle persone curate o le sfide cliniche affrontate, il 45,6% degli uomini e il 53,8% delle donne;
- la passione, la vocazione, il 34,0% degli uomini e il 37,6% delle donne;
- la qualità dei rapporti coi pazienti, il 32,8% degli uomini e il 33,3% delle donne;
- il senso di realizzazione personale, il 27,0% degli uomini e il 36,6% delle donne;
- l'eticità, il bene che si può fare a chi soffre, il 27,0% degli uomini e il 36,6% delle donne;
- la varietà delle sfide affrontate, il 16,9% degli uomini e il 20,4% delle donne;
- l'autonomia professionale, il 19,8% degli uomini e il 13,4% delle donne;
- gli aspetti economici e retributivi, il 16,6% degli uomini e il 12,9% delle donne.

Matrici simili per la scala ordinale, ma diverse per l'intensità di adesione poiché le donne sono molto orientate a dare valore ai risultati ottenuti e al senso di autorealizzazione personale, mentre i maschi sono più attenti alla dimensione economica e di esercizio della professione in autonomia.

4.2.3. L'importanza degli esiti

Le motivazioni sull'esercizio attuale della professione, quel che incentiva i medici a continuare a svolgere il proprio lavoro, sono un insieme di riferimenti che non mostrano gli effetti erosivi dell'attrito con la realtà, perché è proprio da quest'ultima che hanno tratto alimento.

Sono motivazioni non proiettate nel futuro come quelle iniziali che hanno portato a fare della professione un progetto esistenziale per la vita, ma

appartengono alla realtà in essere e rinviano a gesti compiuti, esperienze fatte, risultati ottenuti.

Ecco dove si colloca il senso del proprio lavoro per i medici intervistati: radicato nella materialità concreta e verificabile dell'agire professionale. Quel che incentiva non è una sovrastruttura ideale o valoriale, ma un insieme di cose molto concrete innestate nelle pieghe del quotidiano.

Il medico è motivato nella professione dagli effetti di quel che fa, di cui prende atto gratificato e con soddisfazione. Quel che conta, quindi, nello svolgersi della professione non è il principio, l'intenzione, ma quel che contribuisce a fare accadere, l'esito. E componente decisiva dell'esito è il processo che porta alla persona curata, meglio se guarita. E questo include una molteplicità di atti medici, dalla diagnosi appropriata alla terapia che genera i risultati attesi.

È un approccio che si fonda sulla prassi come fonte di conoscenza e che ricerca motivazioni e conferme negli atti, nel contatto con il reale, nella constatazione della trasformazione che il proprio agire appropriato produce negli altri.

Per il medico a contare non è un sapere astratto, ma le sue azioni e gli effetti che hanno sulle vite altrui.

4.2.4. Il valore della relazionalità e delle quotidiane sfide

Se i risultati sono motivatori d'eccezione, hanno notevole rilevanza anche le relazioni che si creano nell'esercizio della professione.

Per i medici, infatti, sono uno stimolo notevole per l'esercizio attuale della professione i legami che si formano nei processi di cura che, del resto sono percepiti come consustanziali all'atto medico.

La medicina, quindi, viene pensata e praticata dai medici non solo e non tanto come sapere esperto con competenze tecniche che si applicano al corpo di una persona malata, ma in primo luogo come incontro e scambio tra soggettività che ovviamente non sono eguali.

Infatti, il medico è pur sempre colui che ha la tecnicità che può innescare il cambiamento che conta e il paziente colui che ne può beneficiare. Ma l'asimmetria di ruolo trova proprio nella relazione un correttore poiché si genera una sorta di reciprocità, che innalza ulteriormente il valore della relazione.

Nella relazione di cura infatti c'è un legame speciale, poiché il medico entra nello spazio di vulnerabilità del paziente, estremamente intimo e di solito chiuso agli altri. E questo accesso unico produce responsabilità per il medico, poiché è il presupposto di una relazione significativa con effetti positivi, di trasformazione per entrambi i lati della relazione.

Pertanto, l'autorealizzazione che molti dei medici provano ha un senso più alto rispetto alla sola soddisfazione di solito associata alla sensazione di far bene il proprio lavoro. Ed è strutturalmente diversa poiché nasce dall'esperienza soggettiva dei medici riguardo al valore dei propri interventi, che sono efficaci e producono cambiamenti positivi nel mondo, sotto forma di esiti benefici sulle vite altrui.

Quel che è interessante, sul piano delle motivazioni e in generale della cultura professionale, è che il medico agisce non solo secondo un obbligo, un dovere o vincoli sociali, ma a partire da un suo incentivo interiore che trova conferma, gratificazione e nuovo incentivo nei risultati della sua azione.

D'altro canto, l'estrema eterogeneità dei casi con cui i medici si confrontano sul piano clinico è anch'essa esperienza stimolante, poiché significa non scadere mai in routine, ma doversi sistematicamente sfidare con l'originale intreccio di fattori e relative situazioni che emergono dalla realtà clinica.

C'è una sfida sistematica a espandere le proprie conoscenze e competenze e a ricombinarle in funzione del buon risultato che poi è quel che gratifica, poiché ha effetti positivi rilevanti sulle vite altrui.

È così che entra in gioco come motivazione anche la dimensione intellettuale della professione con la sfida che l'infinita varietà delle patologie e dei malati genera.

4.2.5. La concretezza che motiva

Le motivazioni attuali dei medici certificano che quel che conta e fa andare avanti nella vita professionale non sono riferimenti astratti o generiche aspettative del futuro, ma il portato delle esperienze concrete.

E non sono in prevalenza alte motivazioni etiche a produrre l'energia che muove i medici nel quotidiano, ma il bene che materialmente riescono a produrre a beneficio delle persone con cui entrano in relazione.

È una sorta di etica del concreto, che trova energia nei risultati e non nelle intenzioni o nelle aspettative.

A contare, quindi, per le motivazioni dei medici è la buona pratica, quella che genera risultati verificabili perché materializzati nel bene prodotto sulle vite dei pazienti.

4.3. Motivazioni che cambiano nel tempo

4.3.1. I riferimenti

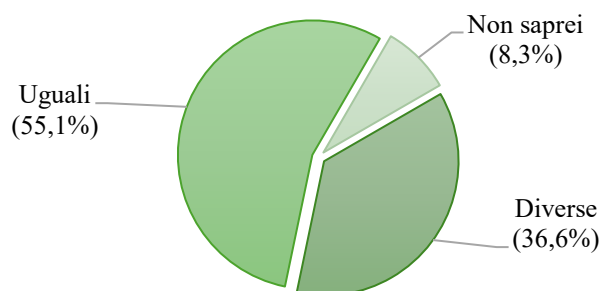
Riguardo al rapporto tra motivazioni iniziali che spiegano la scelta dei medici intervistati di intraprendere la professione e motivazioni attuali che ne spiegano il persistente impegno e coinvolgimento professionale, dai risultati emerge che per (**fig. 5**):

- il 55,1% c'è una certa coincidenza;
- il 36,6% sottolinea le diversità;
- l'8,3% non esprime una opinione.

La maggioranza dei medici ha rinnovato in corso d'opera gli stimoli più importanti all'esercizio della professione poiché la vocazione e la passione che hanno innescato il coinvolgimento nella professione nel tempo sono state affiancate dalle gratificazioni incentivanti dei risultati ottenuti.

Fig. 5 - Opinioni dei medici intervistati sulla coincidenza o meno tra motivazioni iniziali e motivazioni attuali (val. %)

"Le sue motivazioni attuali per fare il medico sono diverse da quelle iniziali?"



Fonte: indagine Censis, 2026

Ed è da sottolineare il richiamo al fattore umano, cioè al rapporto con le persone curate e, più ancora, alla qualità delle relazioni che nel tempo i medici sono riusciti a costruire con gli altri, dai pazienti ai familiari.

4.3.2. L'evoluzione motivazionale

Le motivazioni indicate dai medici per spiegare la scelta iniziale e l'impegno attuale non coincidono, segnalando così la loro modificazione, almeno parziale, nel corso della vita professionale.

In concreto, la matrice delle motivazioni tende a ridefinirsi sotto la pressione dell'esperienza, del *concreto quotidiano* che diventa luogo di verifica delle iniziali motivazioni.

È senz'altro un segnale positivo che la quota più alta di medici italiani indichi una continuità tra le proprie motivazioni iniziali e quelle attuali, poiché significa che la durezza dei fatti non ha generato nel corpo medico una disillusione collettiva.

Si può dire pertanto che per una maggioranza di medici si è sinora registrato l'incontro tra aspettative e realtà professionale concretamente vissuta e che, malgrado le molteplici note difficoltà non si è generata una frattura, come invece di frequente emerge in non poche professioni. Infatti, in tanti settori professionali il lavoro sognato si rivela molto spesso diverso da quello che poi si è materializzato.

Ma di quale continuità di motivazioni si tratta? Non è certo la pura riproduzione nella realtà di quel che motivava inizialmente, come se tempo trascorso ed esperienze non avessero incidenza alcuna.

Si può dire che nelle vite professionali dei medici si registra una dinamica evolutiva in cui continuità e trasformazione coesistono in un equilibrio in perenne rinnovamento.

C'è quindi un nucleo valoriale di partenza che non scompare, per il quale quindi non c'è disincanto perché viene semplicemente affiancato da nuove e diverse motivazioni, più legate alla concreta esperienza.

Infatti, il richiamo alla vocazione e alla passione resta in cima all'elenco delle motivazioni, ma al fianco di altre originali motivazioni che, come rilevato, sono più legate alla realtà vissuta. E si tratta delle motivazioni relative ai

risultati ottenuti in termini di pazienti curati e relazioni costruite e, anche, di sfide cliniche vinte.

Il medico non si limita a dire di aver visto confermate le iniziali motivazioni, piuttosto le rilancia rinforzate da altre solide motivazioni legate all'esperienza e ai risultati maturati.

Quindi, oltre alla passione e al nobile richiamo alla vocazione, contano poi nel tempo i risultati ottenuti che rinfocolano presumibilmente la passione stessa.

È l'esercizio dell'atto medico, i suoi buoni risultati sulle vite altrui a dare sostanza alla vocazione e, anche, al rinnovarsi della passione.

4.3.3. *Human factor* e reciprocità delle relazioni

Decisivo in questa dinamica motivazionale è il fattore umano poiché i medici intervistati richiamano molto, come esito dell'esperienza vissuta, la qualità delle relazioni costruite con pazienti curati.

Conta il rapporto che si crea nel processo di cura con il paziente e, ancora di più, la qualità del suo consolidamento nel tempo. La relazione medico-paziente è speciale e i medici lo sottolineano perché sale nella graduatoria delle motivazioni che contano al maturare dell'esperienza.

Nell'esercizio della professione medica, per voce dei medici intervistati, quindi è certificato che la relazionalità con pazienti e familiari non può e non deve più essere trattata come beneficio collaterale, cioè qualcosa che conta poco rispetto al *core* del processo di cura.

Dal lato del medico è una fonte decisiva di senso, di motivazione, peraltro non facilmente sostituibile. Del resto, l'etica della cura richiede che la buona relazione terapeutica sia bidirezionale e, dal lato loro, i medici esplicitano l'importanza che attribuiscono alla qualità relazionale, visto che genera energia motivazionale per far bene il proprio lavoro.

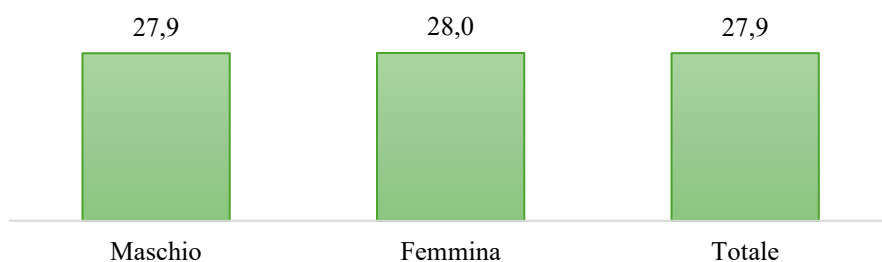
La relazione quindi secondo i medici ha valore anche per loro, non solo per il paziente. E il valore della relazione è anche legato al fatto che in essa si sviluppano sia sentimenti più spontanei come la gratitudine, che altri che sono più razionali e intenzionali come la fiducia.

Sentimenti che nei confronti del medico nascono dalla condivisione delle vulnerabilità altrui, che genera una originale e profonda reciprocità da cui, come più volte rilevato, dipende il valore alla relazione.

4.3.4. Significato ed effetti della perdita della spinta vocazionale

Dalla ricerca emerge poi che il 27,9% dei medici dichiara che la professione nel tempo è diventata più obbligo che una passione (**fig. 6**). È di certo una quota minoritaria, che tuttavia non può essere sottovalutata o ridotta a pura espressione fisiologica, intanto perché è consistente e poi perché esplicita un malessere profondo.

Fig. 6 - Medici per cui l'esercizio della professione è diventato più un obbligo che una passione nel tempo, per genere (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Sono infatti medici che dichiarano apertamente di aver vissuto un'involuzione del rapporto soggettivo con la professione, tanto che l'iniziale motivazione vocazionale ha lasciato il posto a un senso del dovere inteso come puro obbligo.

Il dato richiama il punto di vista di medici che hanno investito in origine nel lavoro e che dall'esperienza concreta ritengono di avere ricevuto un ritorno inadeguato rispetto all'investimento iniziale.

La transizione dalla passione all'obbligo è un colossale disvalore perché tocca sia la soddisfazione individuale che presumibilmente anche le modalità di esercizio della professione.

È infatti evidente che la medicina come obbligo è diversa da quella praticata con passione e come vocazione, e non importa se formalmente si fa riferimento a sapere esperto e protocolli identici.

In generale, questa involuzione ha anche un'origine sistemica, poiché è l'esito dell'accumularsi di criticità, carenze, difficoltà, sofferenze quotidiane nell'esercizio della professione largamente descritti nel Rapporto Fnomceo-Censis del 2025.

A pesare è soprattutto la sensazione dei medici di essere lasciati soli o quasi sulla linea del fronte, soprattutto quando il deficit sistemico genera costi sanitari e sociali sui pazienti.

Peraltro, emergono le conseguenze di situazioni in cui tra burocrazia e carenze di personale i medici devono tagliare i tempi dedicati all'aspetto professionale che per loro è il più gratificante: la relazione con i pazienti.

La passione che evapora in tanti medici, quindi, non può essere ascritta ad una sorta di cinismo che cresce all'avanzare dell'anzianità di servizio, ma richiama le condizioni di contesto che non consentono al medico di esercitare nel modo desiderato e atteso la propria vocazione.

È chiaro che la quota ridotta di medici che ha visto mutare il proprio rapporto con la professione in un obbligo perdendo spinta vocazionale è da interpretare come un dato nel complesso positivo.

Tuttavia, è anche un allarme rispetto ai danni che la mancata centralità del personale e il ridotto investimento sui medici sta generando sul Servizio sanitario.

La resilienza motivazionale dei medici non può essere sempre data per scontata fino a diventare pretesto per rinviare interventi strutturali. Le risorse motivazionali dei medici sono molto ampie, possono addirittura espandersi ulteriormente in situazioni eccezionali come nell'emergenza Covid, ma non sono infinite. Ecco una informazione chiave che emerge dalla presente ricerca.

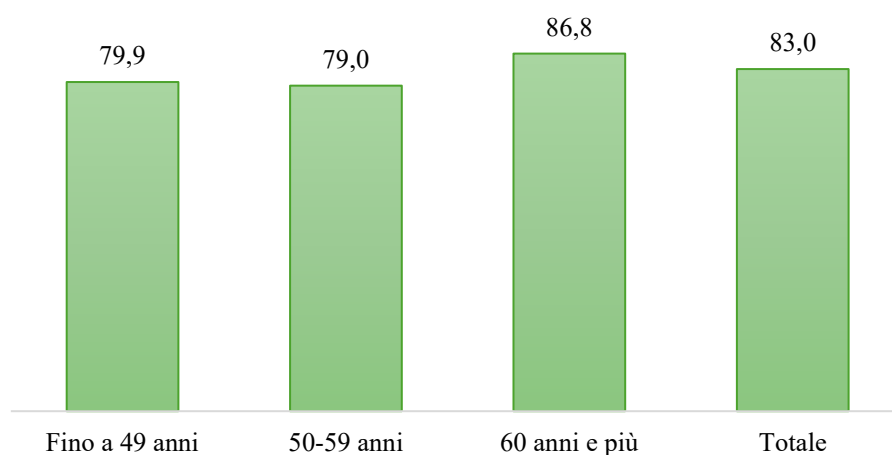
5. TRA PROFESSIONE E VITA PRIVATA: LA NUOVA SFIDA

5.1. Il difficile bilanciamento

5.1.1. Autorealizzazione personale e risultati

Al di là delle dinamiche soggettive socioculturali riguardanti le motivazioni di esercizio della professione e quelle sulle priorità di vita, comunque dalla ricerca emerge un dato di grande valore: per l'83,0% dei medici la professione è stata ed è un modo per realizzarsi nella vita (**fig. 7**).

Fig. 7 - La professione medica è stata un modo per realizzarsi nella vita, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Questa valutazione è condivisa dal 79,9% di quelli con età fino a 49 anni, dal 79,0% tra 50 e 59 anni e dall'86,8% con almeno 60 anni.

Quindi la professione medica non sarà prioritaria rispetto ad altre dimensioni di vita in questa fase storica ma, tuttavia, continua ad avere una densità di significato poiché per una quota elevatissima di medici intervistati contribuisce a dare senso alla vita, incarnando una forma di autorealizzazione soggettiva.

Ancora una volta si tratta di una positiva percezione che parte dall'esperienza concreta, vale a dire dal nesso tra buon esercizio della professione, in termini di risultati, e sensazione di essersi realizzati nella vita.

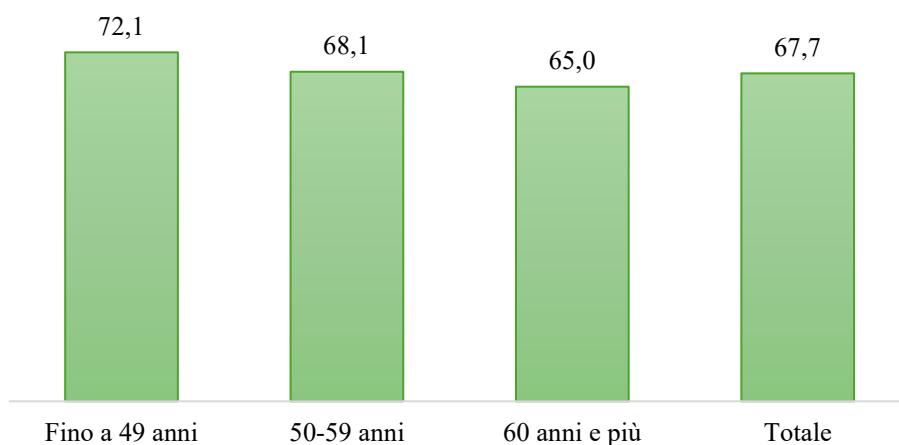
In fondo, nelle motivazioni iniziali la scelta di fare il medico è il portato di una vocazione animata da nobili intenzioni che, poi, però devono trovare riscontro nel corso della carriera in risultati molto concreti, soprattutto incidendo sulla qualità della vita delle persone, curandole e garantendogli un'attenzione umana anche nel percorso di cura.

Se tutto ciò funziona, allora scatta il meccanismo virtuoso dell'autorealizzazione, inteso come progetto professionale che riesce a cambiare in meglio le vite degli altri, oltre la propria.

5.1.2. Le difficoltà emergenti

È nell'operatività che emergono difficoltà significative in particolare nel bilanciamento tra lavoro e famiglia poiché, ad esempio, il 67,7% dei medici dichiara che la carriera gli ha imposto tante rinunce nella vita privata (**fig. 8**).

Fig. 8 - Medici ai quali l'esercizio della professione ha imposto tanti sacrifici alla vita privata, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

E sono convinti di avere dovuto affrontare tanti sacrifici nella vita privata a causa dell'impegno professionale il 72,1% dei medici con età fino a 49 anni, il 68,1% tra 50 e 59 anni e il 65,0% con almeno 60 anni.

Ecco un punto essenziale: fare il medico è inizialmente una vocazione e una passione che dà tante soddisfazioni nel tempo che stimolano un rinnovamento del *bond* psicologico e materiale.

Tuttavia, le condizioni di esercizio della professione, determinate in non piccola parte anche dal contesto strutturale in cui operano i medici, impongono una moltiplicazione di sacrifici e rinunce per quella vita privata che, comunque, sarebbe prioritaria nella scala di valori dei medici.

Ecco un altro fondamentale paradosso del nostro tempo al cuore della professione medica: infatti, il *work-life balance* per i medici italiani è stabilmente in rosso, poiché l'esercizio della professione richiede rinunce nella vita privata, dalla famiglia al tempo libero, per dedicare tempo ed energie alla professione, in una fase in cui invece per una maggioranza dei medici la priorità è proprio la famiglia.

5.2. Gender barriers

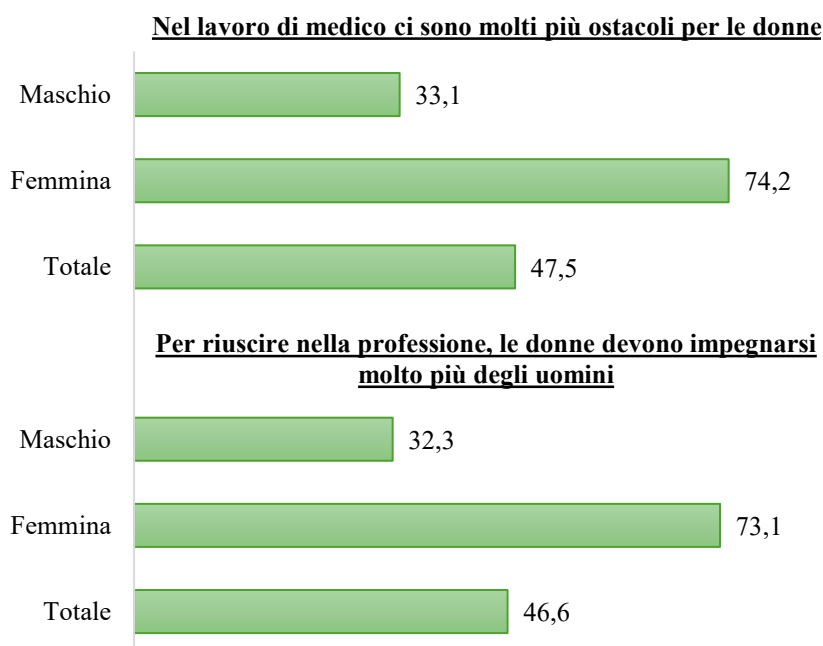
5.2.1. Diverse visioni

È molto cresciuta nel tempo l'attenzione per le differenze di genere nel mondo del lavoro. Condizioni di lavoro, retribuzioni, percorsi di carriera, ogni dimensione lavorativa viene riletta alla luce delle differenze di genere.

A questo proposito, cosa accade nella professione medica? In che misura i medici, uomini e donne, ritengono che l'esercizio della professione sia marcato da diversità di genere significative?

Dall'indagine emerge che il 74,2% delle donne è convinto che nella professione ci sono molti più ostacoli per loro rispetto agli uomini, mentre è il 33,1% dei medici uomini a condividere tale affermazione (**fig. 9**).

Fig. 9 - Opinioni sul fatto che le donne incontrano maggiori difficoltà nella professione rispetto agli uomini, per genere (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Inoltre, secondo il 73,1% delle dottoresse per riuscire nella professione le donne devono impegnarsi molto di più degli uomini, mentre è il 32,3% dei dottori a pensarlo.

Esiste quindi una diversa percezione di genere delle difficoltà che porta le donne medico a ritenersi pesantemente ostacolate dalle condizioni materiali, nel mentre i colleghi maschi sono molto meno consapevoli dei *gender barriers*.

In linea di principio non è difficile immaginare che una professione altamente impegnativa e coinvolgente come quella medica con impatti enormi sulle vite private, sia particolarmente penalizzante per le donne.

Infatti, nella società italiana ancora oggi la distribuzione delle attività domestiche e di *care* di figli e di non autosufficienti è notoriamente molto sbilanciata a danno delle donne.

Inoltre, nelle fasi iniziali o quasi dei percorsi di carriera la maternità, al di là delle tutele formali, finisce per avere effetti penalizzanti su ruoli, riconoscimenti, responsabilità e ritmo di progressione nella carriera delle madri.

Sulle maggiori difficoltà delle donne a lavorare come medico ci sono anche differenze di opinioni in relazione all'età dei medici intervistati poiché sono convinti che:

- l'esercizio della professione medica imponga più ostacoli alle donne rispetto agli uomini, il 61,7% di quelli con età fino a 49 anni, il 42,9% di quelli tra 50 e 59 anni e il 41,2% di quelli con 60 anni e più;
- per riuscire nella professione le donne devono impegnarsi più degli uomini, il 55,2% di quelli con età fino a 49 anni, il 50,4% tra 50 e 59 anni e il 39,7% tra quelli con almeno 60 anni.

5.2.2. Un duplice problema

I dati della ricerca raccontano che nella professione medica italiana, così come in tante altre professioni, c'è una radicale diversità di genere nelle visioni e soprattutto nella percezione delle esperienze tra uomini e donne.

Colpisce la radicale diversità di percezione dello stesso mondo, in cui visibilmente i percorsi individuali incidono pesantemente nel modo in cui si elabora un senso a quel che accade nel quotidiano.

Le donne medico sentono in particolare la dimensione e la qualità degli ostacoli che devono affrontare che, tuttavia, non dipendono in via primaria dalla complessità di fondo dell'esercizio della professione, che affrontano come i colleghi maschi con una formazione prolungata e continua e la costruzione di technicalità appropriate.

Le maggiori difficoltà che secondo le donne medico le penalizzano derivano dalla complessa costruzione di un equilibrio tra una professione che impone un coinvolgimento totalizzante e il resto della loro vita, a cominciare dal *care* domestico e familiare che, come rilevato, nel nostro Paese è per la grandissima parte in capo alle donne.

Le donne e i medici più giovani hanno una notevole consapevolezza di questo *di più* di ostacoli che le donne devono affrontare, mentre gli uomini in particolare di età più avanzata e con più lunga anzianità di servizio tendono a ridimensionare la portata delle barriere di genere.

Certo che nelle opinioni indicate pesano i diversi imprinting generazionali e, quindi, non deve sorprendere una più alta sensibilità sia di chi affronta le difficoltà, le donne, sia della generazione di medici più giovani.

Tuttavia, nel persistere delle *gender barriers* nella professione medica in fondo si riflettono quasi paradigmaticamente le contraddizioni di un contesto sociale in cui le donne hanno indubbiamente conquistato spazi professionali, anche prestigiosi come nel caso dei medici, ma senza che ci fosse un rimodellamento delle strutture sociali di base, dalla famiglia alle comunità.

Così le donne si ritrovano con due carriere che camminano parallelamente, quella professionale e quella familiare, ciascuna delle quali tende ad assorbire tempo ed energie.

Questa doppia carriera richiede sforzi straordinari per trovare equilibri quotidiani, peraltro, sempre precari e in rinegoziazione. E gli sforzi conseguenti diventano titanici nell'esperienza della maternità e nella fase successiva di gestione delle vite dei figli a cui, non poche volte, si aggiunge l'impegno di garantire il *care* per un genitore o parente anziano poco o per niente autosufficiente.

Situazioni ordinarie di vita che diventano altrettanti ostacoli penalizzanti rispetto alla carriera da medico che richiede ancora oggi dedizione assoluta ai pazienti e in generale all'attività. I dati, quindi, fanno emergere almeno due ordini di riflessioni:

- la prima, di pura realtà, poiché ogni dottoressa è chiamata a dare risposte puntuali ai deficit di una organizzazione del lavoro e, in generale, della società che la inchiodano a svolgere una molteplicità di attività necessariamente in competizione con la professione medica per tempo ed energie disponibili;
- c'è tra i medici italiani ancora oggi un colossale *bias* di genere e generazionale sulla portata di quelle *gender barriers* che penalizzano le donne nei percorsi di carriera del mondo medico.

Più in generale, è evidente che i *gender barriers* relativi alla professione medica sono da intendersi come indicatori di deficit sistemici della nostra società che, al di là di affermazioni di principio, stenta a riconoscere l'esigenza di promuovere una organizzazione più funzionale alla conciliazione dell'impegno familiare e di quello nel lavoro da parte delle donne.

5.2.3. Solo chi è interamente dedicato alla professione può essere un buon medico?

Emergono ulteriori aspetti significativi dai dati sulla percezione differenziata delle barriere di genere in Italia, che peraltro potrebbero incidere anche sulle soluzioni operative possibili.

Quella del medico è una professione universale che ha assoluto bisogno di rispondere ad una logica meritocratica, poiché il buon medico è indispensabile altrimenti è alto il rischio di avere effetti negativi sulle vite delle persone.

E tuttavia questa esigenza di fondo della professione medica oggi, per quanto riguarda le donne, contrasta con la dinamica concreta dei percorsi di vita che le penalizza secondo consolidate asimmetrie di condizioni e opportunità.

Se l'immissione di donne nelle varie professioni è stata per la nostra società uno straordinario motore di upgrading, è chiaro che scaricare su esse il costo dei deficit sociali e di welfare finisce per attenuare i positivi effetti potenziali del loro ingresso anche nel mondo della medicina.

Infatti, come rilevato, l'impegno totalizzante della professione medica contrasta con un'organizzazione sociale del *care* che penalizza le donne caricandole di gran parte dei fabbisogni da affrontare, rallentandone di fatto le carriere e limitandone la possibilità concreta di coinvolgersi nella misura necessaria e/o che vorrebbero.

Ciò apre ad una riflessione decisiva per la professione e, in generale, per la società italiana. Infatti sebbene in generale ci sia la necessità di:

- garantire tutele per aspetti specifici della condizione delle donne, come ad esempio nel caso della maternità;
- promuovere una ridefinizione strutturale della distribuzione del *care* tra i generi.

C'è anche un tema altrettanto rilevante specificamente relativo alla professione medica: è forse arrivato il momento di riflettere su una possibile riconfigurazione del modello del *buon medico* ancora troppo ancorato all'idea della disponibilità totale, senza limiti, cioè ad un'idea di professione per persone che per la loro vita familiare e privata possono contare su una delega completa ad altre persone incaricate di svolgere i vari compiti.

In altre parole, una professione che richiede un coinvolgimento totalizzante suona come tipica di una società in cui chi sceglie di svolgerla, e di solito era una persona di genere maschile, può contare sul supporto familiare di un'altra

persona di genere femminile che finiva per svolgere ogni compito della vita familiare e privata.

È un aspetto decisivo che esplicita le contraddizioni proprie di visioni semplificatorie molto tradizionali e che è possibile sintetizzare in un quesito: il *buon medico* è solo colui che ha una totale dedizione e quindi beneficia di una sorta di esenzione totale da tutto quello che eccede l'esercizio della professione? E, su un altro piano, un medico totalmente immerso nella professione e praticamente estrapolato da altri mondi, nel contesto contemporaneo, può davvero essere un buon medico?

Quesiti decisivi, molto originali, che l'emergere della consapevolezza dell'esistenza e della portata dei *gender barriers* rende attuali.

Non basta solo mettere all'ordine del giorno strumenti di tutela della maternità, perché le *gender barriers* sembrano chiamare in causa lo stesso significato della professione medica, in particolare il senso reale attuale di suoi pilastri come la dedizione totale.

5.2.4. Dinamiche future

In prospettiva, su portata e senso delle *gender barriers* è di particolare rilevanza il punto di vista dei medici con età più bassa che molto più degli altri condividono l'esistenza di una penalizzazione specifica per le donne nella professione e che, presumibilmente, sono anche più orientati a ripensare la convinzione che il buon medico sia solo quello con dedizione assoluta.

Emerge quindi un'idea originale, ma al contempo molto potente, e cioè che sul piano sociale occorre sempre più *prendersi cura anche di chi cura*, oltrepassando le diffuse minimizzazioni delle problematiche di *work-life balance* per i medici.

E tale approccio minimalista è più tipico delle generazioni dei medici più anziani e con più lunga anzianità di servizio, in prevalenza maschi, la cui vita familiare presumibilmente era stata delegata *in toto* a mogli o conviventi.

Quindi, è indubbio che esiste il problema specifico di rendere sempre più compatibili l'esercizio della professione medica con il quotidiano della maggioranza delle donne che scelgono di fare il medico, eliminando quelle barriere che tendono a scoraggiarle o a rallentarne il ritmo di crescita nella professione.

Tuttavia, emerge prepotente sull'onda anche delle *gender barriers*, l'esigenza di una riflessione più ampia su cosa debba intendersi oggi per buon medico e

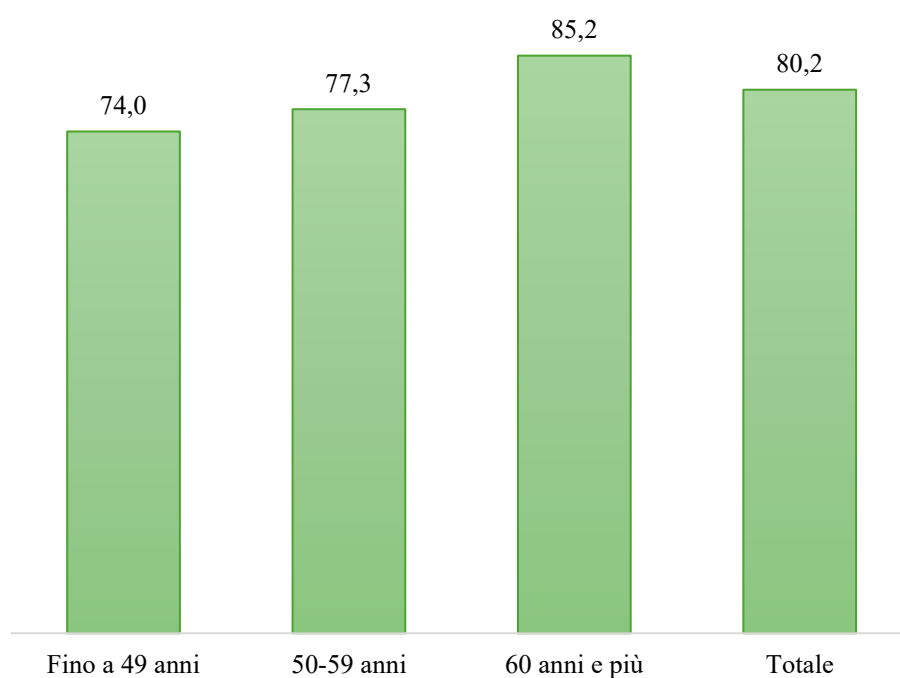
se non sia essenziale anche delineare modalità innovative di *work-life balance* per la professione.

5.3. Giudizio sulla professione

5.3.1. Soddisfatti

Malgrado l'esperienza diffusa di difficoltà strutturali legate alle carenze nelle strutture sanitarie e agli effetti di gratificazioni economiche e immateriali non sempre adeguate, dai dati emerge che l'80,2% dei medici intervistati si dichiara alla fin fine soddisfatto del proprio lavoro (**fig. 10**).

Fig. 10 - Soddisfazione dei medici per la propria professione, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

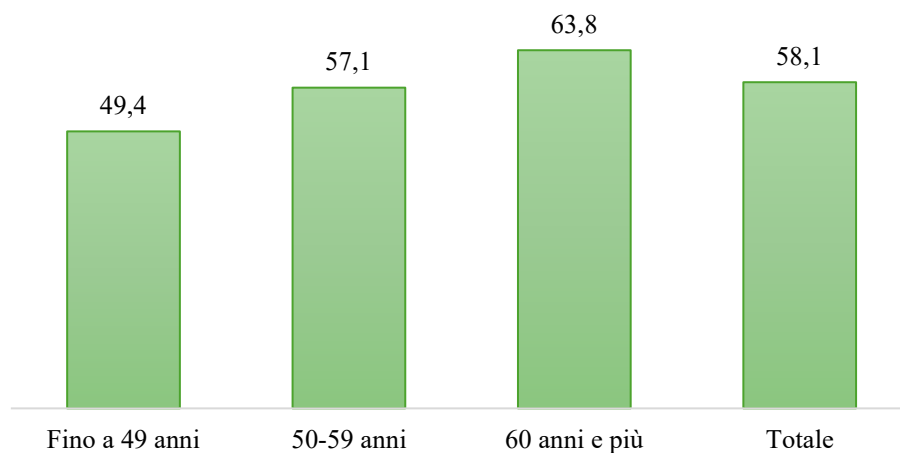
Si dichiarano soddisfatti il 74,0% di quelli con età fino a 49 anni, il 77,3% di quelli tra 50 e 59 anni e l'85,2% con almeno 60 anni. E anche l'81,1% degli uomini e il 78,5% delle donne.

Inoltre, il 58,1% dei medici intervistati consiglierebbe ad un giovane di oggi di intraprendere il percorso per diventare medico (**fig. 11**): lo farebbero il 49,4% dei medici con età fino a 49 anni, il 57,1% tra 50 e 59 anni e il 63,8% con almeno 60 anni.

Dai risultati emerge che:

- malgrado le tante difficoltà che i medici affrontano nel quotidiano esercizio della propria attività, la netta maggioranza di essi è pronta a consigliare a un giovane di intraprendere il percorso professionale;
- tuttavia, c'è un evidente minor entusiasmo da parte dei medici con età più bassa, tra i quali la quota di chi inciterebbe i giovani a diventare medico scende sotto la soglia della maggioranza assoluta.

Fig. 11 - Medici che consiglierebbero a un giovane di diventare medico, per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

5.3.2. Consigliabile ai giovani, ma senza troppo entusiasmo

I risultati delineati impongono una interpretazione complessa, che tenga insieme luci ed ombre, poiché è indubbio che la soddisfazione prevalente non può che essere considerata positivamente.

Tuttavia, emergono anche alcuni segnali fievoli diversi, ma che vanno attentamente valutati in prospettiva futura.

Intanto, il grado di soddisfazione espresso dai medici intervistati è significativamente più alto della voglia di trasmettere ai giovani che vale la pena intraprendere la professione.

Certo che è la maggioranza assoluta dei medici a dirsi pronta a stimolare i giovani a intraprendere il percorso vocazionale nella medicina tuttavia, come evidenziato, è una quota nettamente inferiore a quella che si dichiara soddisfatta della professione.

Emerge, pertanto, uno scarto tra la valutazione della personale esperienza professionale e la proiezione della stessa nel futuro tramite le generazioni successive.

Non solo: i medici con età più alta, che hanno sperimentato per un più lungo periodo la pratica professionale prima che le criticità sistemiche raggiungessero l'attuale livello di criticità, sono più portati a consigliare ad un giovane a scegliere di diventare medico.

I più giovani, invece, sono più condizionati dalla sanità attuale, quella che vivono concretamente in cui è visibile lo scarto rispetto all'ideale originario della vocazione, cioè da quel che ci si aspettava e desiderava fare al momento della scelta di diventare medico.

Effetto di questo accumularsi di criticità vissute, dall'eccesso di carichi di lavoro alle ridotte gratificazioni economiche sino al sovraccarico burocratico, è la ritrosia a operare come *ambasciatori della professione*.

Viste le condizioni oggettive in cui ci si trova ad esercitare la professione, i medici più giovani sono meno propensi a trasmettere entusiasmo alle generazioni di età più bassa, e quindi a promuovere l'idea di una professione in cui val la pena di coinvolgersi.

Dalla ricerca emerge pertanto il senso di una professione che genera ancora per chi la pratica senso e appartenenza, ma lo fa con minore intensità ed efficacia, tanto che i giovani sono meno convinti che sia opportuno trasferire entusiasmo nelle generazioni successive.

Pertanto, i medici giovani sono tutto sommato soddisfatti per il proprio percorso professionale, ma viste le condizioni di lavoro sperimentate e il timore che possano addirittura peggiorare, non credono opportuno consigliarla ai più giovani alle prese con le scelte dei percorsi da intraprendere.

6. LAVORO DIPENDENTE? MEGLIO DI NO

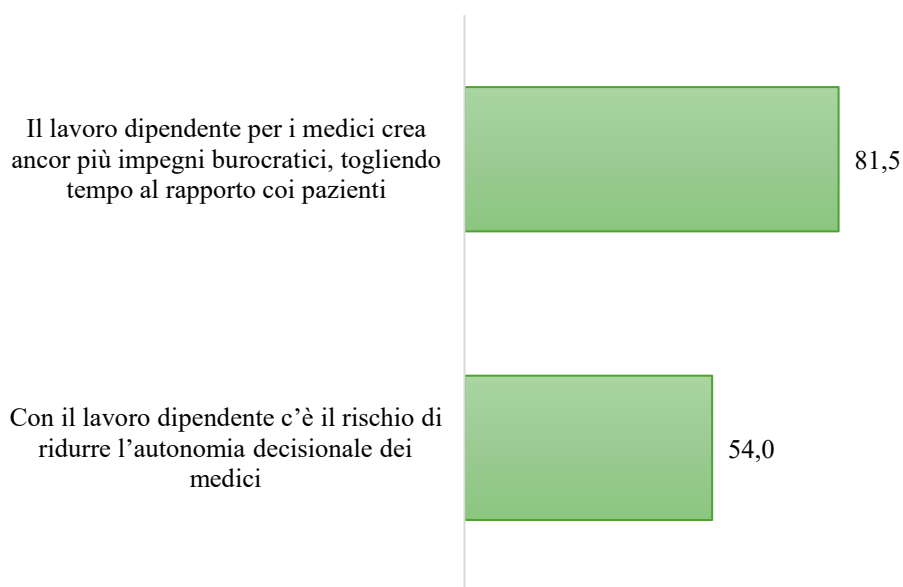
6.1. Il punto di vista dei medici

Tenuto conto dell'ampio e articolato dibattito pubblico sviluppatosi in corso d'anno sui temi di una eventuale riforma della sanità di territorio, che implica anche il coinvolgimento dei medici in nuove configurazioni di offerta, è di notevole interesse il punto di vista dei medici intervistati sui modelli di lavoro.

Richiesti di esprimere il proprio punto di vista sull'ipotesi di lavoro dipendente, dall'indagine emerge una notevole ritrosia rispetto a tale ipotesi.

Infatti, per l'81,5% dei medici intervistati il lavoro dipendente crea un eccesso di impegni burocratici, finendo per togliere tempo al rapporto con i pazienti (fig. 12). Ne è convinta una quota nettamente maggioritaria di medici trasversalmente all'età, all'anzianità di servizio e anche al genere.

Fig. 12 - Opinioni dei medici intervistati sulle convinzioni del “lavoro dipendente” per la professione medica (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Inoltre, il 54,0% dei medici ritiene che con il lavoro dipendente ci sia il rischio di ridurre l'autonomia decisionale dei medici: anche questa opinione è condivisa da quote prevalenti in modo trasversale a età, anzianità di servizio e genere.

In estrema sintesi si può dire che: l'ipotesi del lavoro dipendente non trova consenso tra i medici, e il rigetto è ancor più forte tra quelli impegnati sul territorio.

Se dal Rapporto Fnomceo-Censis del 2025 era emerso che una delle criticità maggiori per i medici era la carenza di tempo da dedicare a pazienti e familiari anche per spiegare diagnosi e terapie, ebbene per i medici trasformare in dipendenti, ad esempio i medici di medicina generale, non farebbe che amplificare le difficoltà, piuttosto che risolverle.

Emerge poi anche lo spettro della minaccia suprema per i medici: l'introduzione di vincoli e limitazioni alla propria autonomia decisionale che resta il pilastro fondamentale del buon medico, secondo gli stessi medici.

6.2. Modelli diversi, risultati diversi

Lavoro dipendente, lavoro autonomo: qual è allora il punto di vista dei medici italiani?

Dalla ricerca emerge che per i medici i due modelli di lavoro sono non solo distinti ma, di fatto, ben poco conciliabili poiché ritengono che:

- la libera professione presenta il valore dell'autonomia e della responsabilità individuale, essenziali nelle scelte diagnostiche e terapeutiche;
- mentre il lavoro dipendente, subordinato, viene letto prevalentemente nelle sue derive patologiche poiché pensato come fonte inevitabile di eccessi di burocratizzazione e di rigidità procedurali.

Quindi, dal lato dei medici non si tratta tanto di una diversità di forma contrattuale, piuttosto di una dimensione che rinvia all'identità stessa della professione, al suo modo di pensarsi e al senso attribuito al processo che porta alla cura.

C'è in questa visione il portato di una radicale avversità per la burocrazia che, nella percezione dei medici, è un vero e proprio ostacolo alla buona sanità

perché assorbe tempo sottraendolo a quel che realmente conta per i medici e i pazienti: la relazione.

Quel che i medici temono e avversano è l'obbligo di fatto di dover investire tempo in adempimenti formali.

Pertanto, il passaggio al lavoro dipendente per chi svolge l'attività in autonomia, secondo i medici intervistati, comporta non solo un rischio organizzativo, ma investe il core dell'esercizio della professione.

Il timore visibile è quello di vedersi trasformare da soggetto autonomo e responsabile degli atti a esecutore di procedure con inevitabile erosione della qualità relazionale con i pazienti e, anche, degli esiti. E invece tali dimensioni sono per i medici il contenuto più rilevante da cui peraltro dipende anche l'attrattiva della professione.

In questa ottica, quindi, la tutela dell'autonomia decisionale non è una dimensione puramente sindacale, vertenziale ma è una sorta di battaglia di valori, poiché preconditione strutturale del *buon medico*.

Il giudizio clinico del medico, per i medici intervistati, deve beneficiare di autonomia, ecco perché è preferibile non debba subire la compressione determinata da vincoli gerarchici magari attraverso linee guida amministrative, altrimenti la stessa efficacia terapeutica ne potrebbe soffrire.

Da questo punto di vista è decisivo il ruolo dei medici di medicina generale, front office del Servizio sanitario e cinghia di trasmissione tra i bisogni sanitari dei cittadini e le risposte sanitarie.

La loro autonomia è un fattore che, innestato dentro una riconfigurazione della sanità di territorio, potrebbe generare upgrading della qualità dell'offerta, garantendo livelli assistenziali più alti.

6.3. Il valore del lavoro autonomo

È utile un approfondimento ulteriore sul modello professionale, poiché il lavoro autonomo per i medici è significativo non solo sul piano pratico ma su quello identitario, poiché parte di una cultura professionale che la considera un presupposto ineludibile per avere alta qualità delle cure.

Pertanto, per i medici l'autonomia decisionale non può essere irregimentata dentro protocolli e linee guida strutturate altrimenti perde la dimensione relazionale e di modulazione specifica sul paziente.

Nel lavoro dipendente i medici vedono fondamentalmente una minaccia per l'esercizio del libero giudizio che, come rilevato, è presupposto culturale e operativo per consentire al medico di modulare le soluzioni cliniche sulle caratteristiche del singolo paziente.

Non solo, i medici intervistati sono convinti che l'autonomia del medico può esercitare i suoi effetti positivi anche sulla relazione con il paziente contribuendo a creare quel senso di fiducia che ritengono non possa invece essere generata da alcuna procedura standardizzata.

Pertanto, ancora una volta, l'opzione preferenziale per il lavoro autonomo non può essere interpretata come rigetto di una specifica riforma o espressione di cattiva volontà rispetto all'obiettivo di promuovere una buona sanità di territorio, piuttosto esprime la voglia di tutelare un modello e una cultura professionale ritenute più efficaci per garantire alta qualità delle prestazioni.

Nell'autonomia professionale, infatti, per i medici può realizzarsi l'intreccio tra sapere esperto, competenze tecniche, responsabilità personale e centralità della relazione umana che, invece, rischia di mancare qualora prevalessero logiche gerarchiche e burocratiche, che di solito sono più orientate a generare prestazioni indifferenziate, poco calde sul piano relazionale.

Ecco perché l'autonomia responsabile è la modalità di esercizio della professione in cui i medici sono convinti di poter esprimere il loro più alto potenziale, intrecciando sapere esperto e umanità, qualità delle cure e relazionale.

7. IL PRIMATO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA

7.1. Etica e umanizzazione

7.1.1. La promozione implicita di pace e democrazia

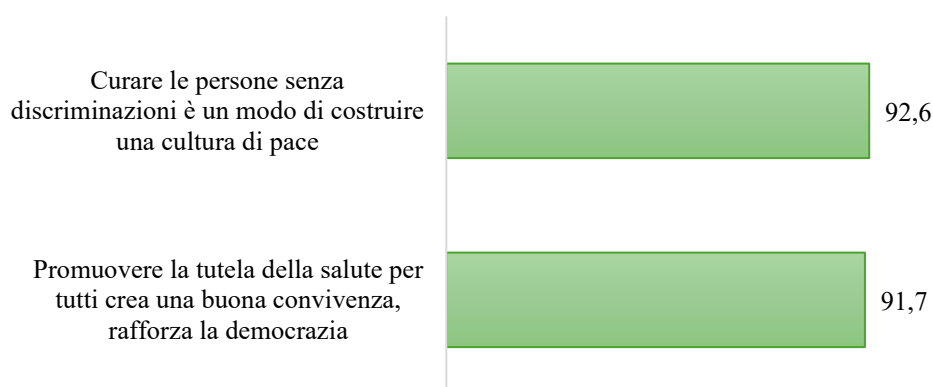
I medici si mostrano consapevoli della dimensione etica della propria professione tanto che, nel loro racconto, essa è essenziale sia tra le motivazioni che spiegano l'avvio delle carriere che tra quelle che mantengono rilevanza in fase successiva.

D'altro canto, i medici sono convinti che il buon esercizio della professione genera una molteplicità di positivi effetti collaterali, vere e proprie economie esterne virtuose per la società. Infatti (**fig. 13**):

- il 92,6% dei medici ritiene che curare le persone senza discriminazioni è un modo per costruire una cultura di pace;
- il 91,7% è convinto che promuovere la tutela della salute per tutti crea una buona convivenza e rafforza la democrazia.

In pratica per i medici c'è nell'esercizio pieno della propria professione, inteso come disponibilità a curare tutti, un nucleo essenziale di valori positivi ad alto e positivo impatto sulla società.

Fig. 13 - Il valore sociale e culturale della scelta di curare tutti, senza discriminazioni, secondo i medici (val. %)

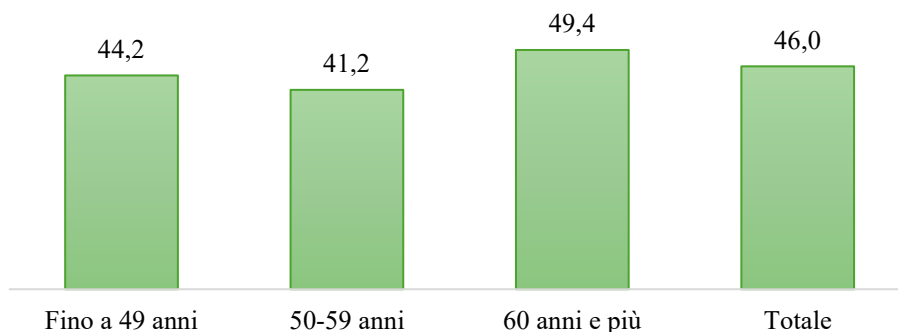


Fonte: indagine Censis, 2026

In un tempo storico segnato dal ritorno di richiami ideologici e valoriali discriminatori, molti dei quali sino a qualche tempo fa indicibili, la medicina per tutti e il primato della tutela della salute oltre ogni discriminazione, sono presidi fondamentali della democrazia, della convivenza civile e, anche, della pace.

Inoltre, il 46,0% dei medici intervistati reputa importante fare volontariato in aree del mondo investite da crisi umanitarie per guerre, catastrofi naturali, povertà ecc. (**fig. 14**).

Fig. 14 - Medici che reputano importante svolgere attività di volontariato in aree del mondo con crisi umanitarie (per guerre, catastrofi naturali, povertà ecc.), per età (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

È un dato di particolare interesse poiché segnala una disponibilità concreta, diretta, personale, ad esercitare in modo solidale la professione in aree del mondo particolarmente ostiche e difficili.

E anche nella disponibilità a fare volontariato in territori tribolati c'è un nucleo essenziale di valori positivi, di promozione della pace in una fase

storica in cui la guerra è tornata a minacciare concretamente anche aree del mondo, come l'Europa, che a lungo avevano pensato di essere ormai al riparo da ogni evento bellico.

7.1.2. Umanizzare per rendere la sanità migliore

Colpisce positivamente nel punto di vista dei medici l'attenzione per le dimensioni meno tecniche della propria professione con, ad esempio, come rilevato in precedenza il richiamo alla qualità delle relazioni con pazienti e familiari.

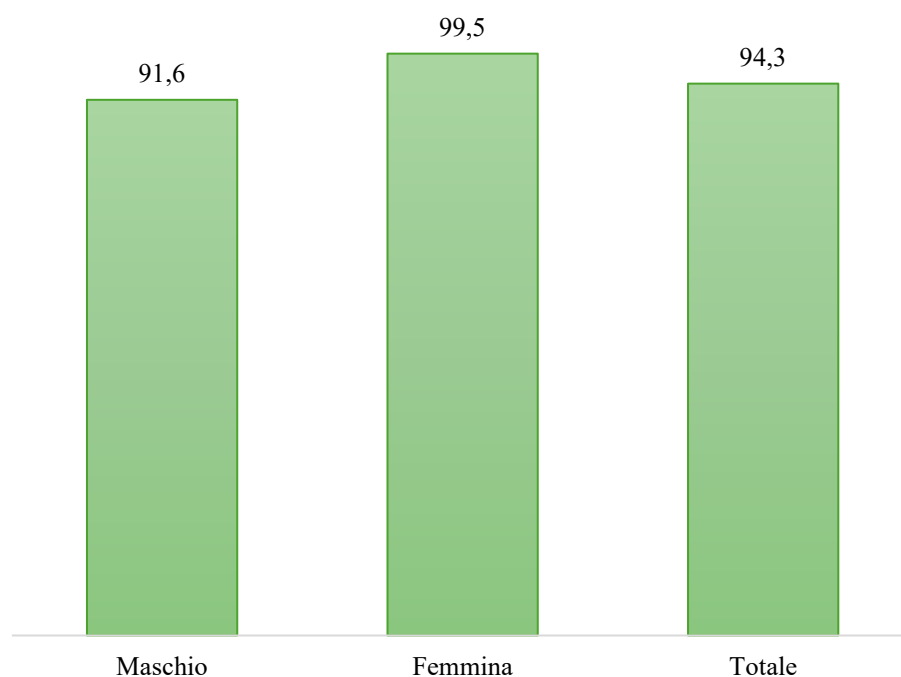
E, poi, anche l'insistenza sul valore per la società e la democrazia della scelta di curare tutti, senza discriminazione alcuna. C'è nella cultura professionale dei medici italiani la convinzione della potenza disseminatrice virtuosa per la società del bene iscritto nella scelta medica di curare le persone oltre ogni diversità.

È il primato della dignità della persona come fulcro primario della professione che poi dà anche un senso profondo all'insieme di tecnicità, competenze e tecnologie di cui la professione medica ha bisogno per ben operare.

E questa centralità dell'umano, dalla persona alla relazione, emerge anche in relazione a quel che secondo i medici è indispensabile per migliorare la sanità italiana nel prossimo futuro.

Infatti, il 94,3% dei medici reputa prioritario per costruire una sanità migliore umanizzarla, dedicando più tempo e maggiori attenzioni alla relazionalità con i pazienti (**fig. 15**).

Fig. 15 - Medici che ritengono che per migliorare la sanità occorra umanizzarla (dedicando più tempo e maggiori attenzioni alla relazionalità con i pazienti), per genere (val. %)



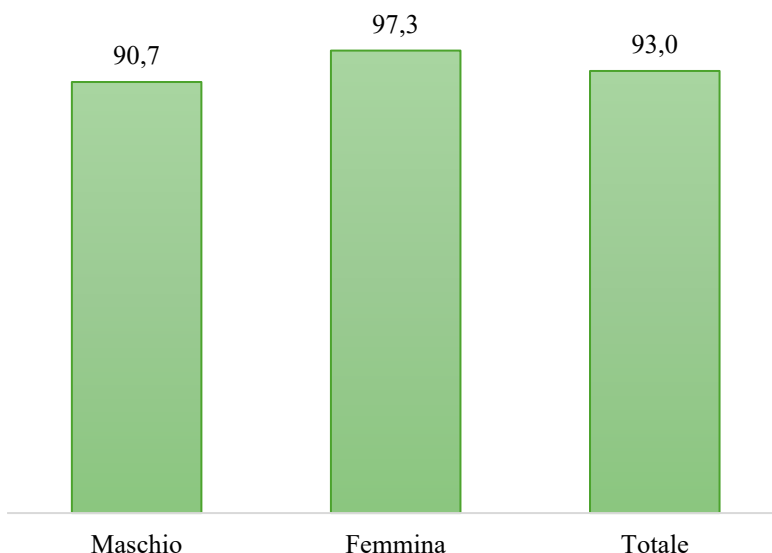
Fonte: indagine Censis, 2026

In pratica, al di là di efficienza ed efficacia e della necessaria intensa applicazione di nuove tecnologie, per i medici per costruire una buona sanità in Italia è decisivo promuovere una umanizzazione dei rapporti tra operatori e pazienti nei percorsi diagnostici e di cura.

Come rilevato, emerge che la cultura professionale dei medici italiani, è molto marcata dal primato della persona rispetto ad ogni soluzione tecnico-organizzativa. Senza l'afflato umanistico, ogni riforma organizzativa e funzionale rischia di restare asetticamente insufficiente e inappropriata.

In ogni caso, guida decisiva nell'attività medica sono per il 93,0% dei medici intervistati i valori del giuramento professionale e del codice deontologico (fig. 16).

Fig. 16 - Medici per cui i valori del giuramento professionale e del codice deontologico sono la guida decisiva nell'attività medica, per genere (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

7.1.3. Una medicina di valori

Per i medici la medicina non si esaurisce nell'applicazione del sapere tecnico al corpo del paziente, poiché è in primo luogo una relazione tra persone, che genera un riconoscimento reciproco esito dell'incontro e scambio che si compie nell'incontro tra chi soffre e chi cura.

Quindi, il corpo del paziente non può esser letto come un portatore di disfunzionalità da ricondurre nel perimetro della normalità, piuttosto come una persona sofferente con bisogno di cure, che subisce gli effetti della rottura del suo equilibrio vitale e che richiede una risposta umana oltre che terapeutica.

È questo il perimetro decisivo della buona medicina, quello in cui matura il suo valore civile e politico, oltre che operativo.

Curare tutti, senza discriminazioni o gerarchie è un modo molto concreto di affermare una visione universalista del mondo con al centro le persone.

Per la cultura professionale dei medici quindi ogni vita deve essere approcciata come valore in sé, a prescindere da connotati, appartenenze o utilità sociale. E nella pratica i medici hanno connotato la non discriminazione nell'accesso alle cure.

È un'opzione culturale di alto profilo in una fase in cui troppo spesso nel dibattito pubblico emergono orientamenti favorevoli a discriminazioni e all'innesto di ostacoli per l'accesso alla sanità, stabilendo gerarchie in termini di possibilità di cura.

La modalità di esercizio della medicina, quindi, diventa materializzazione di un pensiero sociale in cui non ci sono differenze nella tutela della salute e così diventa anche una sorta di narrazione concreta, operativa, di straordinario valore simbolico.

La scelta del medico di curare non ha vincoli, non è subordinata ad alcuna variabile che sia l'identità delle persone, la provenienza o la condizione materiale. In questo senso, la professione medica si pensa come protagonista di una costruzione democratica tramite l'impegno per una buona salute per tutti.

E dai dati si evidenzia la propensione di una quota significativa di medici a portare questa cultura professionale e relativa implementazione ovunque nel mondo ne emerga il bisogno, a cominciare dalle aree di guerra dimenticate o da quelle colpite da catastrofi naturali.

I medici italiani, in questo modo, fanno della concezione universale della salute come bene comune una dimensione costitutiva della propria cultura professionale.

Inoltre, tramite tale concezione delineano una sorta di visione politica globale in cui la pace diventa non solo e non tanto assenza di guerra, ma una condizione quotidiana in cui prevale il riconoscimento della necessità di garantire tutela alle vulnerabilità, a cominciare da quelle maggiori.

Ecco come la medicina arriva ad incarnare una pratica istituzionalizzata che tiene insieme valori diversi oggi troppo spesso minacciati, come la tutela della salute per tutti, l'equità di accesso alle cure e il rispetto della dignità umana senza discriminazioni.

7.1.4. Un nuovo baricentro

Come rilevato, perno della cultura professionale dei medici italiani è il riconoscimento della dignità della persona, intorno alla quale deve ruotare la pratica medica e anche l'organizzazione della sanità.

La dignità della persona, quindi, non è un aspetto accessorio della presa in carico e del processo di cura, ma è consustanziale a ciascun individuo in quanto tale, al di là di ogni diversità.

Ogni soggetto è di per sé stesso un valore assoluto e, in fondo, prendersi cura per i medici ha proprio questo significato che deve prevalere su ogni altra considerazione.

Le persone non sono l'oggetto della cura, ma ne sono il soggetto e mai possono essere ridotte a semplice insieme di dati.

E pertanto la tutela e la cura non possono mai essere razionate in nome di principi di economicità o efficienza. La medicina che mette al centro la dignità della persona è nemica di ogni razionamento, per quanto stringenti e potenti siano le argomentazioni a sostegno.

E allora una buona sanità non è solo una sanità ad alta intensità tecnologica ed efficacia clinica, ma è quella che fa della dignità della persona il suo baricentro e il suo fine.

E la centralità alla dignità della persona genera anche la richiesta di umanizzazione dei percorsi di cura, a cominciare dalla richiesta di avere più tempo per gestire le relazioni umane.

È con questi valori che, secondo i medici, la medicina può giocare un ruolo primario di promozione della coesione sociale, di un clima sociale fatto di rispetto reciproco e, in generale, della promozione di un livello più alto di civiltà nei rapporti tra le persone, in controtendenza con le diffuse spinte a muovere verso il basso.

Solo confermando il primato della dignità della persona le riforme della sanità possono migliorarne il livello e la qualità delle cure.

Non c'è buona sanità e non ci sono buoni medici se a contare è solo il sapere esperto e la tecnicità, perché una sanità impoverita umanamente per i medici finirebbe per potenziare processi sociali regressivi che invece la cultura della sanità universalista controbatte.

8. SFIDA INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA)

8.1. Il senso della trasformazione

L'approccio umanistico che prevale nella cultura professionale dei medici italiani deve oggi misurarsi con una rivoluzione tecnologica dalla straordinaria potenza di penetrazione e trasformazione della professione: l'IA.

La capacità dell'IA di proporsi nel concreto come altamente utile ed efficace, di operare come formidabile strumento di upgrading dell'esercizio della professione medica, ne spiega il successo crescente.

L'IA però non è solo uno strumento di ottimizzazione organizzativa, perché sfida i valori umanistici a fondamento dell'identità della professione medica.

Non si tratta di limitarsi a misurare il grado di disponibilità ad adottare la tecnologia, piuttosto se e in che modo il ricorso all'IA si intreccia con quel primato della dignità della persona che, come rilevato, è epicentro della cultura professionale dei medici italiani di questo nostro tempo.

8.2. Utilizzatori e valutazioni

Dai dati emerge che il 56,0% dei medici intervistati ha già utilizzato strumenti di IA nella sua attività clinica quotidiana. Le quote di utilizzatori sono superiori alla maggioranza assoluta trasversalmente a classi di età, anzianità di servizio e genere.

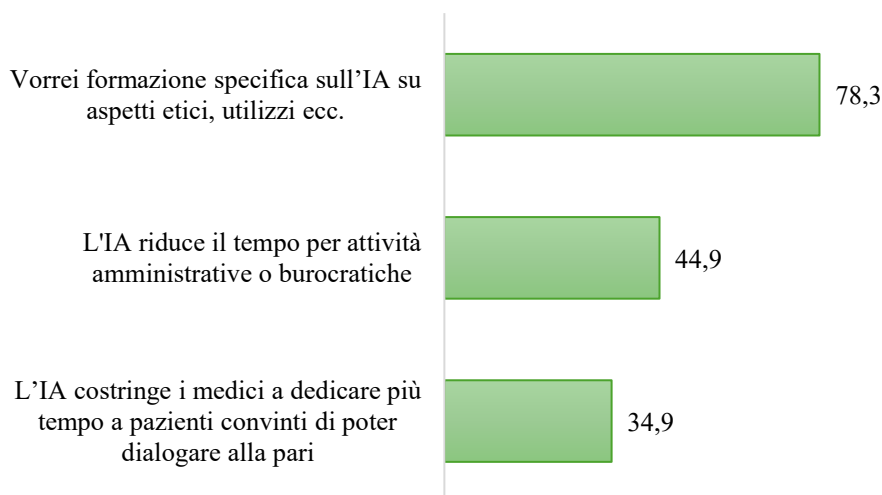
Tenuto conto dell'intensità del ritmo di diffusione dell'IA nei vari settori, sanità inclusa, è evidente che in un arco di tempo ristretto la totalità dei medici utilizzerà più o meno regolarmente strumenti dell'IA.

È una rivoluzione in atto, molto veloce e che impatta in modo consistente su organizzazione, svolgimento ed esiti dell'attività professionale.

Quali opportunità e/o problematiche pone dal punto di vista dell'esperienza dei medici italiani nella loro percezione soggettiva?

Emerge in primo luogo un aspetto positivo che consiste nella convinzione, condivisa dal 44,9% dei medici, che l'IA possa dare un notevole contributo alla riduzione dei tempi dedicati ad attività amministrative e burocratiche (**fig. 17**).

Fig. 17 - Opinioni dei medici sull'IA nell'esercizio della loro attività
(val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Una quota alta di medici, quindi, la ritengono un formidabile strumento di affiancamento della propria attività, poiché li aiuta ad emanciparsi da incombenze ad alto assorbimento di tempo, con impatti molto positivi per l'esercizio dell'attività.

Come rilevato, nel Rapporto Fnomceo-Censis 2025 era emersa come criticità importante per i medici l'insufficienza del tempo disponibile per la relazione con pazienti e familiari, a causa anche della moltiplicazione di attività burocratico-amministrative.

Ebbene, oggi l'IA viene vista dai medici come uno strumento che, se ben utilizzato, su questa criticità può diventare una soluzione. Liberare tempo da attività non strettamente afferenti al rapporto medico-paziente è, per i medici intervistati, uno dei contributi maggiori che potrebbe provenire da un uso appropriato dell'IA.

Tuttavia, il 78,3% dei medici intervistati ritiene importante avere una formazione specifica sull'IA con riferimento ad aspetti etici e alle modalità di utilizzo ecc.

L'IA è una risorsa, ma la maggioranza dei medici è convinta che avrebbe bisogno di un supporto formativo per massimizzarne gli effetti. È una

convinzione largamente condivisa trasversalmente a genere, classi di età e anzianità di servizio.

Il bisogno di formazione è legato anche alla convinzione che l'IA genera non solo esternalità positive: infatti, il 34,9% dei medici ritiene che essa abbia come effetto collaterale l'amplificazione in non pochi pazienti e familiari della convinzione di poter dialogare alla pari con i medici, costringendo questi ultimi a dedicargli più tempo per spiegare o, spesso, per convincerli della correttezza delle diagnosi e dell'appropriatezza delle terapie.

Ecco un effetto collaterale che si innesta in un processo strutturale di lungo periodo che già il web e i social avevano amplificato: il paziente sfidante, convinto di disporre di sufficienti informazioni e conoscenze per poter dialogare alla pari con il medico, negoziando addirittura le cure.

In realtà, dal lato dei medici occorre semplicemente disporre di tempo necessario per costruire una relazione positiva, di qualità, di riconoscimento reciproco con i pazienti, smussando ogni velleità di negoziazione alla pari.

C'è nella sfida al medico, che l'IA rende ancor più facile e incalzante, una richiesta implicita di attenzione e spiegazione da parte di pazienti e familiari che i medici riconoscono e apprezzano, ma che ritengono di poter affrontare in modo adeguato se e solo se l'organizzazione del proprio lavoro non li costringa a dedicare troppo tempo ad attività distanti dal perimetro clinico e relazionale.

8.3. Formidabile, se fa recuperare tempo

L'IA che emancipa il tempo del medico da attività burocratiche di fatto interviene sul nucleo essenziale delle attuali criticità della professione medica.

In pratica, affianca il medico nella sua ricerca di tempo per la relazione con il paziente, minimizzando quello dedicato ad attività altre, puramente collaterali.

Così nella percezione dei medici l'IA modifica il perimetro del praticabile nel rapporto tra quel che per il medico è essenziale e virtuoso, cioè la dimensione clinico-relazionale e quel che invece è puramente patologico, dispendio di tempo altrimenti utile e invece inchiodato alla realizzazione di attività meramente burocratiche.

In questo senso, l'IA ha effetti altamente virtuosi poiché diventa una forza innovativa che crea spazio perché il medico possa riconfigurare la sua distribuzione del tempo a beneficio della centralità della persona.

Pertanto, l'IA così utilizzata nell'attività medica di fatto si pone al servizio della buona sanità e del buon medico, poiché gli consente di emanciparsi da *task* puramente di routine, amministrative.

Il medico recupera tempo, preserva energie da dedicare al rapporto con i pazienti, all'impegno reale, diretto, concreto contro la sofferenza, vero core della sua attività.

È un'IA che potenzia la capacità medica di promuovere il bene comune, creando condizioni favorevoli ad una medicina orientata alla persona, dal corpo alle relazioni alla storia personale.

Una medicina che nel suo svolgersi genera notevoli esternalità positive anche sulla qualità delle relazioni nelle comunità, facendosi esempio di coesione sociale e di concreta applicazione del primato della dignità della persona.

Quel che invece rischia di generare impatti negativi o poco rilevanti è un approccio puramente strumentale, puntato a generare esclusivamente più alta efficienza. E poi c'è comunque un rischio maggiore, quello di subordinazione del medico, se gli utilizzi dell'IA finiscono per capovolgere i rapporti tra medico e macchine.

Di fatto, i medici ritengono essenziale poter contare su competenze e riferimenti etici appropriati per utilizzare in modo efficace l'IA.

Se la finalità è quella di un uso strumentale dell'IA, ebbene i medici devono poter subordinarne l'uso a una logica e a una morale superiore.

Solo con uno sforzo sistemico al fianco dei singoli medici si potrà garantire il primato della concezione strumentale dell'IA, rendendola funzionale agli obiettivi di centralità delle persone e umanizzazione della sanità italiana.

8.4. Il medico dinanzi alla trasformazione estrema

Tecnica e scienza ridefiniscono ad un ritmo incessante i confini del possibile e la sanità e la medicina sono tra gli ambiti più velocemente rivoluzionati. L'esito è una moltiplicazione di opportunità inedite e, al contempo, l'insorgere di rischi e sfide che richiedono soluzioni appropriate, soprattutto per implementare le opportunità.

I dati emersi dalla ricerca riflettono le conseguenze sul piano della percezione soggettiva e dell'esperienza dei medici italiani di una più generale trasformazione in atto, che coinvolge l'intreccio di innovazione tecnica, cultura e pratica professionale e anche il sistema di relazioni umane che connota l'attività medica.

In pratica, la gran parte dei medici vede nell'IA un alleato potenziale nella ormai pluriennale lotta contro l'eccesso di burocratizzazione della loro professione.

È una convinzione prevalente che segnala un orientamento sulle finalità reali della professione e quindi sulle connesse esigenze organizzative che dovrebbero rendere possibile perseguire la finalità stessa.

Pertanto, l'IA viene letta dai medici in relazione alla contraddizione tra la vocazione alla cura come atto relazionale e l'intasamento del proprio tempo con adempimenti poco attinenti alla medicina propriamente detta.

È così che l'IA diventa per i medici non una minaccia ma un'opportunità, uno strumento che può aiutarli a conquistare tempo da rigiocare sul core della professione.

Tuttavia, non si può sottovalutare il volto oscuro del rapporto tra IA e professione medica, e cioè che l'uso diffuso dell'IA da parte dei pazienti ne potrebbe amplificare la propensione a sfidare il medico, sentendosi forti per le informazioni e conoscenze acquisite tramite i chat-bot.

È chiaro che diventa nel tempo sfiancante per i medici dedicare tempo a persuadere persone convinte di poter contare sulla potenza dell'enciclopedia digitale pur non disponendo di alcun sapere esperto o di capacità di giudizio clinico. È il costo dell'autopercezione di competenze che in realtà non ci sono.

A questo proposito, è alta la quota di medici che segnala il costo potenziale di questo effetto collaterale, che non è un prodotto dell'IA perché preesistente ad essa, ma che quest'ultima può senz'altro amplificare all'estremo.

In pratica, è forte la percezione tra i medici che si potrebbe entrare in una fase più calda della deriva sfidante di tanti pazienti, con il rischio che la fiducia nel medico lasci il posto alla tentazione di volere negoziare o addirittura imporre il proprio punto di vista nei processi di cura.

A ciò si associa il rischio di una neo-autoreferenzialità dei pazienti, colpiti da una sorta di onniscienza che, in non pochi casi, il ricorso alle chatbot dell'IA potrebbe generare.

I medici però optano per una reazione pragmatica e non pensano ad un ritorno ad antiche logiche paternalistiche, né si lasciano andare a pulsione neoluddiste, piuttosto sono propensi a impegnarsi nell'acquisizione della formazione funzionale a conquistare una capacità di ben gestire sia l'IA, sia l'eventuale presunzione di sapere di pazienti e familiari.

9. CONCLUSIONI

I risultati della ricerca evidenziano che per i medici la motivazione economica, pur presente, è sistematicamente meno rilevante dell'autorealizzazione personale e della possibilità di implementare i propri valori di riferimento.

Per il medico italiano la professione non è solo condensazione di sapere esperto che diventa tecnicità e prestazioni efficienti ed efficaci, ma nell'interpretare il proprio ruolo è ancora forte il richiamo alla vocazione che si incarna poi nei risultati concreti che si ottengono cambiando in meglio le vite delle persone che si curano.

Emerge quindi la rilevanza per i medici italiani del legame esistenziale con l'altro sofferente che, peraltro, resta forte malgrado le non poche difficoltà organizzative e burocratiche in cui esercita la sua attività.

Si coglie qui una tensione decisiva dei medici del nostro tempo:

- da un lato una professione ancora fortemente ancorata a valori di solidarietà e relazionali;
- dall'altro una generazione più giovane che vuole anche ricercare un equilibrio diverso, più maturo tra dedizione alla professione e tutela del proprio tempo di vita.

Non affievolimento della motivazione, ma una sua ridefinizione poiché il medico non rinuncia alla dimensione etico-valoriale del suo lavoro, ma vuole una maggiore compatibilità con una vita piena anche di altre cose importanti, qualificanti, dalla famiglia ai tanti interessi personali.

Quindi, soprattutto i medici più giovani sono molto meno attratti da una generica idea di quotidiano eroismo che sentono sempre più come compensazione di deficit strutturali esiti di mancati investimenti.

Se resta potente il ruolo di motivazioni etiche e di solidarietà, dal valore delle relazioni alla voglia di aiutare gli altri, emerge comunque sia la volontà di non cedere all'idea antica della dedizione totalizzante che azzerava il resto dell'esistenza individuale, sia quella di continuare a garantire quel di più di impegno, tempo ed energie per colmare carenze sistemiche indotte da scelte sociopolitiche che deprivano la sanità.

Colpisce, invece, la centralità assoluta della persona nella cultura professionale dei medici, per la rilevanza attribuita alla relazione nei processi

di cura e perché la dignità della persona emerge come la vera bussola dell'agire medico.

Dalla ricerca, infatti, si evidenzia che per i medici il medico non è custode solo di competenze scientifiche, ma di un patrimonio simbolico di umanità, essenziale in una fase di evidente regressione socioculturale con addirittura il ritorno di antichi fantasmi, dalle discriminazioni di vario tipo alle guerre.

E invece l'agire medico orientato a curare tutti senza discriminazione alcuna, nel rispetto di bisogni e vulnerabilità, rigettando ogni razionamento o discriminazione, ha uno straordinario significato materiale e simbolico di promozione di pace, democrazia e buona convivenza collettiva.

Pertanto, è vero che i medici si identificano meno nella figura del buon medico di un tempo dalla dedizione totalizzante, sorta di eroe del quotidiano. E che giovani e donne sono protagonisti di una ricerca originale di nuove modalità di conciliazione tra professione, famiglia e vita privata, poco disposti ad accettare che il buon medico è solo colui che può contare su un retroterra familiare garantito dall'impegno di un'altra persona a cui lasciare tutte le *task* familiari.

Restano però assolutamente distintive della professione medica l'iniziale spinta della vocazione e della passione e la successiva potente gratificazione, estremamente motivante, dei buoni risultati raggiunti cambiando in meglio le vite altrui.

Così come resta distintiva una cultura professionale che alimenta una pratica che operativamente e sul piano simbolico è portatrice di valori universali, di tutela della dignità di ogni individuo e che, dispiegandosi, diventa resistenza civile altamente efficace contro ogni pulsione regressiva, dalle discriminazioni alle guerre.

Pertanto, se dalla ricerca emerge la novità della legittima aspirazione dei più giovani e delle donne di interpretare una figura contemporanea di medico capace di praticare un miglior *work-life balance*, in essa trova conferma la decisiva voglia di tutti i medici di lasciare un segno positivo sulle vite individuali dei pazienti con cui entrano in relazione e sulla società promuovendo coesione, rispetto e inclusione reale.

ALLEGATO

**INDICAZIONI SINTETICHE DA UN'INDAGINE SU UN
CAMPIONE DI OCCUPATI DI ETÀ TRA 18 E 64 ANNI**

1. FIDUCIA SEMPRE ALTA IN MEDICI COMPETENTI E MOLTO AGGIORNATI

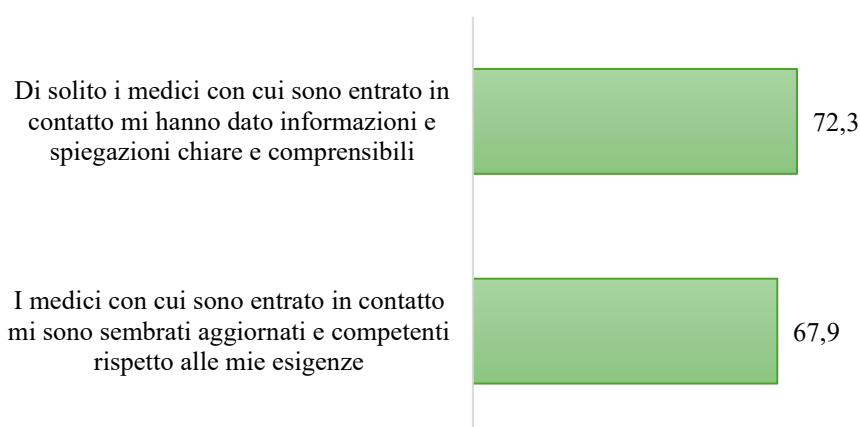
Il 71,7% degli occupati italiani intervistati ha fiducia nei medici, dal Medico di medicina generale agli specialisti sino ai medici ospedalieri. È l'ennesima conferma di una fiducia che risale indietro nel tempo e che è da considerare come un invariante virtuosa della sanità e della società italiana.

Ulteriori elementi positivi del buon rapporto che i lavoratori italiani hanno con il mondo medico emergono dal fatto che rispetto ai medici con cui sono entrati in contatto (**fig. 1A**):

- il 72,3% ritiene gli hanno dato informazioni e spiegazioni chiare e comprensibili;
- il 67,9% che gli sono sembrati aggiornati e competenti rispetto alle sue esigenze.

Sono dati che esprimono una fiducia costruita sull'esperienza soggettiva diretta forgiata da un prolungato rapporto in cui sono sempre riusciti ad ottenere informazioni e soluzioni necessarie.

Fig. 1A - La buona valutazione dei medici con cui gli occupati intervistati sono entrati in contatto (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Quindi, oltre alla competenza tecnica ovviamente decisiva, i lavoratori individuano anche una buona capacità di comunicazione e, più in generale, un'attenzione alla relazionalità. Il sapere esperto medico, quindi, è nella percezione dei lavoratori intervistati un insieme di tecnicità che diventano altrettante soluzioni comprensibili, perché ben comunicate.

Si tratta di un passaggio decisivo poiché risponde a esigenze profonde dei cittadini del nostro tempo che, visibilmente, sono marcati da una disponibilità inedita di informazioni, peraltro processate sempre più in modo personalizzato rispetto alle loro esigenze, come nel caso dell'IA. Ebbene, i cittadini iperinformati e, spesso sfidanti, valutano positivamente la capacità dei medici di trasferire le informazioni di cui hanno bisogno. E, inoltre, hanno la percezione netta di avere a che fare con medici competenti e anche molto aggiornati.

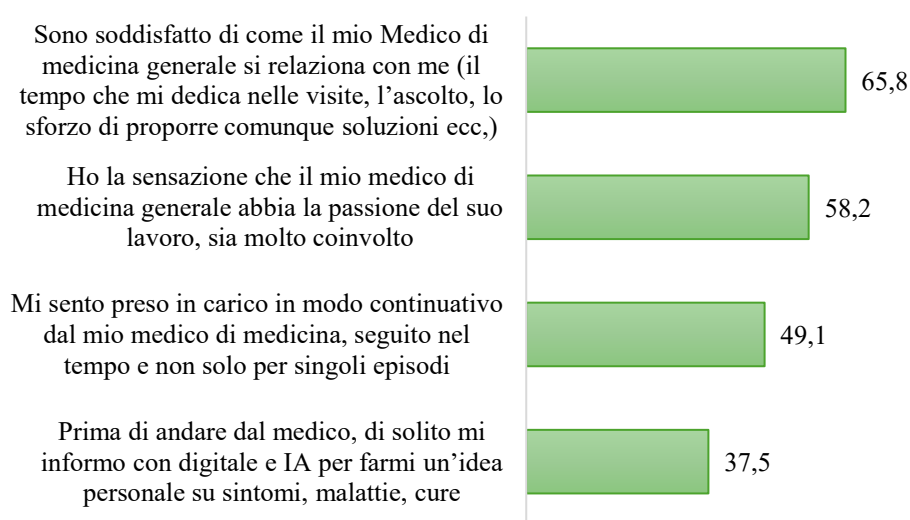
2. SODDISFATTI DEL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Quali sono le valutazioni degli occupati relativamente all'esperienza di rapporto con i Medici di medicina generale (Mmg)? Dalla ricerca emerge che rispetto al Mmg (**fig. 2A**):

- il 65,8% è soddisfatto di come in generale si relaziona con lui, ad esempio per il tempo che cerca di dedicargli, per l'ascolto e lo sforzo di proporre comunque soluzioni ecc.;
- il 58,2% ha la sensazione che il proprio Mmg abbia la passione per il proprio lavoro e che ne sia molto coinvolto;
- il 49,1% sente di essere preso in carico in modo continuativo, seguito nel tempo e non solo per singoli episodi.

Ecco uno spettro di valutazioni, nate dalla sperimentazione concreta del rapporto con il proprio Mmg, che consentono agli intervistati di esprimere giudizi positivi sulle performance, ma anche di esplicitare come il Mmg comunque trasmetta la propria persistente passione per il lavoro.

Fig. 2A - La buona valutazione dei propri Medici di medicina generale da parte degli occupati intervistati (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Quest'ultimo è un dato altamente significativo, poiché coincide con quello emerso dall'indagine sui medici da cui risulta appunto che la passione è il fattore motivazionale primario nella scelta di intraprendere la professione e resta tra i principali fattori incentivanti anche in fase successiva.

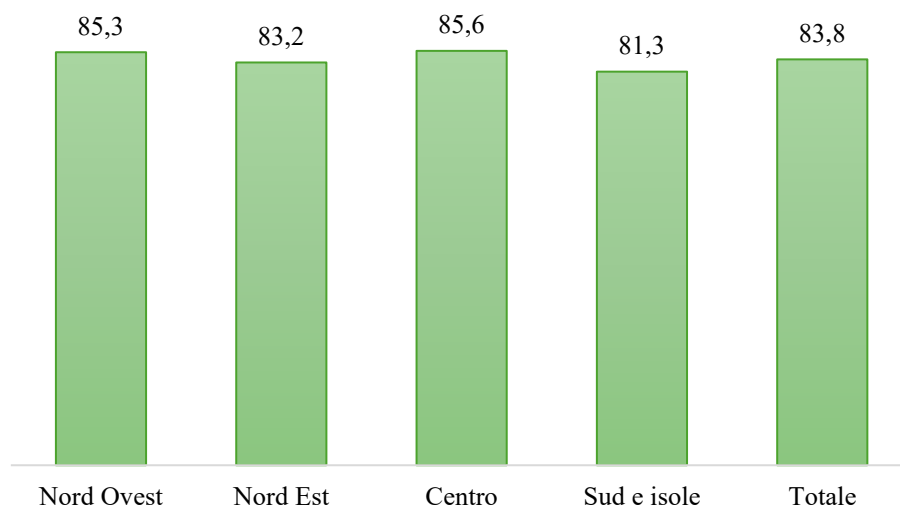
Peraltro, si tenga presente che il 37,5% degli italiani ormai, prima di andare dal medico, dichiara che di solito si informa tramite il digitale e sempre più l'IA per farsi un'idea personale su sintomi, malattie, cure. Malgrado questa propensione a informarsi e farsi una propria opinione, poi comunque in grandissima maggioranza restano soddisfatti di spiegazioni e soluzioni proposte dai medici.

In pratica, questa vocazione all'informazione personalizzata sulle problematiche di salute che si ritiene di dover affrontare, non per ora non scalfisce la fiducia e il riconoscimento del valore positivo delle soluzioni dei medici con cui entrano in contatto.

3. TUTELARE IL SERVIZIO SANITARIO RILANCIANDOLO

Anche nel giudizio sul Servizio sanitario i risultati della presente indagine sugli occupati conferma un *trend* di lungo periodo: l'83,8% pensa che il Servizio sanitario sia una conquista da difendere, ben finanziare e rilanciare (**fig. 3A**). Opinione condivisa da maggioranze prevalenti trasversalmente a genere, generazioni, aree geografiche degli intervistati.

Fig. 3A - Valutazione positiva del Servizio sanitario da parte degli occupati intervistati, per area geografica (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2026

Il Servizio sanitario, pur nelle non poche carenze di cui i cittadini hanno piena consapevolezza, resta un orgoglio italiano, un fattore distintivo che in grande maggioranza gli italiani apprezzano, difendono e, soprattutto, vogliono sia rilanciato.

E questo attaccamento quasi viscerale ad una istituzione che pure nel quotidiano non sempre è pienamente in linea con le aspettative di performance dei cittadini, molto deve all'impegno, malgrado tutto dei medici.

Se il Servizio sanitario alla fin fine è apprezzato dagli italiani, in questo caso i lavoratori di età tra 18 e 64 anni, è non solo per il suo principio fondativo, l'universalità del diritto alla tutela della salute, ma anche perché il personale, dai medici agli altri operatori sanitari, ha sempre messo in campo e continua a farlo un di più di impegno, passione, volontà che è fortemente percepito dai cittadini.

Se il di più di impegno di medici e personale sanitario nell'emergenza Covid è stato altamente visibile e anche celebrato, resta quello ordinario, quotidiano, che contribuisce in modo decisivo a tenere in piedi la sanità e che è visibilmente percepito e apprezzato dagli italiani.

Da notare che questa positiva valutazione del Servizio sanitario si associa ad una conoscenza ridotta riguardo ai processi di riforma in corso e anche alle contraddizioni che ne emergono. Così è il 43,3% degli intervistati a dichiarare di sapere bene cosa siano le Case di comunità in corso di attivazione nel Servizio sanitario.

