

Università degli studi di Padova
Corso di Laurea in Statistica, popolazione e società



PARADIGMI DELLA PROFESSIONALITA' DEL MEDICO IN VENETO
PROFESSIONAL PARADIGMS OF THE MEDICAL DOCTORS IN THE VENETO REGIONS

Relatore: Prof. Luigi Fabbris

Dipartimento di Scienze Statistiche

Laureando:

Francesco Emma

Anno Accademico 2011 / 2012

Indice

Introduzione	pag. 5
---------------------------	--------

I La professione medica

1.1 Nascita ed evoluzione della figura del medico.....	pag. 7
1.2 Breve storia dei medici e dell'Ordine dei medici in Italia	pag. 11
1.3 I medici ed i paradigmi del medico in Veneto	pag. 14

II Metodologia e tecnica della ricerca

2.1 Rilevazione dei dati.....	pag. 21
2.2 Il questionario.....	pag. 24

III Vita da medico

3.1 Differenze per genere.....	pag. 27
3.1.1 Caratteristiche anagrafiche e principali differenze per sesso	pag. 28
3.1.2 Differenze tra carriere	pag. 31
3.1.3 Conciliazione tra lavoro e vita privata	pag. 39
3.2 Confronto tra ospedalieri medici e ospedalieri chirurghi	pag. 45
3.2.1 Distribuzione dei medici ospedalieri per area di specializzazione	pag. 46
3.2.2 Attività ed opinioni sulla vita ospedaliera dei medici, e dei medici chirurghi	pag. 47

3.3 Confronto medici ospedalieri e medici del territorio	pag. 51
3.3.1 Caratteristiche generali dei medici ospedalieri. e dei medici territoriali	pag. 51
3.3.2 Vita professionale e differenze nell'uso del tempo di lavoro.....	pag. 52
3.3.3 Opinioni personali, confronti diretti ospedalieri-territoriali.....	pag. 57

IV Paradigmi professionali

4.1 Paradigma professionale del medico del Veneto secondo il rapporto col paziente	pag. 65
4.1.1 Individuazione delle caratteristiche del medico. che influenzano il suo rapporto col paziente	pag. 66
4.2 Paradigma professionale del medico del Veneto secondo il fattore di carriera indicato	pag. 72
4.2.1 Analisi di segmentazione per lo studio delle variabili che influenzano i medici del Veneto nella scelta dei fattori di carriera ritenuti più importanti.....	pag. 74
4.3 Paradigma professionale de medico del Veneto secondo la gestione dell'uso del tempo lavorativo.....	pag. 80
4.3.1 Analisi di regressione logistica delle attività svolte durante l'orario di lavoro	pag. 84

V Conclusioni	pag. 93
----------------------------	---------

Bibliografia	pag. 97
---------------------------	---------

Allegati	pag. 99
-----------------------	---------

Introduzione

La realtà dell'organizzazione sanitaria in Italia è molto complessa e di difficile trattazione, sia per le molteplici figure professionali che si possono individuare al suo interno sia per la sua organizzazione assistenziale.

Questa tesi si propone di rappresentare la figura del medico, l'individuazione dei paradigmi professionali dei medici in Veneto, realtà che, in qualche modo, coinvolge ed interessa tutti. Parlando di medicina, la sensibilità comune si rivolge soprattutto nei confronti del paziente, ma non bisogna mai dimenticare che spesso gli esiti positivi della macchina medica, dipendono anche dalla relazione che il paziente instaura col proprio medico e, questa a sua volta, può variare a seconda dell'idea che il medico ha della propria professione.

E' così che: un ambiente di lavoro sereno e stimolante, i rapporti con le altre figure professionali che operano nelle strutture e nell'organizzazione sanitaria o il corretto funzionamento della tecnologia nei posti di lavoro, incidono sull'operato del medico, sulla buona riuscita del suo lavoro e sul suo approccio al paziente.

La vita del medico in Veneto, è descritta dal punto di vista del medico stesso.

Per reperire le informazioni necessarie al nostro studio sui medici del Veneto, è stato costruito un questionario volto a fornire, una descrizione esaustiva e approfondita della figura del medico in tutti i suoi aspetti, personali e professionali.

Descrivere il medico nello svolgimento della sua professione è di sicuro un metodo che può essere utile per capire anche i limiti del nostro sistema sanitario e, attraverso l'individuazione dei principali disagi del medico, ci consente anche di poter indirizzare con maggiore precisione le politiche d'intervento della gestione del sistema sanitario.

Nel primo capitolo, si descrive brevemente l'evoluzione della figura del medico e della sua professione nel corso dei secoli, soffermandoci in particolare sulla sua situazione in Italia.

Nel capitolo 2 presenteremo la metodologia usata per questa ricerca: la durata dell'indagine, il questionario somministrato e la popolazione oggetto dell'indagine.

Si passerà poi nel terzo capitolo ad una analisi descrittiva delle caratteristiche più salienti dei medici intervistati brevemente anticipate nel primo capitolo, in modo da fornire una descrizione della vita del medico nei suoi aspetti più importanti e facilitare la lettura dei risultati individuati nelle analisi multivariate del capitolo 4 che metteranno in relazioni

queste caratteristiche socio-demografiche del medico del Veneto con alcuni aspetti fondamentali della professione e dell'ambiente di lavoro.

Le conclusioni di questo lavoro, verranno ricapitolate nel quinto capitolo: sebbene il medico abbia sempre più un'idea chiara dei suoi compiti e dei limiti dei suoi strumenti sulla salute del paziente, e sebbene nella professione di medico, oggi in Veneto, ci sia in qualche modo una maggiore chiarezza nella divisione dei ruoli a seconda della diversa professionalità, esistono dei fattori che ostacolano il corretto funzionamento della macchina sanitaria. La difficoltà è quella di far funzionare questa macchina al massimo delle sue potenzialità, vuoi per la burocratizzazione dell'organizzazione della professione medica, vuoi per via di una collaborazione, tra le varie figure sanitarie, difficile da coordinare.

Ci sono poi, almeno per il Veneto, alcune idiosincrasie ancora da eliminare: tra l'altro, la distribuzione dei compiti tra i colleghi medici è fortemente legata a differenze di età che poco hanno a che vedere con l'esperienza del medico. Inoltre, non tutte le condizioni che possono garantire una soddisfazione per il proprio lavoro da parte del medico si sono ancora del tutto realizzate e necessitano di un intervento organico da parte delle istituzioni.

Capitolo 1: La professione medica

1.1) *Nascita ed evoluzione della figura del medico*

La figura del medico nel corso dei secoli, e nelle diverse civiltà, spesso ha assunto obiettivi, funzioni e metodi specifici, acquisendo la propria legittimazione ora per la sua autorevolezza di scienziato, ora per quella di guaritore e taumaturgo.

Se nelle società più antiche il compito del medico era affidato a stregoni, maghi ed ad altre figure che esercitavano sul popolo una influenza diretta e che godevano di un rispetto reverenziale, anche oggi lo status di medico gode di un grande rispetto grazie anche al sentimento popolare che è rimasto più o meno immutato tra la gente, che se prima temeva e rispettava le pratiche magiche con assoluta devozione, oggi invece si inchina innanzi agli strumenti tecnologici e alle conoscenze scientifiche del medico (Neresini, 2001).

Secondo Jaspers (1986): *“Il medico preistorico di tipo sacerdotale, il medico ippocratico che cura razionalmente osservando con occhio imparziale il complesso dell’uomo e la sua situazione, il medico medievale aggrappato alle concezioni speculative derivanti dall’autorità, tutti costoro sono stati soppiantati nei secoli dal moderno medico scienziato...[..] Ma sensato o folle che sia, tutti i tipi del passato sono pur sempre ancora presenti e nuovamente attivi”*.

L’evoluzione della medicina moderna nell’ottocento è stata anche consentita, oltre che da una crescente dipendenza della società dal sapere scientifico, anche dalla progressiva organizzazione della medicina come professione.

Secondo il Neresini i fattori essenziali perché una qualsiasi attività possa evolversi allo stato di professione sono tre:

- La definizione di uno specifico percorso di formazione realizzato da strutture riconosciute come competenti e adeguate;
- Il controllo all’accesso dell’esercizio della professione da parte delle stesse organizzazioni professionali;
- L’dea di specializzazione dell’attività e sua istituzionalizzazione che corrisponda ad un servizio al quale si viene in certo qual modo chiamati per il bene della collettività;

La modernizzazione e il progresso scientifico sono poi stati rilevanti per la modernizzazione della professione medica, la quale ha delegato gran parte delle mansioni di routine ad organizzazioni specificatamente create e ha anche avviato il trasferimento di pratiche ormai formalizzate in apparati tecnologici.

Questo processo di burocratizzazione e standardizzazione della professione medica ha avuto come effetti collaterali la sempre maggiore presenza di procedimenti burocratici che ostacolano l'andamento della ricerca e della professione, e l'incapacità crescente di sapersi adeguare ai bisogni individuali.

Significato predominante ha l'impostazione della medicina come modello biomedico: una organizzazione di rete di medici di base che inviano a medici più specializzati, che inviano ad altri specializzati; una pratica che prevede le routine di base per questi invii.

Gli ospedali diventano luoghi di cura ma anche di prevenzione e controllo, utilizzando una nuova serie di tecniche che poi sono raggruppate sotto il nome di diagnosi differenziale: dove per diagnosi differenziale, la quale è *“il procedimento che tende ad escludere fra varie manifestazioni simili in un dato soggetto quelle che non comprendono l'insieme di sintomi e segni che si sono riscontrati durante gli esami, fino a comprendere quale sia quella corretta”* (Wikipedia).

Tutte le tecniche mediche non convenzionali vengono ridotte a ramo di “ medicina alternativa” ponendo sempre più il medico in una posizione di privilegio poiché gli attribuisce il carisma di custode dell'unica verità.

Il medico inoltre focalizza la sua ricerca e la sua attività sempre più verso l'individuo, piuttosto che verso il collettivo, grazie alla fine delle grandi epidemie, alla tecnologizzazione della professione e all'affermarsi della predominanza di malattie degenerative.

Tuttavia si giunge a quello che Callahan (1998) definisce come “il paradosso della medicina moderna”: che si ritiene in grado oramai di poter affrontare e sconfiggere qualsiasi tipo di malattia grazie ad uno sviluppo della ricerca che si reputa tendere all'infinito. Il medico, sempre più specializzato, dimentica la conoscenza ed il controllo della visione d'insieme e degli effetti derivanti da fattori combinanti, e l'attività di cura diventa talvolta un semplice applicare i propri oggetti del mestiere, e si perde quella dimensione umana che inizialmente era stata la caratteristica principale del medico curante.

Interessanti per capire la figura del medico sono le diverse prospettive che la sociologia ha dato di essi, del loro ruolo nella società, e del rapporto medico-paziente.

Il sociologo funzionalista Parsons (1951) afferma che : “il problema della salute è intimamente connesso con i sistemi funzionali dello stesso sistema sociale”.

La malattia è dunque un fattore di ostacolo al funzionamento dell'intera società poiché un individuo non sano è un individuo che non può assolvere a pieno il suo compito sociale. Compito del medico è quello di innescare nuovamente il paziente per riavviarlo alla sua perfetta funzionalità: il rapporto tra i suoi strumenti tecnici e i compiti che è chiamato ad eseguire può identificare il medico come un semplice operatore di questi strumenti per conto della medicina e della società.

Il modello di Goffman (1961), interazionista simbolico, invece vede il medico come un tecnico professionista che pone al servizio della collettività la sua abilità di “riparare” il paziente e per questa sua opera riceve un pagamento che non può essere considerato come una semplice parcella bensì come un rimborso spese per un servizio dato in aiuto dell'umanità.

Il maggiore cambiamento in questo tipo di prestazioni è “lo spostamento da prestazioni ambulatoriali a prestazioni di laboratorio...[..] che ha fatto del cliente un ospite sbilanciando i rapporti di forza sempre più al favore del medico che costringe il paziente ad adeguarsi a regole, ritmi e costumi diversi da quelli della sua quotidianità” (Neresini, 2001).

Goffman (1961) conclude infine che: “il tecnico è nella condizione di sostenere una definizione di sé come colui che, in cambio di un semplice compenso, offre un servizio tecnico di cui il cliente ha veramente bisogno..., il cliente sarà nella condizione di credere che, nella società, persone estranee di buona volontà, profondamente competenti, si dedicano a tal punto alla loro competenza da occuparsi degli affari altrui, in cambio soltanto di un semplice compenso” (Goffman, 1961).

Per concludere il nostro excursus nella sociologia della medicina vogliamo menzionare la prospettiva del sociologo Eliot Freidson (1960), secondo il quale: “la professione del medico non può esistere se non vi sono pazienti e spesso questi hanno obbiettivi e idee diverse rispetto a quelle dei loro medici”.

In sintesi: il paziente, per acquisire opinioni sul medico, usa un sistema di riferimento profano, fatto di autodiagnosi autoterapia e consulenze con persone, amici o famigliari, che hanno sofferto degli stessi mali, diverso dal sistema di riferimento professionale usato dal medico per ottenere informazioni sul paziente. Il contrasto tra questi due sistemi di riferimento complica il rapporto tra i due e nello stesso tempo, la ricerca profana del

paziente impedisce il formarsi di una professione medica completamente libera nei confronti dei pazienti.

A questo bisogna aggiungere che la comunicazione tra medico e paziente negli ultimi anni ha subito drastiche e notevoli modifiche molto importanti, infatti rapporto verbale e contatto fisico stanno alla base della fiducia che deve necessariamente imporsi, ai fini di un esito positivo della cura del paziente. Principale ostacolo è la disinformazione dei pazienti sui temi della salute e della medicina anche se spesso però l'incapacità del medico di spiegare una determinata malattia, determina la difficoltà del paziente di comprendere.

Secondo molti studiosi di formazione antropologica (Del Vecchio, Good, 2000), le narrazioni cliniche sono una sorta di comunicazione "Non solo tra medici e pazienti, ma anche attraverso diversi siti locali e globali che producono conoscenza biomedica e tecnologie terapeutiche"

Il medico cerca di mediare le informazioni che il paziente acquisisce dai mass media e dai propri familiari riguardo la salute ed il suo stato di salute e attraverso test e immagini altrimenti difficili da interpretare.

Il dilemma del medico rimane quello di aggiornare costantemente il paziente sul suo stato di salute oppure d'informarlo solamente dopo analisi più chiare ed evidenti

I medici inoltre devono anche cercare di guadagnarsi l'approvazione dei propri colleghi. Se intrecciamo la fiducia dei pazienti e il rispetto dei colleghi possiamo individuare agli antipodi due tipologie di medici: i medici così detti "ciarlatani", che ottengono una buona fiducia da parte dei loro pazienti ma uno scarso rispetto dei loro colleghi, ed i medici "professionisti" che invece non sono scelti direttamente dal paziente ma che sono assegnati ad esso perché l'organizzazione decide che è proprio quel "modello" di medico che più si addice alle sue esigenze.

1.2) Breve storia dei medici e dell'Ordine dei medici in Italia

In Italia i ruoli e l'influenza del medico sono sempre stati fortemente influenzati dalle situazioni storiche.

Cosmacini (1996), è riuscito a delineare l'evoluzione del medico in Italia dal 1861 fino ai giorni nostri. E' solamente nel 1888 che si comincia ad ufficializzare la figura del medico che diventa ufficiale sanitario del paese: i compiti di questa figura non si limitano ai normali compiti di un medico, come la cura e l'assistenza, ma esso deve in qualche modo monitorare, in nome dello Stato, l'insieme delle condizioni igienico-sanitarie del comune che gli è stato affidato, compito che lo coinvolge in un rapporto profondo non solo con il singolo paziente ma con l'intera società e questa concezione contribuirà a delineare la figura del medico nei decenni successivi.

Dal 1876 un decreto regio sancisce l'ingresso delle donne negli studi universitari, dando così la possibilità a molte di esse di poter entrare nella professione medica, seppur con qualche ostacolo da parte dei colleghi maschi, ma approfondiremo questo aspetto più avanti.

Il primo obiettivo che si presenta ai medici dell'Italia unita sono le condizioni igieniche drammatiche nelle quali versa il Paese: Crispi affida così la direzione generale della sanità a Luigi Pagliani, medico universitario a Torino titolare della cattedra d'Igiene, e grazie al nuovo approccio della scienza medica incentrato sulla batteriologia migliorerà la situazione igienica italiana.

Alla fine dell'Ottocento la conoscenza medica permette di poter effettuare delle diagnosi esatte su un gran numero di malattie ma il problema ancora una volta è di tipo sociale: la miseria è il primo fattore di rischio, ed è per questo che molti medici cominciano ad avvicinarsi alle schiere del partito socialista e alle idee socialiste, affascinati soprattutto dall'impegno per il progresso scientifico di questa ideologia.

Un esempio di come la categoria dei medici sia molto vicina al socialismo lo abbiamo nel comune di Milano: dove all'inizio del '900 su 16 consiglieri socialisti 4 sono medici.

Già nel 1885 si contano circa 8983 liberi esercenti, che diventeranno più di 12000 nel 1905, e la diffusione della professione spinge i medici a voler ottenere un riconoscimento ufficiale della professione che arriverà solamente nel 1910.

Nel 1910 nasce l'Ordine dei medici e Luigi Silvagni viene nominato come primo presidente.

L'esigenza di un ordine nasce dalla necessità di contrastare la burocratizzazione e nello stesso tempo unificare nel Paese i modi di esercitare la professione e anche per sviluppare una maggiore coscienza sanitaria: i pericoli da abbattere sono l'illegalità nell'esercizio della professione e l'immoralità.

Ai gabinetti di analisi si sostituiscono i più avanzati e innovativi laboratori di chimica, l'industria farmaceutica aveva fatto infatti prepotentemente il suo ingresso nel mondo della medicina dal 1877 con l'introduzione dell'aspirina.

Anche i medici sono poi inevitabilmente trascinati nei tragici eventi della prima guerra mondiale e diventano anche essi dei soldati a tutti gli effetti presenti in ogni zona di guerra. In questa occasione, psicologi e psichiatri hanno la possibilità di effettuare importanti osservazioni sulle nevrosi di guerra che porteranno, alla fine della guerra, a rivalutare l'approccio scientifico al disagio psichico.

Nel primo dopoguerra la base socialista dell'ordine dei medici viene lesa, poiché se prima della guerra le elezioni all'interno dell'ordine si svolgevano in maniera libera e democratica tra gli iscritti, a partire dagli anni '20 i presidenti degli ordini dei medici vengono nominati dall'alto e, successivamente, gli stessi ordini verranno sostituiti dai sindacati fascisti di categoria.

La sindacalizzazione accentuerà la caratteristica corporativa che l'ordine assumerà col passare degli anni.

Durante il periodo fascista fu adottata una politica sanitaria interessante: dall'attenzione alla maternità e all'infanzia, alla lotta alla malaria attraverso le bonifiche fino ad arrivare alla lotta antitubercolare; quest'ultima fu affrontata attraverso una massiccia diffusione dei sanatori.

La medicina italiana è poi completamente rivoluzionata verso la fine della seconda guerra mondiale, quando gli americani sbarcano in Sicilia portando con loro anche la penicillina, che debellerà molte malattie fino ad allora considerate mortali.

L'industria farmaceutica ebbe negli anni del dopoguerra pieno sviluppo ed il dottore era adesso più capace a curare: qui comincia la sua ricerca verso l'invincibilità contro ogni malattia.

Il 13 settembre 1946, attraverso un decreto legge, il Presidente del consiglio Enrico De Nicola ricostituisce l'Ordine dei medici.

La medicina nell'Italia repubblicana si fonda sulla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, sul fatto che nessuno può essere obbligato a trattamento sanitario se non per ordine di legge, a questi si aggiunge poi l'articolo 5 dei diritti dell'uomo: cioè la tutela della salute collettiva che deve impegnare il medico come quella della salute individuale e secondo gli stessi principi morali.

Negli anni 50 le parole igiene e medicina sociale diventano secondarie, si relega in secondo piano l'aspetto preventivo e cambiano le figure di riferimento: dal mutualista allo specialista, dal ricercatore al medico universitario; ognuna di queste con una propria rivendicazione all'interno dell'Ordine.

Durante gli anni del boom economico nasce finalmente il Ministero della sanità (13 marzo 1958) e la diffusione di livelli di vita più elevati portano ad una diffusione su larga scala degli antibiotici e, sotto il profilo organizzativo, ad un cambiamento epocale dell'ospedale: non più una struttura a se stante, ma anello di una rete sanitaria ben più articolata (Legge Mariotti su Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera numero 132 del 12 febbraio 1968).

Nel dicembre 1978 fu approvata la legge di Tina Anselmi sulla riforma della sanità, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.

In questo modo si consente a tutti di accedere gratuitamente alle cure mediche di base determinando così la fine del sistema mutualistico in Italia.

I problemi della medicina Italia nei decenni successivi, sono principalmente etici e saranno spesso scontro tra le varie parti politiche: dall'aborto, alla fecondazione assistita, fino ad arrivare all'eutanasia.

E soprattutto lo sviluppo della tecnologia che trasforma la professione medica e che spinge a interrogarsi sempre di più sui problemi di bioetica che porteranno alla nascita di un codice deontologico.

1.3) I medici ed i paradigmi del medico in Veneto

Il paradigma è un modello di riferimento, un termine di paragone che cristallizza un soggetto, in questo caso il medico, in una forma specifica utile a cogliere informazioni che possano servire a migliorare la professione del medico e a capire i limiti al quale egli è sottoposto.

Individuare un paradigma di medico è tuttavia una questione difficile poiché nella medicina si individuano medici con professionalità e compiti del tutto diversi tra loro. Pertanto, è necessario che il medico sia prima sottoposto ad un esame approfondito della sue caratteristiche sociali e professionali che riteniamo, alla luce di quello che è stato lo sviluppo storico della professione medica, influenzare maggiormente la professione.

E' per questo che, nel terzo capitolo di questa tesi, i medici che hanno risposto al questionario vengono raccontati attraverso un'analisi descrittiva dei 3 seguenti aspetti:

- **Differenza per genere:** Nella professione medica il genere è spesso stato determinante per la divisione dei ruoli e dei compiti. Le prime ricerche sulla differenza di genere tra i medici, e in particolare sulle caratteristiche dei medici di sesso femminile, risalgono già agli anni '50, quando le donne medico si distinguevano dagli uomini a partire dall'università, avendo rendimenti migliori dei colleghi maschi, e proseguendo anche nell'ambiente di lavoro per scelte di specializzazione e posizione professionale (Vicarelli, 1994).

Nel corso dei decenni poi il dibattito si è spostato sempre di più sul ruolo professionale femminile che presenta un minor grado di potere rispetto al parallelo maschile (Pascall, 1986), sulle scelte scolastiche preuniversitarie o sulla ripartizione del carico familiare all'interno della famiglia. Bisogna parlare anche di quello che per molti anni è stato il divario numerico della professione in Italia: enormemente accentuato negli anni '50 a favore dei medici di sesso maschile, si è andato poi via via affievolendosi fino a raggiungere quasi una situazione opposta: si parla di un 5% di donne sul totale degli iscritti in Medicina alla fine del ventennio fascista, per poi passare ad un 18% all'inizio degli anni '70, al 35% nel 1980/81 fino ad arrivare al 1990 con il 40% di donne sul totale dei laureati in medicina e addirittura con il 47.7% delle matricole (Vicarelli, 1994).

Le continue differenze che si sommano nel confronto tra i medici di sesso maschile e quelli di sesso femminile, obbligano quindi, per poter individuare efficacemente dei paradigmi del medico nel Veneto, ad affrontare un confronto per genere anche tra i medici che hanno risposto alla nostra indagine.

- ***Differenze tra medici e chirurghi:*** Quando si parla di medici un'importante distinzione da fare è il tipo di specializzazione che questi hanno deciso di conseguire: per lo più la differenza fondamentale sta tra chi sceglie una specializzazione in area propriamente medica e chi invece decide di dedicarsi alla chirurgia. Le professioni del chirurgo e del medico si sono spesso incontrate e scontrate nel corso della storia. In generale, il chirurgo è stato considerato il tecnico, mentre il medico un autentico terapeuta. Durante lo sviluppo della medicina moderna, la conoscenza di ambo le discipline si raggruppò nella medesima formazione accademica la quale, nella maggior parte dei paesi sviluppati, permette l'ottenimento del titolo congiunto di laurea in medicina e chirurgia. Oggi esistono tre tipologie in cui si racchiudono tutte le discipline mediche: quelle chirurgiche di tipo operativo, quelle internistiche e altre diverse di tipo diagnostico-clinico, e quelle analitico-tecniche di laboratorio. In Italia, dopo aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia, il laureato può decidere (dopo un tirocinio obbligatorio di 3 mesi e dopo aver sostenuto l'esame di stato per potersi iscrivere all'Albo provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri), in quale disciplina specializzarsi, frequentando una scuola di specializzazione in ambito medico o chirurgico. Se la scuola di specializzazione in Chirurgia ha una durata di 6 anni, le altre invece durano mediamente 5 anni, ad eccezione della specializzazione in medicina generale che ha una durata di 3 anni. Nel questionario adattato per la ricerca è stato chiesto ad i medici di indicare la specializzazione ottenuta, abbiamo quindi potuto 4 diverse aree di specializzazione, alle quali si aggiungono i medici odontoiatri e quelli non specializzati, queste quattro aree sono le seguenti:

- 1) *AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE:* Allergologia e immunologia clinica, cardiologia dermatologia e venereologia, ematologia clinica e di laboratorio, endocrinologia e malattie del ricambio, gastroenterologia ed endoscopia, geriatria ed gerontologia, malattie infettive, malattie metaboliche e diabetologia, medicina fisica e riabilitazione, medicina dello sport, medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, medicina interna neuropsichiatria, oncologia, pediatria pneumologia, radiologia e radiodiagnostica, reumatologia, scienza dell'alimentazione e dietetica, medicina generale;

- 2) *AREA CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE:* Chirurgia generale, chirurgia specialistica, ginecologia ed ostetricia, ORL, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, urologia e nefrologia;

- 3) *AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI:* Anatomia patologica, anestesia e rianimazione, medicina legale, medicina nucleare, patologia clinica;

- 4) *AREA DI SANITA' PUBBLICA:* Igiene, medicina del lavoro;

- **Differenze tra medici ospedalieri e medici del territorio:** In seguito alla “Riforma Sanitaria” del 1978, (vedi paragrafo 1.2) che poi ha subito diverse modifiche, in ultimo il decreto legislativo 229 del 1999, in Italia si è andato delineando un sistema sanitario nazionale (SSN) su due dimensioni: una composta dall’Aziende Ospedaliere e da tutti i presidi ospedalieri che offrono anche un servizio di ricovero del paziente, ed una territoriale coordinata dalle ASL, formata da tutti i medici di famiglia e dalle strutture di continuità assistenziale con compito di filtrare l’accesso agli ospedali, in maniera da ridurre i ricoveri per impedire la saturazione degli ospedali. L’organizzazione del SSN centrato sul paziente è quindi raggiungibile attraverso la continuità assistenziale, che risponde alla finalità di creare un

integrazione tra l’Ospedale ed il territorio, per la definizione di percorsi assistenziali che vedano coinvolte le figure professionali che operano in ambiente ospedaliero e in ambito territoriale, e che tengano conto dell’espressione dei bisogni della comunità. Il medico del territorio ed il medico ospedaliero svolgono quindi compiti paralleli tra loro: il primo ha un maggior contatto diretto col proprio paziente, ne cerca di correggere i comportamenti nocivi alla sua salute per prevenire la comparsa di una situazione di malattia e per evitare eventuali ricoveri; il medico ospedaliero invece si trova solitamente in contatto con pazienti già in situazioni di malattia, e quindi si occupa per lo più di medicina interna o di terapia chirurgica. Data la loro diversa peculiarità, l’essere medico territoriale oppure medico ospedaliero sarà un fattore determinante per l’individuazione dei paradigmi della professione medica.

Nella tesi consideriamo come medici del territorio coloro i quali lavorano alle dipendenze, o in regime di convenzione o d’accreditamento, con il SSN. I medici liberi professionisti invece, che erogano prestazioni sanitarie non coperte dal SSN, sebbene operanti nel territorio, non vengono considerati nel confronto tra i medici del SSN, ospedalieri e territoriali, poiché non hanno un rapporto così diretto con esso e quindi non sono determinanti per valutare il livello di coordinamento che esiste tra le strutture ospedaliere ed il territorio. Prenderemo in considerazione questi medici nel quarto capitolo, per capire se per essi può essere individuato un particolare paradigma riguardo al rapporto col paziente, ai fattori di carriera e alla gestione del tempo lavorativo.

Come medici del territorio consideriamo quindi:

- **Medico di medicina generale:** altresì conosciuto come medico di famiglia, è in Italia il medico curante di primo livello che offre una prima forma di assistenza medica al paziente prima di accedere al presidio ospedaliero.

La specializzazione in medicina generale è stata istituita solamente all’inizio degli anni ’90 e *“per i medici abilitati dopo il 31/12/1994 il possesso di tale diploma costituisce requisito necessario per l’iscrizione alla graduatoria unica regionale della medicina generale finalizzata all’accesso alle convenzioni con il SSN in qualità di medico di Medicina Generale”* (Wikipedia, Medico di famiglia). Tutti hanno diritto ad un medico di famiglia che di norma viene assegnato dall’azienda sanitaria locale (A.S.L.) del comune di residenza.

Per ogni medico di famiglia possono essere assegnati non oltre i 1000 pazienti ed anche i cittadini non residenti possono godere di questo servizio per un periodo minimo di 3 mesi e massimo di 12 (salvo poi eventuale proroga).

-Medico specialista ambulatoriale interno: Opera nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria territoriale. Secondo l' *"Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni"*: gli specialisti ambulatoriali si integrano con specifiche funzioni nell'assistenza primaria, collaborando al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche e quindi partecipando al processo di deospedalizzazione dei pazienti e promuovendo una umanizzazione del rapporto medico-paziente (Art. 12,4). Attraverso l'inserimento del medico ambulatoriale nel SSN, si promuove l'abbattimento di barriere che ostacolano l'accesso al sistema sanitario ad alcuni pazienti (Art,12,5). Il medico ambulatoriale assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente, si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti e attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse (Art 13 bis).

L'incarico ambulatoriale, ancorché sommato ad altre attività compatibili, non può superare le 38 ore settimanali ed è espletabile presso più posti di lavoro e/o più aziende o altre istituzioni pubbliche (Art 16).

Il medico ambulatoriale deve inoltre, quando richiesto dall'azienda ospedaliera, svolgere attività al di fuori della sede di lavoro nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, presso il domicilio del paziente, presso le strutture pubbliche del SSN e presso lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta (Art. 32).

-Medico pediatra di libera scelta: Se il medico di famiglia si occupa dei paziente dai 14 anni in su, Il pediatra di libera scelta garantisce visite mediche in ambulatorio o a domicilio, prescrive farmaci, analisi e visite, rilascia certificati e propone il ricovero per i bambini da 0 a 14 anni. Anche per la richiesta del pediatra bisogna recarsi all'ASL e scegliere una delle possibilità tra la lista dei pediatri disponibili nella propria area territoriale. Dopo i 6 anni, se espressamente richiesto dai genitori, si può passare direttamente sotto le cure del medico di famiglia, i medici di famiglia e i

pediatri devono svolgere le loro prestazioni per 5 giorni settimanali per un totale di ore di lavoro proporzionali al numero dei pazienti seguiti;

-Medico di continuità assistenziale (guardia medica): il medico di continuità assistenziale sostituisce il medico di famiglia in situazioni di emergenza. Può prescrivere farmaci indicati per nuove terapie o necessari alla prosecuzione del percorso di cura, rilasciare certificazioni di astensioni dal lavoro per lavoratori turnisti, proporre il ricovero in ospedale, effettuare visite ambulatoriali secondo gli orari previsti;

-Medico specialista convenzionato esterno: Ha gli stessi compiti del medico specialista ambulatoriale interno, ma a titolo di libero professionista incaricato di un pubblico servizio;

-Medico fiscale: Il medico fiscale si reca al domicilio del lavoratore malato per accertarsi del suo stato di salute. La verifica può essere richiesta dalle aziende o dagli enti pubblici all' ASL di competenza ;

Tali caratteristiche socio-demografiche, per poter giungere a definire dei veri e propri paradigmi della professione, devono essere necessariamente raccolte e messe a confronto con gli aspetti salienti della vita lavorativa del medico. Nel quarto capitolo vedremo, infatti, come il medico descrive se stesso in rapporto tre dimensioni fondamentali, che caratterizzano la professione del medico dei nostri giorni: i fattori di carriera più importanti, il rapporto con il proprio paziente e l'uso del proprio tempo lavorativo.

Capitolo 2: Metodologia e tecnica della ricerca

Le analisi che presenteremo in questa tesi sono state ottenute grazie all'uso dei dati e delle informazioni con una indagine mediante questionario diretto a tutti i medici e odontoiatri iscritti all'Ordine dei medici del Veneto.

Il questionario è stato creato ai fini dell'indagine, svolta dalla Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università degli studi di Padova in collaborazione con il Comitato Pari Opportunità interaziendale di Padova e la Federazione regionale degli ordini del Veneto, che aveva l'obbiettivo di osservare la situazione professionale percepita dal medico in Veneto.

Il questionario è stato costruito sulla base di un precedente questionario destinato ai soli medici dell'ordine di Padova in un'indagine del Novembre del 2010.

A questo secondo questionario sono state aggiunte diverse sezioni per approfondire alcuni aspetti omessi precedentemente come la vita familiare, e altre domande utili al fine di definire un paradigma dei medici del Veneto.

2.1) Rilevazione dei dati

Una volta completata la stesura definitiva del questionario, si è provveduto alla sua informatizzazione testandone la facilità di accesso, la comprensibilità delle domande e la semplicità nella compilazione.

Ogni ordine provinciale nel Veneto ha provveduto a incaricare un proprio web master per la raccolta e la gestione dei dati destinati all'indagine, fornendo ad esso le liste con i nomi ed i contatti dei medici iscritti all'ordine di quella determinata provincia.

Prima di avviare la rilevazione dei dati, i promotori della ricerca hanno inviato a tutti i potenziali rispondenti, una lettera di invito a partecipare all'indagine e le regole di compilazione del questionario.

Il 24 giugno del 2011 è quindi partita ufficialmente l'indagine che si è svolta fino al 31 Ottobre del 2011.

La rilevazione dei dati è avvenuta con metodo CAWI (Computer Assistance Web-based Interviewing) attraverso il software "LimeSurvey".

Il rispondente, dopo aver ricevuto notizia del questionario attraverso il proprio indirizzo mail, oppure dopo aver letto l'avviso pubblicato sul sito dell'Ordine dei medici del Veneto o della propria provincia poteva accreditarsi e cominciare la compilazione del questionario.

L'intervistato aveva anche la possibilità di poter cominciare la compilazione del questionari, lasciarla in sospeso, e poi concludere il questionario in un secondo momento: in questo modo aveva la possibilità di poter compilare il questionario con calma e senza l'assillo di doverlo completare prima di chiudere il collegamento.

Sono stati effettuati 3 solleciti via mail: uno a luglio, uno all'inizio ed uno alla fine di settembre per incoraggiare i medici alla compilazione del questionario. Questi solleciti hanno interessato le province di Verona e Rovigo dove la percentuale di non risposte è stata maggiore rispetto a quella delle altre provincie.

La soglia di risposte del 35% è stata raggiunta a Padova e Vicenza mentre a Verona e Rovigo si è rivelata molto più bassa (attorno al 10% per Rovigo e al 20% per Verona).

Alla fine dell'indagine le unità rivelate erano 1708, 264 risultavano aver già compilato il questionario oppure appartenenti ad ordini Provinciali non del Veneto e quindi sono state scartate.

La popolazione dei medici rispondenti, quella sulla quale abbiamo effettuato le analisi, è quindi formata da 1444 unità statistiche, distribuite sui vari Ordini Provinciali come mostrato nella tabella 2.1:

Ordini provinciali dei medici	Frequenze assolute	Frequenze relative
Belluno	49	3.4
Padova	476	33
Rovigo	9	0.6
Treviso	143	9.9
Venezia	221	15.3
Verona	26	1.8
Vicenza	520	36.0
Totale	1444	100

Tab. 2.1: tabella delle frequenze assolute e distribuzione percentuale dei medici e odontoiatri del Veneto che hanno risposto all'indagine, per ordine provinciale di appartenenza.

Abbiamo voluto confrontare i dati della tabella 2.1 con quelli forniti dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMOCeO) :

Ordini provinciali dei medici	Frequenze assolute	Distribuzione percentuale
Belluno	1118	3.9
Padova	7699	27.0
Rovigo	1166	4.1
Treviso	3715	13.0
Venezia	4461	15.7
Verona	6503	22.8
Vicenza	3834	13.5
Totale	28496	100

Tab. 2.2: Medici Chirurghi e Odontoiatri iscritti per provincia al 05/09/2009 come da certificazione presentata al seggio elettorale per il rinnovo degli Organi Istituzionale (elaborazione dati FNOMOCeO 2009).

Seppure la tabella 2.2 sia aggiornata fino al 2009 un confronto con il nostro campione di medici ci può aiutare a capire quanto la partecipazione all'indagine rappresenti l'effettiva realtà demografica degli Ordini provinciali del Veneto.

Le differenze maggiori si colgono su Verona : nel nostro campione questo rappresenta solamente l'1,8% dei medici intervistati mentre di quelli iscritti all'ordine fino al 2009 secondo la FNMOCeO i medici dell'Ordine provinciale di Verona erano il 22.8% del totale dei medici iscritti agli Ordini del Veneto.

Anche tra i medici di Rovigo la partecipazione appare molto bassa: del nostro campione solamente uno 0.6% appartiene all'Ordine dei Medici di Rovigo, contro invece il 4.1% dei dati della FNMOCeO.

Diversa invece è la situazione per l'Ordine Provinciale di Vicenza, dove la partecipazione è stata invece molto alta ed i medici di questa provincia risultano essere sovra rappresentati (36% del totale del nostro campione contro il 13.5% nei dati della FNOMCeO).

2.2) Il questionario

Il questionario è diviso in otto sezioni, più una parte introduttiva ed una di chiusura del questionario, ognuna delle quali riguarda un determinato aspetto della vita e della figura professionale del medico.

Sviscerando le varie sezioni abbiamo trovato una serie di domande utili per cogliere le differenze tra gli aspetti presentati nel capitolo 1 (genere, famiglia, rapporto di lavoro e tipo specializzazione) e sviluppati nel terzo capitolo:

-Sezione 0: Viene chiesto al medico l'Ordine Provinciale del Veneto di appartenenza, oppure se appartiene a qualche altro Ordine non di una provincia non veneta.

Si chiede anche al medico se ha già compilato il questionario: in caso positivo il questionario si conclude immediatamente ed il medico non può proseguire con una seconda eliminazione. I medici che hanno dichiarato di aver già compilato il questionario erano 252 mentre coloro appartenevano ad Ordini non del Veneto 12 e per questo motivo sono stati scartati.

-Sezione A, caratteristiche personali e familiari: In questa parte del questionario si ricavano informazioni generiche del medico di tipo anagrafico (sesso, età stato civile, luogo di nascita), aspetti sulla composizione della famiglia del medico e informazioni riguardanti il partner.

- Sezione B, "Formazione e lavoro": Informazioni relative la formazione del medico, il tipo di rapporto di lavoro prevalente ed i diversi ruoli e posizioni da lui assunti nel lavoro.

-Sezione C, "Attività lavorative ed extra lavorative": Si vuole indagare su come il medico distribuisce quotidianamente il proprio tempo tra varie dimensioni quali il lavoro, la famiglia, le attività di partecipazione sociale e come utilizza il proprio tempo extra lavorativo.

-Sezione D, "La famiglia": Riguardante la divisione dei compiti in famiglia e quanto gli impegni di lavoro pesino sulle attività famigliari è ormai un problema che si presenta per le più svariate figure professionali e per qualsiasi genere di lavoro.

Resta comunque il fatto che, essendo la professione medica particolarmente impegnativa, forse è ancora più difficile per un medico raggiungere un equilibrio tra famiglia e lavoro. Attraverso la sezione D del questionario è possibile osservare quanto realmente il medico si occupa delle attività familiari e della cura dei propri cari, e quanto queste attività vengono invece delegate ad altri, interno o esterni alla famiglia.

-Sezione E, “Conciliazione lavoro-famiglia”: Il medico indica la direzione che dovrebbe essere presa per migliorare la conciliazione lavoro-famiglia: in che modo gli impegni lavorativi influiscono sulla vita privata e sull’uso del tempo libero, cosa si può e cosa si dovrebbe fare per migliorare la conciliazione di questi due aspetti.

-Sezione F, paradigmi professionali: Si cerca di misurare la soddisfazione del medico della sua professione, sotto il profilo della formazione continua, dell’organizzazione dei vari aspetti della vita professionale dei rapporti con i vari personaggi dell’ambiente ospedaliero. Gli viene chiesto anche quali aspetti dell’essere medico ritiene più importanti e quali sono le mansioni realmente svolte dal medico all’interno dell’ambiente lavorativo .

-Sezione G, “Opinioni sul lavoro”: Si approfondiscono le dinamiche interne alla professione medica: quali per esempio le differenze di genere nell’accesso alle diverse possibilità della carriera medica, la soddisfazione dei medici riguardante alcuni aspetti della attività lavorativa e la loro motivazione nello svolgere questa professione.

-Sezione H, Suggerimenti e ringraziamenti: Viene data la possibilità ai medici di suggerire delle attività per migliorare le condizioni dei medici e odontoiatri del Veneto e di dare dei suggerimenti su come utilizzare al meglio i risultati ottenuti dal questionario.

Il questionario, partendo da domande più generiche, penetra gradualmente nel merito della questione e, riesce a dare la possibilità al medico, incoraggiandolo in questo senso, di disegnare un quadro completo della sua professione e della sua persona in maniera tale da poter definire in qualche modo il paradigma del medico del Veneto da noi ricercato.

Capitolo 3: Vita da medico

Affrontiamo in questo capitolo i vari aspetti della vita da medico in Veneto: dapprima attraverso un confronto per genere ed una breve descrizione della vita in famiglia , per passare poi direttamente alla realtà lavorativa con l'analisi di quelli che sono gli aspetti in comune e le differenze tra i medici del territorio ed i medici ospedalieri, e concludendo col confronto tra medici specialisti in area chirurgica e quelli specialisti in altre aree.

L'obiettivo di questo capitolo è quello di delineare, in maniera chiara e precisa, la figura del medico cercando di cogliere le sue singolarità sia nella vita privata che in quella professionale.

3.1) Differenze per genere

Secondo i dati forniti dal Conto annuale della Ragioneria Generale di Stato, i medici dipendenti pubblici del SSN, con contratto a tempo indeterminato, presenti nel territorio nazionale al 2010 erano 117250 di cui il 37.4% donne: nello specifico le donne erano il 38.4% tra i medici chirurghi, il 25% tra gli odontoiatri ed il 17.9% tra i veterinari.

Età (anni)	2010				
	Donne		Uomini		Totale
	N.	%	N.	%	
Fino a 34 anni	2600	63.8	1475	36.2	3927
35-39	6020	58.7	4235	41.3	12354
40-44	5966	50.1	5932	49.9	21797
45-49	7957	41.7	11109	58.3	28639
50-54	10803	35.6	19575	64.4	21749
55-59	9115	29.3	21984	70.7	7822
60+	1382	13.2	9097	86.8	3365
Totale	43843	37.4	73407	62.6	100946

Tab. 3.1: Distribuzione per età e sesso dei medici dipendenti, con contratto a tempo indeterminato, del SSN presenti al 2010 (Fonte: Elaborazione dal Ministero delle Finanze, Conto Annuale 2010).

Vediamo che c'è un progressivo rimpiazzo dei medici di sesso maschile da parte dei medici donne tra le fasce di età più giovani che arrivano a rappresentare addirittura il 63.8% dei medici fino ai 34 anni ed il 58.7 tra i medici tra i 35 ed i 39 anni.

Se si guardano i dati riguardanti i laureati in medicina negli ultimi anni si può intuire lo stesso andamento visto nella rappresentazione dei medici del SSN per fasce di età e sesso: nel decennio che va dal 1999 al 2009 abbiamo infatti un aumento della prevalenza dei laureati di in medicina e chirurgia di sesso femminile di circa 7 punti percentuali passando dal 55.3% del 1999, al 62.5% dei laureati donna nel 2009.

Anno conseguimento laurea	Totale laureati	Laureati donne (n.)	Laureati donne (%)
1999	6.745	3.729	55,3
2000	6.552	3.739	57,1
2001	6.418	3.739	58,3
2002	6.999	4.155	59,4
2003	7.282	4.350	59,7
2004	6.615	3.996	60,4
2005	6.415	3.921	61,1
2006	6.463	4.028	62,3
2007	6.816	4.381	64,3
2008	6.011	3.805	63,3
2009	6.200	3.876	62,5

Tab. 3.2: Laureati in Medicina e Chirurgia in Italia nel 1999-2009 (Fonte: Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca, elaborazione a cura della Dott.ssa Racconci).

3.1.1) Caratteristiche anagrafiche e principali differenze per sesso

La nostra indagine ha avuto una buona partecipazione da parte delle donne medico, che costituiscono il 45.4% del totale dei medici che hanno risposto al questionario, e anche da parte dei medici di sesso maschile.

Nella tabella 3.3 possiamo vedere come si distribuisce, per età e sesso, la popolazione dei medici del Veneto rilevata:

		Classi di età							
Genere	Numerosità campionaria	Fino a 34 anni	35-39	40-44	45-50	50-54	55-59	60+	Totale
Femmine	655	34.2	13.1	7.6	12.8	14	14.5	3.7	100
Maschi	789	11.4	7.7	5.2	9.9	17.1	29.5	19.1	100
Totale	1444	21.7	10.2	6.3	11.2	15.7	22.7	12.1	100

Tab. 3.3: Distribuzione percentuale dei medici del Veneto intervistati per fasce di età e sesso.

Si evidenziano delle differenze nella distribuzione per fasce di età tra i due generi: le donne medico, ad esempio, sono molto più numerose nelle fasce di età più giovani: il 47.3% della popolazione femminile non supera i 39 anni di età. La popolazione maschile fino ai 39 anni, raggiunge solamente il 19,1% del totale, concentrandosi maggiormente nelle fasce di età oltre i 44 anni con il 75.6% del totale della popolazione maschile.

Nelle nostre prossime analisi terremo conto di queste differenze di distribuzione nelle classi di età tra maschi e femmine: standardizzando le due diverse popolazioni, maschile e femminile, rispetto alla distribuzione per classi di età di una popolazione tipo, cioè la popolazione composta dai medici del Veneto intervistati, di entrambe i sessi.

Per quanto riguarda lo stato civile dei nostri intervistati, la situazione è mostrata nella tabella 3.4, anche in questa tabella i medici sono distinti per sesso ed i risultati sono standardizzati seguendo il metodo della popolazione tipo¹.

¹ Il metodo della popolazione tipo consente di neutralizzare gli effetti della diversa composizione della popolazione rispetto ad una certa caratteristica nel calcolo dei tassi generici: per esempio, la caratteristica presa in considerazione sono gli sposati della popolazione rilevata di donne medico del Veneto e della popolazione rilevata di maschi medici del Veneto. Si sostituisce alle serie dei pesi specifici per fasce di età di queste due "popolazioni" (Dove le fasce di età sono sette, $x=1, \dots, 7$ ed i pesi specifici per sesso sono chiamati F_{sx} ed M_{sx}) un'unica serie di pesi standard tratti da una popolazione presa come modello e assunta appunto come "popolazione tipo" che in questo caso corrisponde alla popolazione campionaria totale dei medici maschi e femmine (Dove P_x =Frequenza assoluta dei medici alla fascia di età x), la quale struttura per età viene attribuita alle 2 popolazioni di soli maschi e sole donne per il calcolo dei tassi generici di donne e uomini medici del Veneto sposati:

$$FS * = \frac{\sum_{x=1}^7 F_{sx} * P_x}{\sum_{x=1}^7 P_x}$$

$$MS * = \frac{\sum_{x=1}^7 M_{sx} * P_x}{\sum_{x=1}^7 P_x}$$

Questo metodo viene poi adottato per calcolare i tassi generici della popolazione femminile e maschile di medici del Veneto per qualsiasi caratteristica studiate (ad esempio tutte le altre condizioni di stato civile).

Sesso	Stato civile				
	Celibe/Nubile	Coniugato/a, convivente	Divorziato/a, separato/a	Vedovo/a	Totale
Femmine	26.8	63.8	7.5	1.9	100
Maschi	19.2	73.3	6.8	0.6	100
Totale	20.8	71.4	6.9	0.9	100

Tab. 3.4: Distribuzione percentuale standardizzata, dei medici del Veneto rilevati, per sesso e stato civile.

La standardizzazione da noi effettuata riesce ad attenuare l'effetto dovuto alla maggiore concentrazione dei medici di sesso femminile nelle fasce di età più giovani, che determina la maggiore presenza di donne nubili (26.8%) rispetto ad uomini celibi (19.8%); stesso motivo per il quale il 73.3% degli uomini, contro il 63.8% delle donne, risulta essere sposato e convivente.

La concentrazione di medici nelle altre due categorie è invece abbastanza simile, e nel totale della popolazione troviamo il 6.9% di medici separati o divorziati, e lo 0.9% di vedovi.

Nel questionario veniva chiesto ai medici il numero dei figli che vive fuori casa e in casa, sommando queste due variabili abbiamo potuto ottenere il numero totale dei figli per ogni medico ottenendo i seguenti risultati:

Sesso \ Numero figli	Numero figli				Totale
	0	1	2	3 o più	
Femmine	45.7	20.9	25.6	7.8	100
Maschi	35.0	18.5	31.8	14.7	100
Totale	37.7	20.2	29.3	12.8	100

Tab. 3.5: Distribuzione percentuale standardizzata, della popolazione campionaria dei medici del Veneto, per sesso e numero di figli.

Osserviamo che la differenza tra uomini e donne è ancora influenzata dalla diversa distribuzione in fasce di età: il 45.7% delle donne risulta non avere nessun figlio, contro il

35% degli medici maschi; tra gli maschi con 2 o più figli e le donne con due o più figli c'è poi una differenza di 13 punti percentuale.

3.1.2) Differenze tra carriere

Per quanto riguarda la differenza tra maschi e femmine nello sviluppo della propria carriera professionale nel corso degli anni, è interessante non solo individuare le differenze di tipo quantitativo ma soprattutto, dove e se possibile, quelle che sono le differenze nel grado di specializzazione e nell'assegnazione di ruoli di responsabilità nell'ambiente della sanità Veneta.

La carriera professionale comincia innanzitutto dal percorso di formazione intrapreso dai medici: mostriamo quindi quanti sono i medici in possesso di una specializzazione e di quale area specialistica si interessano, escludiamo da questa rappresentazione i medici che risultano essere specializzandi, e che sono il 17.2% tra le donne ed il 6% tra gli uomini.

Sesso	Numerosità campionaria	Specializzazione			
		No	Si, una	Si, più di una	Totale
Femmine	540	18.7	66.7	14.6	100
Maschi	742	28.2	55.2	16.5	100
Totale	1282	24.4	59.7	15.9	100

Tab. 3.6: Distribuzione percentuale standardizzata dei medici del Veneto, non specializzandi, intervistati: con nessuna, una, o più specializzazioni, per sesso.

Una volta eliminati i medici specializzandi, gran parte dei quali (70.1%) di sesso femminile, e standardizzate le due popolazioni di medici non specializzandi divise per genere, con la popolazione tipo composta da medici non specializzandi di entrambe i sessi; vediamo che le donne, più degli uomini, possiedono una o più specializzazioni, con una differenza tra i sessi di circa 10 punti percentuale.

Per poter meglio comprendere la situazione reale dei medici del Veneto preferiamo studiare separatamente i medici con specializzazione, ed i medici senza specializzazione.

I medici non specializzati, considerando anche gli specializzandi, risultano essere il 32.4% del totale dei medici del Veneto mentre, se escludiamo gli specializzandi, scendono al

21.7%. Come mostrato nella Tab. 3.7, tra tutti i medici senza una specializzazione abbiamo quattro tipologie fondamentali di rapporto di lavoro:

Sesso	Numerosità campionaria	Rapporto di lavoro prevalente					Totale
		Libero professionista	Continuità assistenziale	Medicina generale	Specializzando	Altro	
Femmine	225	27.1	2.8	24	34.1	12	100
Maschi	243	36.8	4.7	20.9	32.9	4.9	100
Totale	468	31	4.1	23.3	33.1	8.5	100

Tab. 3.7: Distribuzione percentuale della popolazione campionaria, standardizzata, dei medici del Veneto che non hanno una specializzazione, per sesso e tipo di rapporto lavorativo prevalente.

Dalla tabella 3.7 vediamo che i medici senza specializzazione sono, oltre che ancora in formazione come specializzandi e medici di continuità assistenziale (ex-guardia medica), liberi professionisti o di medicina generale.

Ricordiamo che la medicina generale è diventata una specialità medica solamente nel 1991 col DDL n. 256 in seguito alla direttiva europea n. 86/457/CEE del 15 settembre 1986: infatti, i medici di medicina generale che hanno dichiarato di non aver conseguito la specializzazione risultano essersi laureati, per il 92.7% dei casi, prima del 1993.

Per quanto riguarda i medici liberi professionisti, supponiamo comunque che questi siano in maggioranza medici odontoiatri poiché alla domanda del questionario, che chiedeva di indicare quali erano gli argomenti utili per la propria formazione, che avrebbero voluto approfondire, circa l'80% dei liberi professionisti senza specializzazione indica argomenti di odontoiatria.

Parlando invece dei 976 medici con specializzazione, tra i quali il 55.9% di sesso maschile, riportiamo nella tabella 3.8 la distribuzione percentuale dei medici del Veneto per sesso e area di specializzazione, seguendo la distinzione già descritta nel primo capitolo, secondo la quale vengono individuate 4 aree di specializzazione.

Sesso	Numerosità campionaria	Area di specializzazione						
		Area medica delle specialità mediche	Area chirurgica e delle specialità chirurgiche	Area della medicina diagnostica e dei servizi	Area di sanità pubblica	Odontoiatria	Altro	Totale
Femmine	430	59.4	16.9	12.1	6.2	2.2	3.1	100
Maschi	546	48.6	23.3	15.1	3.5	5.7	3.7	100
Totale	976	53.4	19.9	14.2	5	4.2	3.3	100

Tab. 3.8: Distribuzione percentuale dei medici specialisti intervistati, per area di specializzazione e sesso.

Le differenze maggiori, tra le specializzazioni scelte dai due diversi sessi, sono soprattutto nell'area chirurgica: qui infatti operano il 23.3% dei medici di sesso maschile e solo il 16.9% delle donne medico .

Le donne sembrano prediligere altre aree di specializzazione, come quella medica (59.4% di donne), o della sanità pubblica (6.2% di donne rispetto al 3.5% tra i maschi).

Un'altra differenza notevole è la scarsa presenza di donne nel campo dell'odontoiatria: 2.2% sul totale delle donne, che sale a 5.7% tra gli uomini.

Guardando alle tipologie di rapporto di lavoro dei medici con specializzazione: il 41.2% di medici specialisti ospedalieri , ed 11% tra medici ambulatoriali interni (7%) e convenzionati esterni (4%).

La percentuale di liberi professionisti è più bassa rispetto a quella dei medici senza specializzazione ma stavolta solo il 16.9% sono odontoiatri.

Diminuisce in modo sostanziale, rispetto ad i colleghi senza specializzazione, la percentuale liberi professionisti: che passano dal 31% al 19.4% .

Sesso	Popolazione campionaria	Rapporto di lavoro prevalente							
		Liberi professionisti	Medicina generale	Ambulatoriale interno	Ospedaliero a tempo indeterminato	Convenzionato ospedaliero esterno	Altro	Non pervenuto	Totale
Femmine	430	18	17.1	10.5	35.3	5	10.8	3.2	100
Maschi	546	19	15.7	3.6	46.4	3.7	10	1.6	100
Totale	976	19.4	17	6.5	41.2	4	9.9	2	100

Tab. 3.9: Distribuzione percentuale, della popolazione rilevata dei medici specialisti del Veneto, per sesso e tipo di rapporto lavorativo.

Interessante è anche l'aspetto contrattuale dei medici dipendenti: dei 1444 medici che hanno risposto al questionario, il 47.6 % indica di avere un qualche tipo di contratto di lavoro come dipendente ; mentre il restante 52.4% dice di non avere un contratto di lavoro come dipendenti.

Questi medici, senza un contratto di lavoro come dipendente, sono per lo più: liberi professionisti (37.8%), medici di medicina generale (33.3%) o specializzandi (12.3%).

Tra i medici dipendenti distinguiamo tra quattro tipologie differenti di contratto lavorativo:

- Contratto a tempo indeterminato full-time;
- Contratto a tempo indeterminato part-time;
- Contratto a tempo determinato full-time;
- Contratto a tempo determinato part-time;

Il contratto a tempo indeterminato è regolato secondo i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (Ccnl): non ha scadenze, e può essere full-time, quando le ore lavorative settimanali sono 36, oppure part-time.

Il contratto a tempo a tempo determinato prevede un termine di durata, può essere stipulato quando vi siano ragioni di ordine tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo,

anche se riferibili alla ordinaria attività del datore di lavoro e non può avere una durata iniziale superiore ai 36 mesi.

Sono esclusi da questo tipo di contratto: i tirocini, i contratti di lavoro temporaneo o occasionale, i contratti di lavoro dei dirigenti.

Il lavoratore assunto a tempo determinato non può essere licenziato prima della scadenza del termine se non per giusta causa, cioè per un fatto talmente grave da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

Il lavoro part-time è concesso su richiesta dei lavoratori. Il lavoratore part-time beneficia degli stessi diritti e doveri del lavoratore a tempo pieno, e la riduzione dell'orario lavorativo può avvenire in due modi: o riducendo il numero delle ore giornaliere stabilite dal Ccnl (tipo orizzontale), oppure concentrando il lavoro in periodi predeterminati (tipo verticale).

Il 71.1% dei medici ha un contratto a tempo indeterminato full-time: e questa percentuale rimane più o meno la stessa tra i medici donne (68.6%) e maschi (72%).

Una leggera differenza tra i due generi, si ha invece per quanto riguarda i lavoratori a tempo indeterminato part-time: questi sono il 14% tra le donne, e solamente il 7.9% tra gli uomini. Non vi è una particolare concentrazione di queste lavoratrici part-time in una particolare fascia di età, senza considerare la maggiore presenza del nostro campione di medici donne nelle fasce di età più giovani: diciamo inoltre che in ogni fascia di età c'è una percentuale costante di lavoratrici part-time che si aggira attorno al 20% , ad eccezione dei medici donna con età fino ai 39 anni (10.6% di lavoratrici part-time) e per quelle con età compresa tra i 55 ed 59 anni (4.6%).

Tra i ruoli dirigenziali e di più alta responsabilità delle strutture mediche possiamo distinguere le seguenti figure:

-Dirigente medico: "L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni nell'autonomia tecnico-professionale. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito." (art 15, dl 30/12/1992);

Vi sono poi i direttori di struttura semplice, complessa e di dipartimento:

Secondo l'articolo 15 sopra citato: *“Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo... Per struttura si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.”*

Per **struttura complessa** ,si considerano tutte le strutture già riservate in azienda ai dirigenti di ex II livello. Tra le strutture complesse per dipartimento si intendono quelle strutture individuate dall'azienda per l'attuazione di processi organizzativi integrati.

Per **struttura semplice** si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale.

La differenza tra dirigenti medici donne e dirigenti medici maschi sul totale dei medici divisi per sesso non è rilevante: infatti i dirigenti maschi sono 39.5% dei medici maschi, mentre i dirigenti di sesso femminile sono il 34.5% dei medici di sesso femminile.

Prima di osservare come si distribuiscono, per genere e ruolo dirigenziale i medici del Veneto appartenenti al nostro campione, vogliamo ricordare che l'accesso a questi posti di dirigenza avviene lentamente nel corso della carriera del medico.

E' per questo che i dirigenti medici sono mediamente meno giovani rispetto agli altri: questo nel nostro campione lo si vede soprattutto tra le donne, dove la percentuale di medici fino ai 39 anni di età che ha partecipato all'indagine è molto alta (47.3%), ma i tra i medici donna con ruoli dirigenziali, quelli con età non oltre i 39 anni sono invece il 41.7% (tra i quali il 96.1% di questi sono semplici dirigenti medici), mentre tra le donne senza ruoli dirigenziali, nella stessa fascia di età si trovano il 50.2% di esse.

Una differenza solitamente individuata tra le donne e gli uomini in carriera, riguarda l'atteggiamento verso la costituzione della famiglia, nello specifico il numero dei figli: spesso infatti, per motivi di carriera professionale, le donne rinunciano ad avere figli, cosa che invece non accade per gli uomini che anzi, in una situazione di maggiore sicurezza economica, sono più incoraggiati a fare figli.

Anche nella nostra indagine abbiamo provato ad osservare se vi sono differenze tra il numero di figli dei medici senza ruoli dirigenziali e dei medici con ruoli dirigenziali a seconda del sesso attraverso il calcolo degli Odds ratio, eliminando prima l'effetto dell'età attraverso la standardizzazione col metodo della popolazione tipo.

Sesso	Percentuale medici senza figli al netto dell'età		Percentuale medici con figli al netto dell'età		Odds (No figli/ Figli)		Odds ratio (Odds No ruoli/Odds ruoli)
	No ruoli	Ruoli	No ruoli	Ruoli	No ruoli	Ruoli	
Femmine	46.1	44.9	53.9	55.1	0.86	0.81	1.05
Maschi	38.6	28.9	61.4	71.1	0.63	0.41	1.55

Tab 3.10: Valori degli Odds e degli Odds ratio dei medici del Veneto intervistati, distinti per genere, per il confronto tra i medici senza figli e tra i medici con almeno un figlio.

Come vediamo dalla tabella 3.10, se in generale sono più numerosi i medici con almeno un figlio sia tra i maschi che tra le donne, l'essere o meno un medico con un incarico dirigenziale non influisce sul numero di figli per le donne medico (Odds ratio 1.05), mentre tra gli uomini, il fatto di essere un medico con incarico dirigenziale, sembra avere un certo peso a favore dell'aver dei figli, infatti coloro che non sono dirigenti medici tendenzialmente hanno meno figli (Odds ratio 1.55).

Se si osservano le distribuzioni per genere (Tab. 3.10), nei diversi incarichi dirigenziali non sembrano esserci differenze rilevanti tra i medici secondo il sesso: il fatto che tra i medici maschi una lieve percentuale maggiore di dirigenti di struttura semplice, di dipartimento/struttura complessa, rispetto alle loro colleghe, è dovuto alla media dell'età più alta dei maschi, che hanno mediamente più anni di servizio, indispensabili per l'avanzamento di carriera.

Sesso	Popolazione campionaria	Ruoli dirigenziali:				
		Direttore di dipartimento/struttura complessa	Direttore di struttura semplice	Dirigente medico	Nessun ruolo	Totale
Femmine	655	2.2	6.7	24.8	66.3	100
Maschi	789	4.8	8.2	25.3	61.7	100
Totale	1444	4.1	7.0	25.1	63.8	100

Tab. 3.11: Distribuzione percentuale standardizzata, dei medici del Veneto rilevati, per sesso e ruolo dirigenziale.

Nonostante sia difficile quindi poter parlare di effettive differenze nell'accesso ai posti di dirigenza, la percezione di questa problematica, può comunque essere percepita diversamente dai medici, a seconda del sesso, ed comunque importante conoscere quale idea, a tale proposito, i medici hanno del proprio ambiente di lavoro, dato che potrebbe comunque essere causa di disagio tra i medici.

Sesso	L'organizzazione della sanità italiana oggi, nelle possibilità di carriera, è:				
	Uguale	A favore dei medici maschi	A favore dei medici donna	Risposta mancante	Totale
Femmine	17.9	79	0.1	3	100
Maschi	54.1	39.3	2.9	3.7	100
Totale	37.3	57.8	1.7	3.2	100

Tab. 3.12: Distribuzione percentuale, per sesso, dei medici del Veneto rilevati secondo la percezione della differenza nella possibilità di carriera nell'ambiente medico a seconda del sesso.

Quasi nessuna delle 655 medici donna intervistate crede che l'organizzazione della sanità italiana sia, nelle possibilità di carriera, a loro vantaggio, ed il 79% di queste credono invece che sia proprio il contrario, e quindi si sentono discriminate nelle possibilità di carriera. Questa differenza è in parte riconosciuta dagli uomini (39.3%) ma la maggioranza di essi preferisce pensare, o crede veramente, che non ci si siano particolari differenze nell'accesso alla carriera.

Andando ad indagare sugli aspetti che possono influire negativamente sulla possibilità della donna ad accedere a ruoli di responsabilità nel settore sanitario, l'80.9% dei medici donna, ed il 76% dei medici maschi pensano che, ancora oggi, sia particolarmente difficile per una donna poter conciliare lavoro e famiglia.

Quello che divide le opinioni dei due generi sono i fattori culturali della società limitanti per la carriera della donna, considerati un problema per il 79.7% delle donne medico, e solo per il 52.7% dei medici di sesso maschile.

Cause minoranza donne in ruoli di responsabilità	Femmine			Maschi		
	Numerosità campionaria	Non risposte (%)	Abbastanza, molto (%)	Numerosità campionaria	Non risposte (%)	Abbastanza, molto (%)
Conciliazione casa e lavoro	655	3.8	80.9	789	5.6	76
Scarsa volontà donne	655	5.8	18.8	789	9.5	12
Fattori culturali limitanti	655	4.3	79.7	789	7.2	52.7
No sostegno partner in casa	655	6.1	53	789	10.3	37.3
No sostegno servizi pubblici	655	4.6	79.1	789	8.9	55.9
Concedo parentale	655	6.6	63.8	789	9.9	45.9

Tab. 3.13: Distribuzione percentuale, per sesso, dei medici del Veneto intervistati, secondo il grado di influenza negativa attribuito a diversi fattori sulla presenza delle donne in posizioni di responsabilità.

Dall'altro lato bisogna specificare che, tra coloro che pensano che la velocità di carriera delle donne e degli uomini medico, oggi, sia diversa da quella di un tempo (e sono il 54% dei medici intervistati a credere che ci sia stato un cambiamento nel corso del tempo), sia le donne (63.4%) che gli uomini (79%) pensano che, se questo cambiamento c'è stato, si è verificato a favore della carriera delle donne medico.

3.1.3) Conciliazione tra lavoro e vita privata

Come abbiamo anticipato, la professione di medico richiede spesso sacrifici e rinunce sul piano della vita familiare e sociale: il carico di lavoro, gli orari di lavoro, la necessità del continuo aggiornamento, sono solo alcuni dei molteplici fattori che rendono ostica al medico la gestione dei propri impegni extra lavorativi e famigliari.

Nel questionario è stato chiesto ai medici, di dare una valutazione della loro capacità di conciliare il lavoro con la vita personale ed i risultati li mostriamo in tabella 3.14.

Livello di conciliazione	Popolazione campionaria femminile		Popolazione campionaria maschile		Popolazione campionaria totale	
	Frequenze assolute	Frequenze relative	Frequenze assolute	Frequenze relative	Frequenze assolute	Frequenze relative
Molto	49	7.5	76	9.6	125	8.7
Abbastanza	308	47	347	44	655	45.4
Poco	257	39.2	311	7	568	39.3
Per niente	41	6.3	55	39.4	96	6.6
Totale	655	100	789	100	1444	100

Tab. 3.14: Distribuzione percentuale dei medici del Veneto a seconda della autovalutazione data alla loro capacità di conciliare vita privata e professionale

Si nota che, seppure di poco, i medici che danno giudizio positivo del livello di conciliazione ottenuto tra vita professionale e vita personale siano più numerosi rispetto coloro non soddisfatti di questo aspetto.

Cerchiamo di capire in che modo il medico riesca a conciliare le varie sfere della propria vita e cercheremo di individuare quali sono gli elementi che possono agevolare ed aiutare il medico nella gestione ottimale e nell'integrazione di queste sfere.

La quantità di tempo e di sforzi necessari per la cura dei propri rapporti extra professionali è probabilmente proporzionale all'intensità dei vincoli affettivi ai quali le persone sono legate. Le esigenze e gli impegni familiari, per esempio, possono essere più gravosi per coloro i quali hanno costituito una propria famiglia e convivono con un'altra persona rispetto a chi invece vive solo o non ha ancora costituito una propria famiglia.

Per capire le difficoltà incontrate dai medici nella conciliazione tra vita privata e professionale, osserviamo nuovamente la Tab. 3.4 che mostra la composizione per sesso e stato civile dei 1444 medici del Veneto che hanno risposto al nostro questionario.

Il 71.4% dei medici che hanno risposto al questionario risultano essere coniugati o conviventi: la percentuale di medici maschi, coniugati o conviventi è del 73.3% , quella di donne medico coniugate o conviventi è invece il 63.8%.

Le donne nubili sono in percentuale maggiore rispetto agli uomini non sposati: rispettivamente il 26.8% del totale dei medici donne e il 19.2% degli uomini.

E' importante conoscere lo stato civile del medico, poiché l'uso del tempo può cambiare molto secondo che questo sia sposato o invece no: una persona coniugata cercherà di dedicare maggior tempo alla propria famiglia, dall'altra parte un individuo senza alcun vincolo di tipo familiare si dedicherà maggiormente alla cura di se stesso e dei propri hobby.

Possiamo osservare quindi quante ore, in media, il medico, tra coloro che hanno risposto al questionario, dedica a determinate attività: dal lavoro alla famiglia, dalla partecipazione sociale alla cura di se stesso.

Stato civile	Ore dedicate al lavoro	Ore dedicate alla famiglia	Ore per attività sociali	Ore per se stesso e per hobby
Celibe/Nubile	10.4	2.8	0.8	1.9
Coniugato/a, convivente	9.5	4.4	0.6	1.4
Divorziato/a, separato/a	9.4	4	0.7	1.8
Vedovo/a	8.6	5.4	0.7	1
Totale	9.7	4.1	0.6	1.5

Tab. 3.15: Tempo medio giornaliero, espresso in ore, dedicato dai medici ad diverse attività quotidiane, secondo il loro stato civile.

Ci rendiamo subito conto della particolarità della professione medica: le ore, giornaliere, che i medici hanno dichiarato di dedicare in media al lavoro sono quasi 10, un tempo molto impegnativo e che ci suggerisce quanto questo lavoro, svolto quotidianamente, possa risultare impegnativo e stancante.

Sono i medici celibi e nubili a dedicare maggior tempo all'attività lavorativa rispetto invece ai medici sia coniugati /conviventi che divorziati/separati che sacrificano qualche ora di lavoro per dedicarsi maggiormente alla famiglia.

Questa differenza si nota ancora di più se si confrontano le percentuali di medici che lavorano anche il fine settimana a seconda stato civile (Tab. 3.16):

Stato civile	Numerosità campionaria	Lavora durante il fine settimana?			
		Né sabato, né domenica	O sabato o domenica	Sia sabato che domenica	Totale
Celibe/Nubile	294	27	17	56	100
Coniugato/a, convivente	1019	36.8	29.8	33.4	100
Divorziato/a, separato/a	100	46	25	29	100
Totale	1426	35.4	26.8	37.8	100

Tab. 3.16: Distribuzione percentuale, dei medici del Veneto rilevati, per stato civile e attività lavorativa durante i week end.

Si nota immediatamente che sono i medici celibi o nubili ad occuparsi dell'attività professionale il sabato e la domenica: il valore del Chi quadrato di Pearson, calcolato per questa tabella restituisce un livello di significatività osservato minore di 0.0001, e quindi ci suggerisce che questa differenza è significativa.

I medici non sembrano, in linea di massima, essere particolarmente soddisfatti della gestione e dall'organizzazione degli orari e dei tempi di lavoro: quando a questi viene chiesto di dare una valutazione, da 1 a 10, sulla flessibilità degli orari di lavoro e sulla possibilità di conciliare vita e lavoro, in entrambi i casi la media dei voti è appena sufficiente, considerando però le valutazioni degli altri 25 aspetti della vita lavorativa, su i quali è stato chiesto al medico di esprimere un giudizio da 1 a 10.

La soddisfazione per "la flessibilità degli orari e dei tempi di lavoro" e "la possibilità di conciliare vita e lavoro", si collocano solamente al ventesimo e al ventiduesimo posto rispettivamente.

A conferma di questo, se si chiede loro quali opportunità potrebbe aiutarli a conciliare il lavoro e la vita privata, l'opportunità di orari di lavoro più flessibili è l'opzione che per prima, con il 51% di scelte, viene ritenuta necessaria per la conciliazione lavoro - vita privata; segue poi la possibilità di lavorare part-time o con meno ore che rientra in una più generica necessità dei medici di ottimizzare l'organizzazione del tempo all'interno della giornata lavorativa ed extra-lavorativa.

Aspetti	Popolazione campionaria	Valutazione sul contributo dato alla conciliazione lavoro-vita privata			
		Molto / Abbastanza	Poco / Per niente	Non risposte	Totale
Vicinanza al luogo di lavoro	1444	40.5	49.2	10.3	100
Orari di lavoro più flessibili	1444	51	38.4	10.5	100
Collaborazione tra colleghi	1444	39.3	49.2	11.6	100
Accesso ai servizi pubblici di sostegno	1444	27.8	59.1	13.1	100
Precise informazioni sulle leggi in favore della conciliazione	1444	32.3	53.5	14.2	100
Possibilità di lavoro part-time o meno ore	1444	46.9	40.7	12.4	100
Possibilità di lavorare a casa	1444	24	62.7	13.2	100

Tab. 3.17: Distribuzione percentuale, dei medici del Veneto, secondo il grado di efficacia rispetto al miglioramento della conciliazione lavoro-famiglia, e le iniziative che potrebbero essere attuate a favore della possibilità di conciliazione.

Osservando l'influenza di vari fattori che hanno potuto influire sulla scelta della professione a seconda del sesso si capisce ancora di più l'importanza e l'influenza indiretta che la famiglia del medico svolge sull'esercizio della professione: il 55.9% dei medici di sesso femminile, ed il 45% tra i medici di sesso maschile, infatti indica come elemento che li ha influenzati nella scelta della propria professione, la costituzione della propria famiglia (tabelle 3.18 e 3.19).

Tra le varie scelte presenti nel questionario la costituzione della propria famiglia è stata quindi quella più indicata dai medici: seguono poi la vicinanza tra casa e sede di lavoro (40.8%) ed il numero di ore lavorative (37.9) per le donne; ed invece il tipo di remunerazione (42%) per i maschi.

Fattori	Popolazione campionaria	Valutazione influenza dei fattori			
		Abbastanza / Molto	Poco / Per niente	Mancate risposte	Totale
Costituzione famiglia	655	55.9	39.7	4.4	100
Vicinanza casa e sede di lavoro	655	40.8	53.6	5.6	100
Tipo di remunerazione	655	32.4	61.8	5.8	100
Numero di ore lavorative	655	37.9	56.5	5.6	100

Fattori	Popolazione campionaria	Valutazione influenza dei fattori			
		Abbastanza / Molto	Poco / Per niente	Mancate risposte	Totale
Costituzione famiglia	789	45.0	51.1	3.9	100
Vicinanza casa e sede di lavoro	789	28.6	65.8	5.6	100
Tipo di remunerazione	789	42	52.9	5.1	100
Numero di ore lavorative	789	28.5	65.8	5.7	100

Tab. 3.18-3.19: Distribuzione percentuale, dei medici del Veneto, per sesso e risposta data alla domanda “Nella scelta della Sua attività lavorativa attuale, quanto peso hanno avuto i seguenti fattori

3.2) Confronto tra ospedalieri medici e ospedalieri chirurghi

In medicina distinguiamo le due grandi aree principali della medicina e della chirurgia.

Confrontiamo, all'interno dei medici ospedalieri, i medici con una specializzazione in medicina e quelli con specializzazione in chirurgia.

Tra i 426 medici ospedalieri, con specializzazione, che hanno collaborato all'indagine: 78.4% sono medici ed il restante 21.6% chirurghi.

Diverse specializzazioni fanno parte della medicina chirurgica e, nel caso della nostra indagine, i medici chirurghi si distribuiscono come mostrato nella Tabella 3.20:

Specializzazione	Frequenze assolute	Frequenze relative
Cardiochirurgia	5	5.4
Chirurgia generale	24	26.1
Chirurgia pediatrica	2	2.2
Chirurgia plastica	3	3.7
Chirurgia vascolare	5	5.4
Chirurgia dell'apparato digerente	2	2.2
Chirurgia toracica	6	6.5
Ginecologia ed ostetricia	10	10.9
Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza	3	3.3
Neurochirurgia	2	2.2
ORL	9	9.8
Oftalmologia	9	9.8
Ortopedia e traumatologia	10	10.9
Urologia	2	2.2
Totale	92	100

Tab. 3.20: Frequenze assolute e relative dei medici chirurghi ospedalieri intervistati, per tipo di specializzazione ottenuta

Oltre alle differenze tecniche e di mansione della propria specializzazione è interessante cercare di capire anche quali sono le differenze tra i medici ed i chirurghi all'interno della vita ospedaliera e quali sono le scelte che hanno portato a seguire un ramo della medicina anziché l'altro.

Dopo aver descritto la distribuzione dei medici ospedalieri a seconda della loro area di specializzazione, seguirà un confronto tra i medici ed i medici chirurghi su alcuni aspetti della loro attività ospedaliera e della loro vita professionale.

3.2.1) Distribuzione dei medici ospedalieri per area di specializzazione

Le prima differenza da evidenziare è sicuramente quella della composizione per genere tra i chirurghi ed i non chirurghi. Dei medici ospedalieri non chirurghi il 48.2% sono di sesso femminile.

Totalmente diversa la situazione per i medici chirurghi tra i quali ben il 72.8% di sesso maschile e solamente il 23.2% sono chirurghi di sesso femminile.

Si nota quindi una certa esclusione delle donne dall'area chirurgica e delle specialità chirurgiche. Questi squilibri sono ancora più accentuati se si osservano come si distribuiscono le donne chirurgo all'interno delle diverse specializzazioni di quest'area: le donne chirurgo, oltre che in chirurgia generale, si concentrano in ostetricia, ORL, o in oftalmologia; tra gli uomini invece c'è più omogeneità nella distribuzione tra le specialità chirurgiche.

Non ci sono particolari differenze tra i medici nella distribuzione tra le 3 principali aree di specializzazioni non chirurgiche: il 60.9% delle donne e il 63.6% degli uomini si collocano nell'area medica e delle specialità medica, nell'area della medicina diagnostica e dei servizi il 26.1% ed il 28.9% rispettivamente dei medici di genere femminile e maschile. Solamente nell'area di sanità pubblica troviamo una particolare concentrazione di medici ospedalieri donne, 11.3% del totale delle donne ospedaliere specializzate; mentre in questa stessa area la presenza di specialisti maschi è solamente del 3.5% (24% considerando la percentuale di medici maschi tra gli ospedalieri specializzati in area di sanità pubblica).

Sesso	Numerosità campionaria	Area di specializzazione (non chirurgica)				Totale
		Area medica e delle specialità mediche	Area della medicina diagnostica e dei servizi	Area di sanità pubblica	Altro o non pervenuto	
Femmine	161	60.9	26.1	11.8	1.2	1
Maschi	173	63.6	28.9	3.5	4	1
Totale	334	62.3	27.5	8	3	1

Tab. 3.21: Distribuzione percentuale dei medici ospedalieri non chirurghi per sesso e area di specializzazione.

Escludendo dalla nostra verifica i medici con altra specializzazione o specializzazione non pervenuta, effettuando il test di Pearson, con un Chi-quadro con 3 gradi di libertà ed una numerosità di 334 unità, otteniamo un p-value con valore pari a 0.0147 e quindi il nostro test indica che esiste una discreta dipendenza tra il sesso e la scelta dell'Area di specializzazione.

3.2.2) Attività ed opinioni sulla vita ospedaliera dei medici, e dei medici chirurghi

Dalla tabella 3.23, la diversa specializzazione non sembra determinare una diversa possibilità di accesso ai ruoli di responsabilità.

Professione	Numerosità campionaria	Ruoli dirigenziali					Totale
		Direttore di dipartimento	Direttore di struttura complessa	Direttore di struttura semplice	Dirigente medico	Nessuno di questi	
Medici	334	1.8	8.7	17.1	70.1	2.3	100
Chirurghi	92	1.1	8.7	18.4	68.5	3.3	100
Totale	426	1.6	8.7	17.3	69.9	2.5	100

Tab. 3.22: Distribuzione percentuale dei medici, chirurghi e non chirurghi, per incarico ricoperto all'interno dell'organizzazione ospedaliera.

Le peculiarità che invece si individuano in maniera subitanea stanno invece nell'esercizio effettivo della propria professionalità: per esempio le attività intramoenia ed extramoenia hanno un peso diverso tra i medici ed i medici chirurghi:

Professione	Numerosità campionaria	Tipo di attività svolta			
		Nessuna attività	Attività extramoenia	Attività intramoenia	Totale
Medici	334	42.5	3	54.5	100
Chirurghi	92	30.4	10.9	58.7	100
Totale	426	39.9	4.7	55.4	100

Tab. 3.23: Distribuzione percentuale dei medici, chirurghi e non chirurghi, per tipo di prestazione extra lavorativa erogata dal medico.

Sono soprattutto questi ultimi a praticare interventi al di fuori del proprio orario di lavoro, utilizzando anche mezzi e strumenti della stessa struttura ospedaliera. Tra i medici non chirurghi invece l'attività intramoenia è meno diffusa, sebbene il 54.5% di essi la pratici, mentre quella extramoenia quasi del tutto assente (3% dei medici ospedalieri non chirurghi). Attraverso il test di Pearson vediamo che la significatività della dipendenza tra due variabili è rilevante ed il p-value risulta essere di 0.002: ciò vuol dire che effettivamente i medici chirurghi praticano di più, rispetto ai colleghi ospedalieri, attività intramoenia ed extramoenia.

La pratica dell'attività intramoenia resta uno dei problemi più discussi della sanità pubblica, poiché sebbene questi interventi vengano svolti al di fuori del normale orario lavorativo dei medici e pagate dal paziente, resta il fatto che viene utilizzato il personale ospedaliero in servizio, e spesso è necessario ricoverare questi pazienti per un paio di giorni all'interno della struttura, bloccando quindi la disponibilità di posti letto e rallentando la lista dei pazienti "normali".

Non entreremo nel merito di questa discussione, dal nostro questionario risulta solamente che la maggior parte dei medici ospedalieri pratica questo tipo di attività.

Tornando alle differenze tra la i medici ed i medici chirurghi, diverso è anche il modo di concepire e vivere i rapporti con il personale infermieristico data anche la differenza di attività nei diversi reparti.

Ai medici è stato chiesto di indicare quali sono i due aspetti fondamentali del rapporto medico – infermiere tra una batteria di 9 diverse scelte.

Rapporto personale - medici chirurghi	Numerosità Campionaria	Percentuale preferenze
Stabilire col personale un rapporto corretto, distinguendo i due ruoli	92	48.4
Stabilire col personale un rapporto di reciproco rispetto	92	42.9
Coinvolgere il personale nella gestione dei casi	92	39.6
Gratificare il personale per le sue iniziative	92	25.3
Controllare che svolga i propri compiti con cura	92	13.2
Spiegare al personale le cose da fare	92	13.2
Lasciare al personale libertà di gestire le situazioni particolari	92	6.6
Stabilire con il personale un rapporto informale	92	1.1

Tab. 24: “Quali sono gli aspetti più importanti nelle relazione con il personale medico? (max 2 risposte)” percentuale delle preferenze indicate dai medici ospedalieri chirurghi.

Rapporto personale - medici non chirurgici	Numerosità Campionaria	Percentuale preferenze
Coinvolgere il personale nella gestione dei casi	334	57
Stabilire col personale un rapporto di reciproco rispetto	334	49.7
Stabilire col personale un rapporto corretto, distinguendo i due ruoli	334	48.2
Gratificare il personale per le sue iniziative	334	17.7
Spiegare al personale le cose da fare	334	9.5
Controllare che svolga i propri compiti con cura	334	7.9
Lasciare al personale libertà di gestire le situazioni particolari	334	2.7
Stabilire con il personale un rapporto informale	334	0.9

Tab. 3.25: “Quali sono gli aspetti più importanti nelle relazione con il personale medico?
(max 2 risposte)” percentuale delle preferenze indicate dai medici ospedalieri non chirurgici.

Dalle tabelle 3.24 3.25 vediamo che i chirurghi tendono a stabilire con il personale infermieristico un rapporto più distaccato e formale, basato su una chiara distinzione dei due ruoli. I medici non chirurgici cercano invece di rendere più partecipativa l'attività degli infermieri nella gestione dei casi, addirittura il 57% di tali medici reputa fondamentale questo aspetto, contro il 39.6% dei medici chirurghi.

All'interno della struttura ospedaliera comunque, sia i medici che i medici chirurghi, dimostrano di avere particolare fiducia nella professionalità e nella conoscenza del proprio mestiere degli infermieri: in particolare i medici ospedalieri ritengono non necessario dover controllare l'operato degli infermieri oppure il dover spiegare al personale le cose da fare .

3.3) Confronto medici ospedalieri e medici del territorio

Nella sanità pubblica le più frequenti categorie di medici sono rappresentate dai medici ospedalieri e dai medici del territorio.

I medici territoriali hanno il compito di garantire una prima forma di assistenza esterna al presidio ospedaliero, così anche da evitare la degenza ospedaliera e facilitare l'organizzazione del SSN. Essi possono svolgere l'attività di medici a domicilio oppure: presso il proprio studio medico, la guardia medica e i luoghi convenzionati per effettuare visite ambulatoriali.

3.3.1) Caratteristiche generali dei medici ospedalieri e dei medici territoriali

Nella nostra indagine i medici del territorio sono 448: essi rappresentano il 31% di tutti i medici che hanno collaborato a questa indagine, tra questi medici abbiamo 190 donne, cioè il 29% del totale delle donne medico, e 258 maschi, il 32.7% del totale dei medici maschi.

Sesso	Popolazione campionaria	Rapporto di lavoro prevalente						Totale
		Medico Generale	Pediatra di libera scelta	Specialista ambulatoriale interno	Specialista convenzionato Esterno	Medico di Continuità Assistenziale	Medico fiscale	
Femmine	190	53.9	11.8	23.2	4	4.9	2.2	100
Maschi	258	63.4	12.6	9.5	3.2	11	0.3	100
Totale	448	61.4	11.6	15.2	2.7	7.8	1.3	100

Tab. 3.26 : Distribuzione percentuale standardizzata, dei medici Veneti del territorio rilevati, per sesso e rapporto di lavoro prevalente.

Standardizzando la popolazione dei medici del territorio, sia quella maschile che quella femminile, secondo il metodo della popolazione tipo, dove la popolazione di riferimento è quella di tutti i medici territoriali che hanno risposto all'indagine, otteniamo i tassi riportati nella Tabella 3.26.

Vediamo allora che i medici del territorio sono in prevalenza medici di medicina generale (61.4%), soprattutto tra i maschi (63.4%), ma anche tra le donne (53.9%).

Gli uomini e le donne si distribuiscono in maniera abbastanza diversa all'interno delle tipologie di rapporto di lavoro: oltre che tra i medici di medicina generale, la differenza principale la vediamo tra gli specialisti ambulatoriali interni, dei quali tra i medici donne sono il 23.2% e solo l'9.5% dei medici di sesso maschile.

Anche i medici ospedalieri rilevati dalla nostra indagine sono 448, cioè il 31% del totale dei medici che hanno partecipato, di cui il 44.2% di loro di sesso femminile (30.2% del totale dei medici donna intervistati), ed il restante 55.8% di sesso maschile (cioè il 31.7% del totale dei medici di sesso maschile che hanno compilato il questionario).

I medici ospedalieri sono in gran parte a tempo indeterminato (94.4% del totale dei medici ospedalieri), e alcuni universitari convenzionati (5.6%).

3.3.2) Vita professionale e differenze nell'uso del tempo di lavoro

Medici ospedalieri e medici del territorio hanno spesso compiti complementari tra loro: spetta al medico del territorio filtrare i pazienti da indirizzare alla degenza e alle cure ospedaliere. Per testare l'efficienza di questa sinergia è importante sapere come effettivamente queste due figure svolgono il proprio ruolo e quali sono le attività principali alle quali si dedicano durante la svolgimento della professione.

Nel questionario è stato chiesto a tutti i medici di indicare tra le quattro categorie di attività: clinica, relazionale, amministrativa e gestionale, il tempo svolto per ciascuna di essa².

Abbiamo ottenuto una graduatoria finale, sia per i medici ospedalieri che per quelli del territorio, delle attività alle quali viene dedicato maggior tempo.

I valori ottenuti separatamente per i medici ospedalieri e per quelli del territorio, ci permettono d'individuare le differenze maggiori sull'uso del tempo di lavoro per le due categorie di medici.

² Per poter stilare una graduatoria delle 4 attività, da quella maggiormente svolta a quella alla quale è dedicato meno tempo, è necessario adottare un approccio multivariato che tenga conto della loro correlazione.

Di fatto, contando il numero delle volte in cui una delle attività ha ottenuto un punteggio maggiore delle altre, si costruisce la matrice delle vittorie assolute, che rapportata alla matrice dei confronti, cioè la matrice formata dal numero di tutti i confronti di ogni attività con le altre, ci fornisce la matrice delle preferenze.

A partire da questa matrice di preferenze si possono calcolare i pesi di tutti e quattro gli aspetti considerati con il metodo definito dell'autovettore: i pesi infatti, sono dati dalle componenti dell'autovettore associato al primo autovalore della matrice di preferenze. Ogni componente w_i (con $i=1, \dots, 4$) dell'autovettore w non è altro che una stima del punteggio delle 4 attività ed, una volta normalizzata nell'intervallo 0-1, si può considerare una stima della preferenza.

Professione	Scelta dell'attività svolta durante l'orario di lavoro				
	Clinica	Relazionale	Gestionale	Amministrativa	Totale
Medici ospedalieri	41.8	22.7	18.9	16.7	100
Medici del territorio	39.5	27.2	11.9	21.4	100

Tab. 3.27 : Preferenza dell' attività svolta nell'orario di lavoro basata sull'allocatione di un budget di 100 punti per medici ospedalieri e medici del territorio.

Dalla Tabella 3.27 sembra che: ai medici ospedalieri l'attività amministrativa, e soprattutto quella gestionale, sottraggano tempo all'attività relazionale; i medici del territorio invece, oltre alla normale attività clinica, dedicano più tempo ai rapporti col paziente.

Gli ospedalieri sembrano più oberati di lavoro rispetto ai colleghi del territorio:

per esempio, il 65.6% dei medici ospedalieri lavora professionalmente anche durante l'intero fine settimana, sabato e domenica, e un altro 8.93% il sabato, ma non la domenica. L'impegno lavorativo nei fine settimana per i medici del territorio appare essere più ridotto in quanto solo il 15% di essi lavora sia di sabato che di domenica, e il 51.6% solo il sabato.

Bisogna comunque specificare che, fuori dall'orario di lavoro regolare, sono molto diffuse tra i medici ospedalieri le attività intramoenia ed extramoenia: l'attività intramoenia dà l'opportunità al medico di poter effettuare degli interventi a pagamento usando le strutture dell'ospedale a cui spetta poi una percentuale del guadagno. Viceversa, con l'attività extramoenia, il medico ha l'opportunità di effettuare per conto dell'ospedale degli interventi a pagamento usando strumenti esterni alla struttura ospedaliera.

Tra i medici ospedalieri intervistati il 54.9% svolge attività intramoenia ed il 4.7% attività extramoenia: quindi, il 59.6% dei medici ospedalieri svolgono attività professionale al di fuori del normale orario di lavoro. Questa percentuale scende al 9.6% tra i medici del territorio.

E' innegabile, che la rigidità degli orari degli ospedalieri condizioni in qualche modo la stessa attività professionale di questi medici: ad esempio uno dei primi fattori della professione a dipendere fortemente dalla mancanza di tempo, in particolare per motivi di lavoro e per carenza di personale nella gestione dei turni, è la possibilità e la volontà di aggiornarsi dal punto di vista professionale.

Se il 66.5% dei medici ospedalieri non riesce ad aggiornarsi in maniera regolare o per niente, tra i medici del territorio invece solo il 54.9% si aggiorna con difficoltà.

E' interessante osservare quali sono le maggiori difficoltà che i medici trovano nell'aggiornarsi: queste possono darci una idea più esaustiva di quelle che sono le differenze strutturali tra le due categorie di medici.

Nelle tabelle 3.28 e 3.29 possiamo vedere quali sono le maggiori difficoltà riscontrate dai medici ospedalieri e territoriali in termini di aggiornamento e la regolarità con la quale si aggiornano.

Frequenza di aggiornamento	Numerosità campionaria	Causa della difficoltà di aggiornamento per i medici ospedalieri						
		Mancanza di tempo	Organizzazione familiare	Motivi economici	Nessuna difficoltà	Altro	Mancate risposte	Totale
Poco o per niente	47	63.8	10.7	12.8	0	12.8	0	100
Si, con regolarità	148	51.4	7.4	14.2	25	1.4	0.7	100
Si, ma irregolarmente	251	71.7	10	14.8	1.2	2	0.4	100
Mancate risposte	2	0	0	0	0	0	100	100
Totale	448	63.8	9.2	14.3	8.9	3	0.9	100

Tab. 3.28: Distribuzione percentuale dei medici ospedalieri del Veneto per risposte date alle domande "Riesce ad aggiornarsi con regolarità ?"(Righe), e "Quali sono le maggiori difficoltà che incontra relativamente la possibilità di aggiornarsi?" (Colonne).

Frequenza di aggiornamento	Numerosità campionaria	Causa della difficoltà di aggiornamento per i medici territoriali						
		Mancanza di tempo	Organizzazione familiare	Motivi economici	Nessuna difficoltà	Altro	Mancate risposte	Totale
Poco o per niente	32	53.1	18.8	15.6	6.3	6.3	0	100
Si, con regolarità	200	45.5	11	8	31	3	1.5	100
Si, ma irregolarmente	251	66.8	16.8	8.4	2.8	4.7	0.5	100
Mancate risposte	2	0	50	0	0	0	50	100
Totale	448	56	14.5	8.7	15.6	4	1.1	100

Tab. 3.29: Distribuzione percentuale dei medici territoriali del Veneto per risposte date alle domande "Riesce ad aggiornarsi con regolarità?" (Righe), e "Quali sono le maggiori difficoltà che incontra relativamente la possibilità di aggiornarsi?" (Colonne).

La mancanza di tempo è l'ostacolo maggiore per l'aggiornamento per il 63.8% dei medici ospedalieri e per il 56% dei medici del territorio.

Tra i medici ospedalieri che riescono ad aggiornarsi poco o niente, il 63.8% lamenta come difficoltà principale la mancanza di tempo, percentuale che scende al 53.1% tra i medici del territorio: questa differenza sul come viene percepito il fattore tempo come ostacolo all'aggiornamento può essere verificata statisticamente.

Presi i medici ospedalieri e territoriali che additano alla mancanza di tempo il problema principale dell'impossibilità di aggiornarsi otteniamo la tavola di contingenza mostrata nella tabella 3.30.

Professione	Numerosità campionaria	Frequenza aggiornamento:			Totale
		Poco o niente	Si, con regolarità	Si, saltuariamente	
Ospedalieri	286	10.5	26.6	62.9	100
Territoriali	251	6.8	36,3	57.0	100
Totale	537	8.8	31.1	60.1	100

Tab. 3.30: Tavola di contingenza dei medici, ospedalieri e territoriali, che lamentano la mancanza di tempo come difficoltà maggiore di aggiornamento, secondo la regolarità di aggiornamento

Il valore del Chi-quadrato ottenuto dal test di Pearson su tali medici è di 6.93 con 2 gradi di libertà un p-value uguale a 0.0313 ed un coefficiente Phi di 0.1136.

Seppure il p-value ci suggerisca di rifiutare l'ipotesi che la mancanza di tempo non incida in maniera diversa sui medici ospedalieri e sui medici del territorio, considerando il coefficiente V di Cramer che è uguale a 0.11 ; per questo motivo sembra che il tempo agisca in maniera diversa sulle possibilità di aggiornamento dei medici ospedalieri e del territorio e che quest'ultimi abbiano degli orari di lavoro che meglio consentono l'opportunità di potersi dedicare all'aggiornamento.

Per gli altri due fattori di difficoltà di aggiornamento: motivi economici e motivi di organizzazione familiare, che hanno una numerosità molto più bassa di 500, il p-value osservato risulta essere sempre abbondantemente maggiore di 0.05: i questi altri fattori sembrano non esercitare un influenza diversa a seconda se si tratta di medici ospedalieri o medici del territorio.

Nel complesso sembra che i medici ospedalieri e territoriali utilizzino il loro tempo lavorativo in maniera del tutto diversa tra loro: se da un lato i medici ospedalieri sembrano maggiormente occupati in attività amministrative necessarie per una azienda ospedaliera, dall'altro investono molto tempo nell'esercizio effettivo della propria professione dedicandosi ad attività professionali intra/extramoenia.

I medici territoriali invece investono molto tempo nel seguire i propri pazienti, inoltre sembrano essere particolarmente interessati all'aggiornamento professionale.

3.3.3) Opinioni personali, confronti diretti ospedalieri-territoriali

Vogliamo adesso fornire qualche informazione sulle opinioni dei medici ospedalieri e dei medici del territorio, su vari aspetti della professione medica, sulla soddisfazione personale per il proprio lavoro e soprattutto, tenteremo di capire in quale opinione hanno, l'uno dell'altro, i medici ospedalieri ed i medici del territorio.

Ci si può chiedere se esistono motivazioni diverse che possano spingere alla scelta dell'esercizio della professione medica in una struttura ospedaliera oppure nel territorio. Riportiamo nelle tabelle 3.31 e 3.32 le opinioni dei medici ospedalieri e territoriali circa l'influenza di diversi fattori sulla scelta della professione .

Fattori	Numerosità campionaria	Valutazione influenza dei fattori:			
		Abbastanza / Molto	Poco / Per niente	Mancate risposte	Totale
Costituzione famiglia	448	45.5	50.5	4.0	100
Vicinanza tra casa e sede di lavoro	448	32.6	62.5	4.9	100
Tipo di remunerazione	448	28.8	66.1	5.1	100
Numero di ore lavorative previste	448	23.5	71.6	4.9	100

Tab. 3.31: Distribuzione percentuale dei medici ospedalieri secondo il peso che hanno avuto alcuni fattori sulla scelta della loro attuale attività.

Fattori	Numerosità campionaria	Valutazione influenza dei fattori:			
		Abbastanza / Molto	Poco / Per niente	Mancate risposte	Totale
Costituzione famiglia	448	56.3	40,0	3,7	100
Vicinanza tra casa e sede di lavoro	448	39.3	54,0	6,7	100
Tipo di remunerazione	448	40.4	53.6	6.0	100
Numero di ore lavorative previste	448	40.0	53.3	6.7	100

Tab. 3.32: Distribuzione percentuale dei medici del territorio secondo il peso che hanno avuto alcuni fattori sulla scelta della loro attuale attività.

I fattori analizzati non sembrano aver avuto una diversa influenza sui medici ospedalieri e territoriali: se i medici del territorio sembra abbiano tenuto parecchio conto della costituzione della propria famiglia, gli ospedalieri invece non hanno subito la particolare influenza di nessuno di questi fattori.

Il tipo di remunerazione ed il numero di ore lavorative previste, anche se non sembrano pesare sulla scelta professionale di entrambi i medici, comunque hanno inciso maggiormente sulla scelta dei medici del territorio che su quella degli ospedalieri.

Confrontiamo poi la soddisfazione personale per il proprio lavoro e per gli obiettivi raggiunti nella propria professione dai medici ospedalieri e dai territoriali:

Professione	Livello di soddisfazione generale:			
	Per niente / Poco	Abbastanza / Molto	Mancata risposta	Totale
Ospedalieri	18.1	81.5	0.4	100
Territorio	15.4	84.3	0.3	100
Totale	16.8	82.9	0.3	100

Tab. 3.33: Distribuzione percentuale dei medici ospedalieri, e del territorio, secondo la soddisfazione finora raggiunta come medici.

Non si notano sostanziali differenze neanche tra il grado di soddisfazione per gli obiettivi professionali raggiunti dai medici ospedalieri e territoriali: in entrambi i casi il grado di soddisfazione è medio-alto e solamente il 2.3% del totale di queste due categorie di medici si dichiara per niente soddisfatto.

Anche quando viene chiesto di dare un giudizio della soddisfazione complessiva per le attività che svolge attualmente su una scala da uno a dieci, la media dei voti dei medici ospedalieri e quella dei medici del territorio non si distaccano realmente: la media totale dei voti dei medici ospedalieri è di 6.93, mentre la media dei medici del territorio è di 7.03.

Entrando più nel particolare, ai medici è stato anche chiesto di dare una valutazione, su una scala da 1 a 10, a 25 diversi aspetti della loro attività lavorativa attuale. Attraverso lo stesso metodo utilizzato per confrontare le attività maggiormente svolte dai medici durante l'orario di lavoro (Cap. 3.3.2), abbiamo stilato una graduatoria di questi 25 aspetti in ordine di maggiore soddisfazione espressa dal medico ospedaliero e del territorio³.

³ Per i medici ospedalieri abbiamo l'86.4% di unità statistiche confrontabili, 86.4%, cioè che avevano risposto correttamente alla domanda, per i medici del territorio le unità statistiche confrontabili sono il 70.3%.

Ospedalieri	
Garanzia di mantenere il posto	6.4
Stabilità del contratto di lavoro	6.3
Utilità sociale delle attività svolte	5.8
Rapporti con i collaboratori	5.8
Utilizzo delle sue conoscenze e competenze	5.6
Rapporti di collaborazione con i suo colleghi	5.1
Modernità, peculiarità del tipo di lavoro	4.9
Sicurezza e salute nel luogo di lavoro	4.6
Autonomia nell'esercitare sue funzioni	4.6
Ubicazione, distanza tra casa e luogo di lavoro	4.5
Rispondenza ai suoi interessi culturali	4.5
Rapporti con i suoi superiori	4.1
Varietà delle attività che svolge	4.
Temperatura, aria condizionata nel suo ambiente	4
Prestigio esterno che le dà il suo lavoro	3.8
Riconoscimento del proprio ruolo sul lavoro	3.6
Possibilità di proporre idee nuove, progetti	3.6
Acquisizione continua di professionalità	3.3
Possibilità di dire ciò che pensa	2.9
Coinvolgimento nelle decisioni che la riguardano	2.6
Reddito e benefit percepiti	2.5
Flessibilità di orari e tempi di lavoro	2.3
Possibilità di conciliare vita e lavoro	2.1
Prospettive di guadagno, di benefit economici	1.6
Prospettive di sviluppo carriera	1.5

Tab. 3.34: Aspetti della attività lavorativa del medico elencati secondo la soddisfazione espressa, per ognuno di essi, dal medico ospedaliero.

Territoriali	
Utilità sociale delle attività svolte	6.4
Rapporti con i collaboratori	5.7
Autonomia nell'esercitare sue funzioni	5.7
Ubicazione, distanza tra casa e luogo di lavoro	5.6
Utilizzo delle sue conoscenze e competenze	5.3
Rapporti di collaborazione con i suo colleghi	5.2
Temperatura, aria condizionata nel suo ambiente	5
Sicurezza e salute nel luogo di lavoro	4.9
Garanzia di mantenere il posto	4.4
Rispondenza ai suoi interessi culturali	4.3
Riconoscimento del proprio ruolo sul lavoro	4.2
Modernità, peculiarità del tipo di lavoro	3.9
Stabilità del contratto di lavoro	3.9
Coinvolgimento nelle decisioni che la riguardano	3.6
Prestigio esterno che le dà il suo lavoro	3.6
Possibilità di dire ciò che pensa	3.5
Rapporti con i suoi superiori	3.4
Flessibilità di orari e tempi di lavoro	3.4
Varietà delle attività che svolge	3.3
Acquisizione continua di professionalità	3.3
Reddito e benefit percepiti	3
Possibilità di conciliare vita e lavoro	2.9
Possibilità di proporre idee nuove, progetti	2.6
Prospettive di guadagno, di benefit economici	1.8
Prospettive di sviluppo carriera	0.8

Tab. 3.35: Aspetti della attività lavorativa del medico elencati secondo la soddisfazione espressa, per ognuno di essi, dal medico del territorio.

Le preferenze espresse, ci indicano come aspetti più apprezzati della vita lavorativa più apprezzato del loro lavoro: la sicurezza di avere un posto fisso ed un contratto duraturo.

A controbilanciare questi aspetti, a parere dei medici ospedalieri: le possibilità di poter fare carriera e di poter ottenere col tempo una progressione del proprio guadagno sembrano essere molto difficili o quasi improbabili.

La graduatoria ci dà poi un ritratto positivo delle condizioni generali nelle quali esercitano la proprio attività i medici ospedalieri: dalla quarta posizione (rapporti con i collaboratori), fino

alla nona (Autonomia nell'esercitare le proprie funzioni), vengono indicati una serie di aspetti che ci suggeriscono una clima di collaborazione tra i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere (collaboratori e colleghi), e che svolgono il proprio lavoro in un ambiente che sembra assecondare la propria professionalità (Utilizzo delle conoscenze e competenze quinta posizione, modernità e peculiarità del proprio lavoro sesta). Scendendo nella parte medio bassa della classifica emergono i problemi visti in precedenza: anche qui si vede il peso della burocratizzazione dell'attività, la varietà dell'attività infatti è messa al 13° posto e la possibilità di proporre idee nuove solamente al 17° seguito dal coinvolgimento nelle decisioni che riguardano il medico (18° posto).

Per quanto sia efficace, la attività ospedaliera così come concepita e così come vista dal medico sembra essere poco soddisfacente a causa appunto della burocrazia, ma anche di orari e tempi di lavoro che limitano la possibilità di conciliare vita e lavoro (posizione 22 e 23) e che probabilmente ostacolano il medico nella sua acquisizione di professionalità (18° posizione).

Tra i medici territoriali: la possibilità di avere un rapporto col paziente potrebbe giustificare il fatto che la sensazione dell' utilità sociale della attività svolta sia messa al primo posto, ma anche i medici ospedalieri, che mettono questo aspetto al terzo posto, sono ben cosci della propria utilità sociale.

Due elementi che più li distinguono dai colleghi ospedalieri, sono l'autonomia nell'esercitare le proprie funzioni, al terzo posto, ed il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano il medico in prima persona, alla posizione 14: i medici territoriali sentono quindi di avere una maggiore libertà nell'esercizio della loro attività.

Anche i medici del territorio appaiono soddisfatti di come riescono ad esprimere la propria professionalità e dei rapporti coi colleghi e col resto del personale.

La sicurezza e la stabilità della professione non sono più i fattori cardine e rassicuranti come lo era per gli ospedalieri (8° posizione per la garanzia di mantenere il posto e 13° per la stabilità del contratto), ma l'insoddisfazione per le prospettive di guadagno e carriera resta la stessa.

Migliora timidamente la soddisfazione per l'organizzazione del tempo lavorativo, posizione 18, che però non sembra esercitare un effetto positivo sull'acquisizione continua di professionalità, e ancor più timidamente migliora la possibilità di conciliare vita e lavoro che sale di una posizione ma resta comunque agli ultimi posti.

In questo capitolo dedicato al confronto tra i medici ospedalieri ed i medici territoriali abbiamo raccolto una serie di opinioni e giudizi sul rapporto tra i medici del territorio ed i medici ospedalieri. Questi, più di ogni altra fonte, possono indicare quali sono i problemi di questo sistema sanitario basato su due categorie complementari, il territorio e l'ospedale, entrambi formati da individui con analoga professionalità e che dovrebbero integrarsi, ma che in realtà sembrano spesso divergere .

Problemi evidenziati dai medici ospedalieri	
Comunicazione	39.4
Collaborazione	10.8
Conoscenza reciproca delle due diverse realtà	6.8
Delega delle attività e delle responsabilità burocratiche e cliniche	6.5
Prescrizione specialistiche inopportune	6.5
Attenzione al paziente da parte dei medici territoriali	5.7
Diffidenza e pregiudizi	5.4
Manca di occasioni confronto	5.1
Continuità assistenziale	4.5
Diversità del trattamento economico	4.5
Definizione delle competenze	3.7
Professionalità e competenza dei medici territoriali	2.8
Disponibilità al confronto	2.6
Burocratizzazione	2.0
Eccessiva autonomia dei territoriali	2.0
Disparità di obblighi	1.7
Metodologia di lavoro	1.7
Organizzazione dei tempi di lavoro a svantaggio dei medici ospedalieri	1.7

Tab. 3.36: Problemi nel rapporto tra medici ospedalieri e del territorio evidenziati dai medici ospedalieri intervistati, per percentuale di risposta.

Problemi evidenziati dai medici del territorio	
Comunicazione	30.0
Diffidenza e pregiudizi, soprattutto da parte dei medici ospedalieri	22.4
Conoscenza reciproca delle due diverse realtà	7.0
Collaborazione	6.5
Scarsa integrazione tra i due livelli	6.3
Mancanza di occasioni confronto	6.0
Reperibilità dei medici ospedalieri	5.0
Disponibilità al confronto	4.4
Delega delle attività e delle responsabilità burocratiche	4.2
Definizione delle competenze	3.7
Conoscenza dell' attività territoriale da parte dei medici ospedalieri	3.4
Continuità assistenziale	3.4
Burocratizzazione	2.9
Rivalità	2.9
Attenzione al paziente	2.6
Divergenza degli obiettivi	2.3
Mancanza di tempo	2.3
Rispetto protocolli	1.8

Tab. 3.37: Problemi nel rapporto tra medici ospedalieri e del territorio evidenziati dai medici del territorio intervistati, per percentuale di risposta.

Tra tutte le problematiche espresse dai medici, quando sono state chieste le cose che non vanno nel rapporto tra medici del territorio e medici ospedalieri, si è cercato di trovare dei punti in comune in maniera tale da poter raggruppare in maniera generale le diverse problematiche suggerite. E' chiaro che sia i medici ospedalieri che quelli del territorio hanno dato la propria opinione "sbilanciandosi" a volte sulla difesa della propria funzione, tuttavia le informazioni forniteci restano di particolare interesse.

Si vede innanzitutto che c'è, da entrambe le parti, una sensazione diffusa di difficoltà nel comunicare e confrontarsi in maniera costruttiva ed efficace: il problema della comunicazione è quindi messo al primo posto, così come anche la mancanza di collaborazione e la conoscenza della realtà lavorativa dei colleghi.

Oltre a queste problematiche più generiche, che indicano una distanza profonda e reale tra la realtà territoriale e quella ospedaliera, abbiamo poi problemi più specifici e caratteristici delle due categorie di medici.

Ci sono aspetti condivisi da entrambi sull'organizzazione dell'attività medica: ospedalieri e territoriali lamentano la mancanza di un regolamento che definisca esattamente le competenze degli uni e degli altri, lamentano inoltre una burocratizzazione che sembra distogliere il medico dallo svolgimento del proprio compito primario, ed infine, una scarsa integrazione tra i due livelli di assistenza che impedisce il raggiungimento dell'obiettivo di una continuità tra il lavoro del medico sul territorio e quello e nell'ospedale.

Abbiamo poi un ritratto interessante, seppure parziale perché incentrato solamente su aspetti negativi, che le due categorie di medici fanno l'una dell'altra.

Da un lato, i medici ospedalieri lamentano la presenza di alcuni comportamenti scorretti da parte dei colleghi del territorio: questi ultimi, secondo le opinioni degli ospedalieri, pongono poca importanza all'attività clinica e poca attenzione al paziente, delegando agli ospedalieri la responsabilità dei casi clinici complessi oppure rinviando i loro pazienti a visite ambulatoriali o specialistiche senza aver prima effettuato una sufficiente analisi clinica. I medici ospedalieri sono inoltre convinti di essere vittime di un'organizzazione degli orari e dei tempi di lavoro, come gli orari degli ambulatori e delle guardie mediche, che vanno a loro svantaggio, e di una eccessiva autonomia dei medici di famiglia.

Sebbene poi essi siano coscienti che uno dei problemi nel rapporto tra i medici sia la presenza di diffidenza e di pregiudizi verso i propri colleghi, essi rivendicano una disparità nel trattamento economico e degli obblighi professionali ed una professionalità e competenza, dei medici territoriali, non adeguata alle esigenze specifiche dei pazienti.

Dall'altro lato i medici del territorio manifestano un'evidente insofferenza verso un atteggiamento di superiorità e saccenza del medico ospedaliero nei loro confronti.

Secondo loro, l'ospedaliero, ignorando del tutto la realtà del lavoro del medico del territorio, delega a questo compiti e responsabilità esclusivamente burocratiche, ed è spesso irreperibile.

Capitolo 4: Paradigmi professionali

Ci occupiamo adesso dell'individuazione dei paradigmi professionali del medico del Veneto osservando tre delle dimensioni più importanti della sua vita professionale: il rapporto medico-paziente, i fattori necessari per l'avanzamento professionale e per la carriera secondo il medico, ed infine l'uso del tempo lavorativo.

4.1) Paradigma professionale del medico del Veneto secondo il rapporto col paziente

Il rapporto medico-paziente è sicuramente uno degli aspetti più delicati della professione medica: proprio per questo motivo nel nostro questionario veniva chiesto al medico di indicare 2 aspetti, tra gli 11 sottoposti, più importanti di questa relazione. Riportiamo nella tabella 4.1 queste dimensioni.

Aspetti rapporto medico-paziente	Campione	% Scelta
Ascoltare il paziente a lungo, con pazienza	1444	60.3
Trovare le parole per farsi capire dal paziente o dai famigliari	1444	50.8
Spiegare al paziente il suo stato, le terapie	1444	36.0
Studiare il caso nel dettaglio, dedicandovi tempo	1444	35.9
Avere coraggio di dire anche cose spiacevoli	1444	22.4
Sentirsi apprezzati dal paziente/famigliari per ciò che si fa	1444	18.6
Sentire di essere tutore di salute, essere centrale nei percorsi di cura	1444	17.4
Spiegare al paziente come realizzare uno stile di vita corretto	1444	16.6
Ottenere il sostegno dei colleghi per diagnosi e cura	1444	13.9
Parlare con il paziente anche su temi non specifici della malattia	1444	6.9
Diventare quasi amico del paziente	1444	2.1

Tab 4.1: Frequenze assolute e relative dei medici del veneto per aspetto rapporto medico-paziente i (percentuale non risposte 0.8%).

Tra le diverse dimensioni del rapporto medico paziente c'è una differenza rilevante nella percentuale di scelte: ad esempio quasi la totalità dei medici (97.1%) ha escluso la possibilità di diventare quasi amico del paziente come aspetto fondamentale del rapporto medico-paziente, sebbene il 60.8% del campione dei medici del Veneto ritenga essenziale l'ascoltare il paziente a lungo ed il 51.2% il trovare le parole per farsi capire dal paziente e dai familiari;

questi primi risultati ci suggeriscono una caratteristica essenziale della professione medica, cioè il tentativo di entrare in qualche intimità col paziente mantenendo comunque un atteggiamento professionalmente distaccato.

4.1.1) Individuazione delle caratteristiche del medico che influenzano il suo rapporto col paziente

Per poter stabilire quale relazione intercorre tra gli aspetti socio demografici del medico ed il suo modo di vivere il rapporto col paziente decidiamo di effettuare, in primo luogo, un'analisi fattoriale delle scelte indicate dai medici sul rapporto medico-paziente: in questo modo otterremo una descrizione di come i vari aspetti suggeriti, si intrecciano tra loro e valuteremo la possibilità di poter individuare l'esistenza di un paradigma comportamentale del medico nella sua relazione col paziente.

In secondo luogo, per valutare l'esistenza di variabili predittive di questi paradigmi comportamentali, si passerà ad una analisi di regressione.

Sebbene i risultati ottenuti dalla nostra analisi non ci consentano di poter parlare di un vero e proprio paradigma, le variabili proposte descrivono bene il rapporto medico paziente.

Data l'esigua percentuale di medici che hanno indicato gli aspetti del diventare quasi amico del paziente (2.1%), decidiamo di non inserire nella nostra analisi questa dimensione, poiché in questo modo il fattore, univoco, che stiamo cercando sarà maggiormente semplificato e di più facile interpretazione, inoltre vogliamo cercare di aumentare la comunanza⁴ delle diverse variabili inserite nelle analisi.

Osservando le comunanze di ogni variabile per un modello completo, per un modello che esclude solamente la variabile "Amicizia col paziente" e per un terzo modello che esclude anche il "Parlare di temi non specifici alla malattia" (che ha una percentuale di scelta tra i medici intervistati solamente del 6.9%): vedremo che la media delle comunanze di ogni variabile, dopo la rotazione quartimax, è uguale a 0.66 per il primo modello, 0.70 per il secondo e 0.64 per il terzo.

⁴ La comunanza è considerata quella frazione di varianza della variabile dipendente, cioè spiegata dall'insieme dei fattori comuni (Fabbris, 1997). In questo caso le variabili dipendenti sono le 11 variabili che indicano la preferenza o meno per ognuno degli 11 aspetti considerati nel rapporto medico-paziente.

Questo ci suggerisce di considerare l'analisi fattoriale escludendo solamente l'aspetto dell'amicizia col paziente.

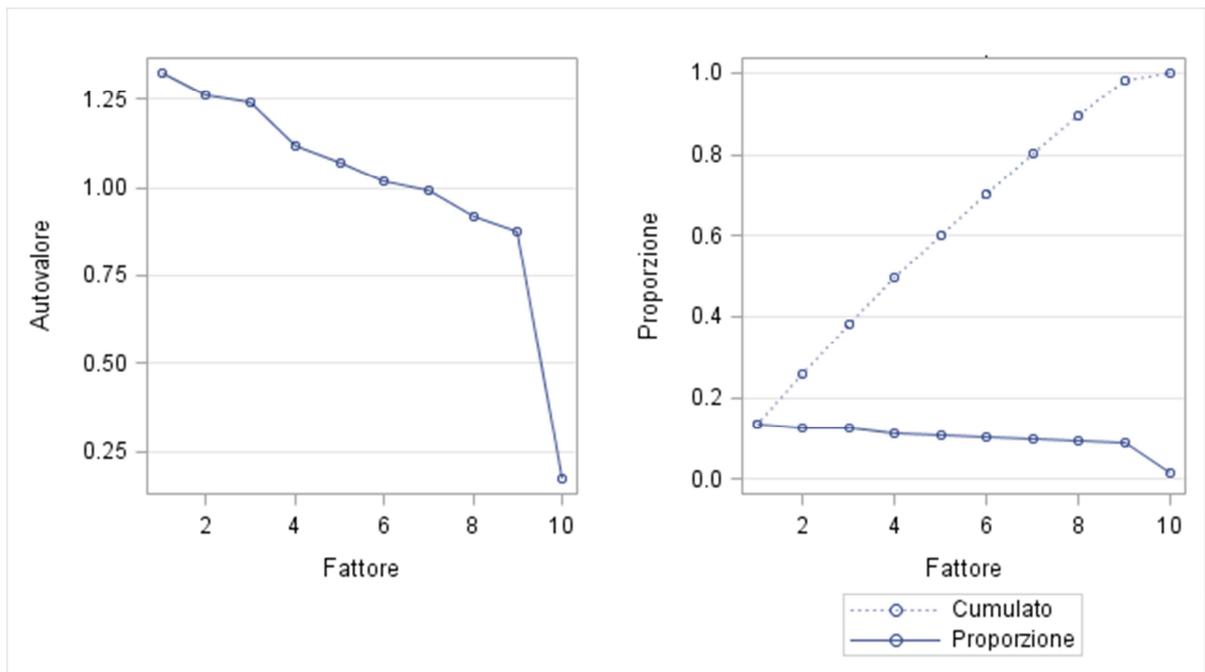


Figura 4.1: Scree plot e grafico della varianza spiegata per il modello di analisi fattoriale degli aspetti fondamentali del rapporto medico-paziente escludendo l'aspetto del "Diventare quasi amico del paziente"

Il grafico della varianza spiegata del nostro modello fattoriale evidenzia come, in un modello con 6 fattori arriviamo ad un livello di varianza spiegata del 70%, che si può considerare sufficientemente buono.

Lo scree plot è la rappresentazione grafica degli autovalori rispetto all'ordine di estrazione." Rappresentando i punti sul piano cartesiano e collegandoli si ottiene una spezzata: se questa mostra due tendenze, una forte inclinazione all'altezza dei primi fattori, e un successivo appiattimento che la porta a essere quasi parallela all'asse dell'ascisse, i fattori che appartengono a quest'ultima parte della spezzata possono essere ignorati"(Fabbris, 1997). Nel nostro caso vediamo che questa curva a "gomito" si individua dopo il terzo fattore ed è per questo che, dovremmo porre una particolare attenzione alle differenze dei primi 3 fattori.

Variabili	Fattori ruotati						Comunanze
	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	
Ascolto	-0.0358	0.19889	-0.65998	-0.24648	-0.47225	0.26347	0.82960
Dire cose spiacevoli	-0.00169	0.08422	-0.05958	-0.13756	0.88897	0.06255	0.82376
Sostegno collegli	-0.13399	-0.40581	0.08945	-0.54525	0.0552	-0.17991	0.52334
Dialogo	-0.01084	-0.10796	0.06447	0.00896	0.03239	0.85455	0.74731
Tutore	0.54398	-0.09556	0.33919	-0.1643	-0.24889	-0.26571	0.57964
Essere apprezzati	-0.096	0.10986	0.7543	-0.17134	-0.17188	0.22705	0.70070
Prevenzione	0.73716	-0.14169	-0.22752	0.10774	0.08196	0.00575	0.63361
Terapie	-0.07335	-0.1148	-0.01762	0.84546	-0.06934	-0.08099	0.74504
Conoscenza caso	-0.54578	-0.49621	-0.10756	0.10133	-0.0515	-0.29803	0.65741
Comprensione	-0.20899	0.82846	0.00291	0.01185	0.07084	-0.24025	0.79290
VARIANZA SPIEGATA	1.214825	1.210009	1.198948	1.17022	1.128072	1.111237	7.03331

Tab. 4.2: Pesi fattoriali ruotati, dei primi 6 fattori individuati con rispettiva varianza spiegata, e stime di comunanze finali per ogni variabile.

Per descrivere meglio il primo fattore, quello di nostro interesse, che più rappresenta il medico, è bene mostrare una rappresentazione grafica dei pesi fattoriali del primo fattore in relazione al secondo e al terzo che, come mostrato nello scree plot, sono quelli più rilevanti.

Secondo i valori ottenuti dai diversi aspetti del rapporto medico-paziente, il medico si pone principalmente come una figura che ha il compito di vigilare sulla salute del paziente, cercando quindi di prevenire stadi di malattia o di disagi fisici del paziente, soprattutto attraverso una continua vigilanza su di esso. Il medico rappresenta se stesso come figura centrale della salute del paziente: solo il medico può indirizzare correttamente il paziente verso uno stile di vita che possa prevenire stati di malattia e garantire una condizione fisica ottimale. A questi due aspetti (“attività di prevenzione” e “medico come tutore”), si contrappongono la dimensione della “chiarezza” del medico nell’espone quali sono i suoi obiettivi verso la cura del paziente e come intende raggiungerli (denominata come

“comprensione” delle parole del medico da parte del paziente e dei familiari) e la conoscenza di ogni singolo caso nel dettaglio: ciò vuol dire che il medico rischia di sentirsi protagonista assoluto della salute altrui, come un oracolo che indica la strada da seguire per la guarigione, ma che si esime dallo spiegare il perché della scelta proprio di quella direzione a tutti i profani della professione medica, sia pazienti che familiari dei pazienti. Si può intravedere in questo atteggiamento rischio di allontanarsi dal paziente e dal suo bisogno, che è prima di tutto, di sostegno psicologico.

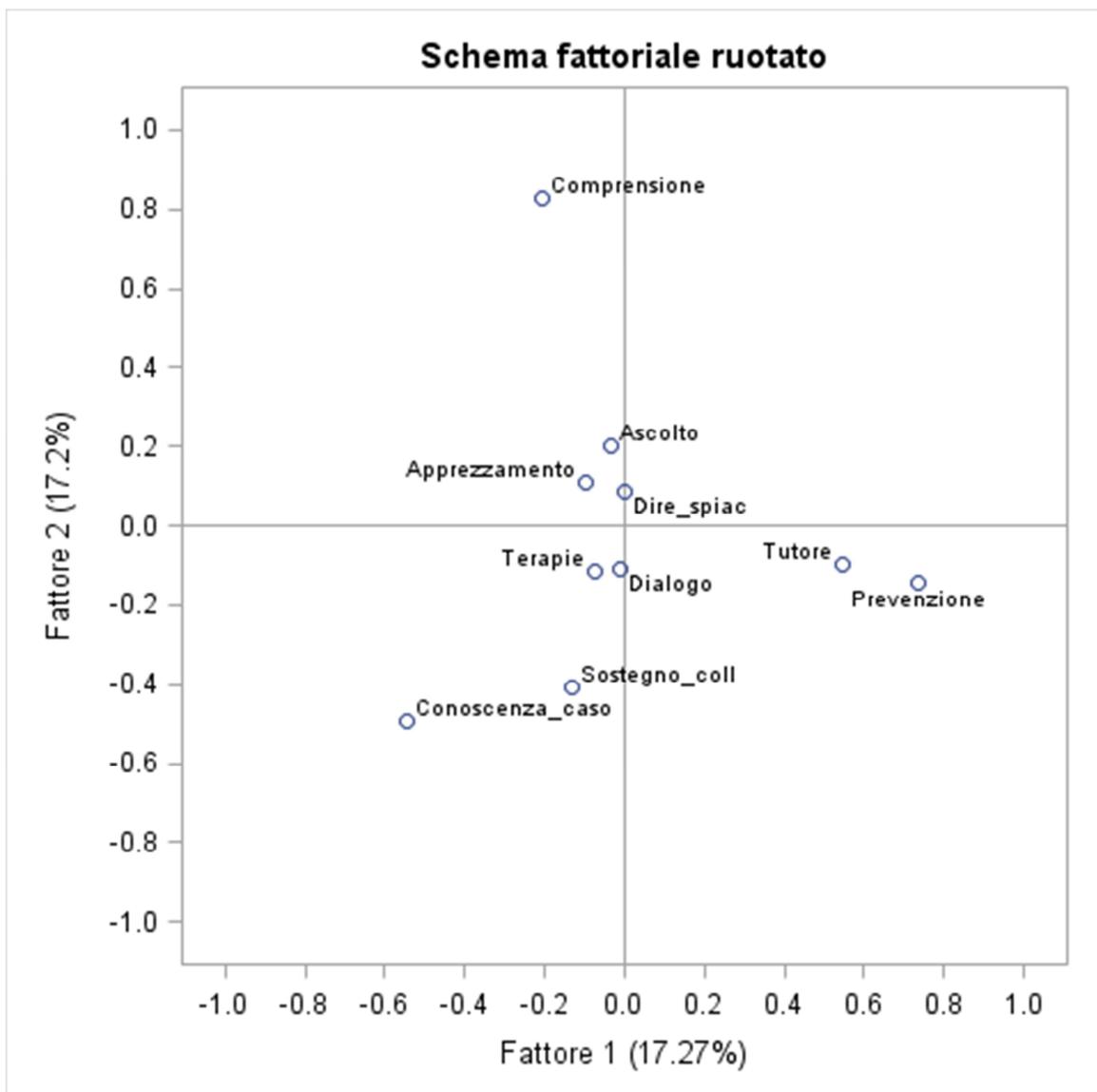


Grafico 4.2: Rappresentazione grafica dei pesi fattoriali ruotati riportati nella tabella 4.2: primo fattore in asse dell’ascisse, secondo fattore in asse dell’ordinate

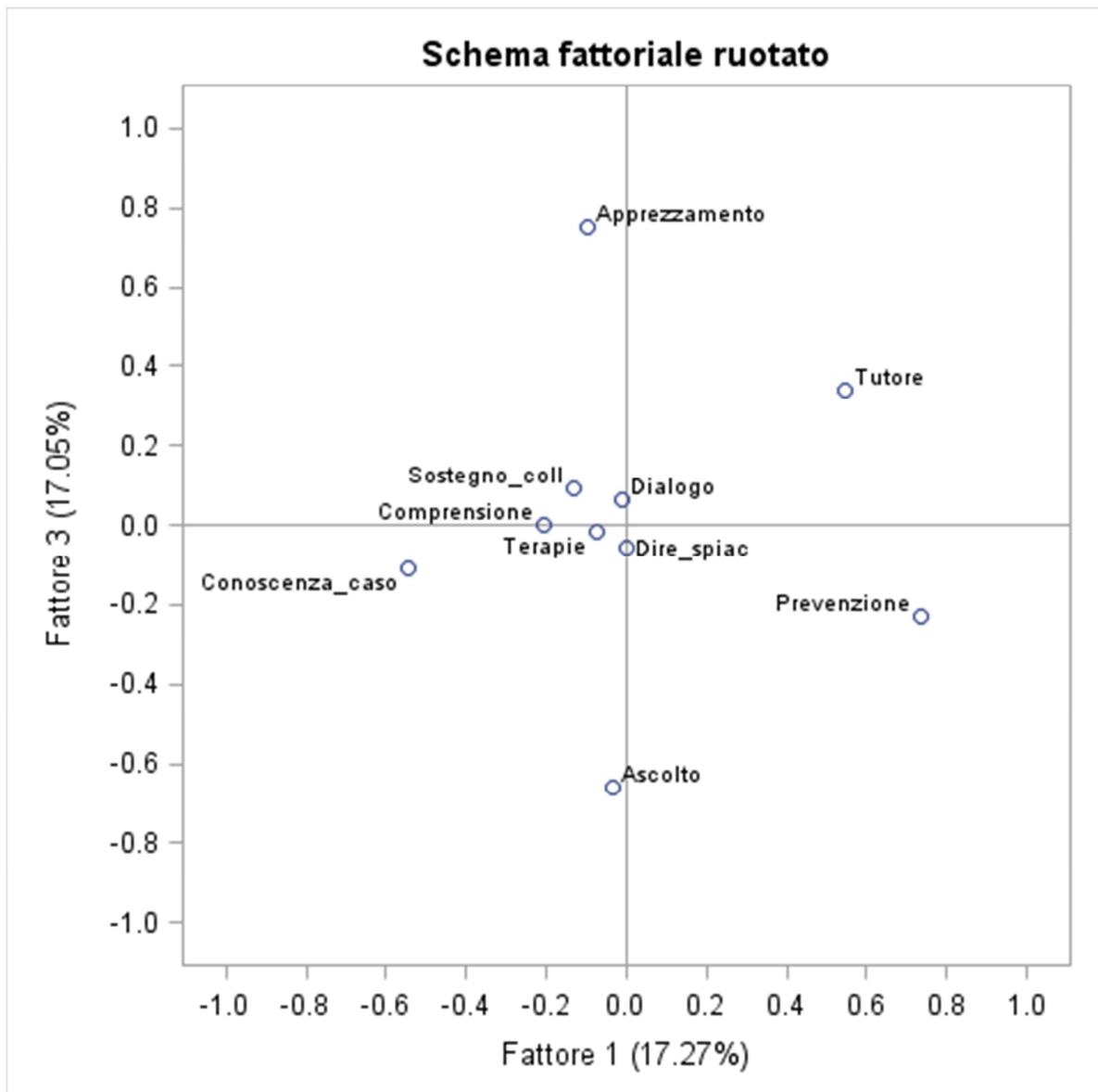


Grafico 4.3: Rappresentazione grafica dei pesi fattoriali ruotati riportati nella tabella 4.2: primo fattore in asse dell'ascisse, terzo fattore in asse dell'ordinate

Dal confronto tra il primo e il secondo fattore emerge poi, a conferma di quello già detto, che la comprensione del caso singolo può essere facilitata se si affianca ad una attività di collaborazione con i colleghi che difficilmente si integra con la comunicazione chiara verso il paziente ed i famigliari. Oppure, passando al terzo fattore, che è più facile sentirsi apprezzati dal paziente per ciò che si fa, che non invece riuscire ad ascoltare il paziente stesso.

Come vediamo quindi: il secondo ed il terzo fattore non contraddicono ciò che si è individuato nel primo, ma evidenziano solamente alcuni aspetti trascurati da esso, proprio per questo possiamo dedicarci esclusivamente allo studio del primo fattore come discriminante del paradigma del medico nei rapporti col paziente.

Per verificare se i risultati sopra descritti siano applicabili a tutti i medici, passiamo ad un'analisi di regressione che individui le caratteristiche dei medici che rispondono alla descrizione fatta dal nostro primo paradigma.

Costruiremo quindi una variabile, che useremo come variabile dipendente del modello, nella quale sono calcolati i punteggi fattoriali ottenuti da ogni unità statistica rispetto al primo fattore ottenuto nell'analisi fattoriale.

Abbiamo quindi scelto una serie di variabili predittive sulle quali applicare una selezione stepwise.

Le variabili prese in considerazione prima della selezione stepwise erano: il sesso, l'età (secondo le fasce presenti nel questionario), lo stato civile e l'eventuale stato di occupazione lavorativa del partner, il rapporto di lavoro prevalente e l'eventuale il tipo di contratto (a tempo determinato/ indeterminato), lo svolgere o meno attività intramoenia o extramoenia, l'eventuale ruolo dirigenziale ricoperto, il possedere o meno una specializzazione, il fatto che il medico lavori o meno nei fine settimana ed infine la frequenza con la quale segue corsi di aggiornamento.

Per la ricerca del miglior modello ottenuto, adottiamo il metodo di selezione stepwise, stabilendo come livello di significatività richiesto ad una variabile per entrare nel modello uno 0.12 e 0.05 per restare nel modello.

Le variabili selezionate, con i livelli di significatività stabiliti sono 4, ma l'unica significativa all'1%, oltre all'intercetta, è la variabile "Medico del territorio", mentre al 5% rimangono il genere e l'essere uno specializzando.

Il modello ottenuto ha valore dell' R^2 troppo piccolo (0.05) per essere preso in considerazione, tuttavia rimane pur sempre significativo dal punto di vista statistico, e ci suggerisce quelli che potrebbero essere gli aspetti che possono influenzare il modo di vivere il rapporto con il paziente.

Non vi è dubbio che il tipo di rapporto di lavoro prevalente influenzi anche il modo di vivere il rapporto col paziente: la dinamica di questo rapporto si rispecchia maggiormente con quello descritto in precedenza nell'analisi fattoriale per i medici del territorio e per gli specializzandi, in questo caso il contributo dato alla determinazione del punteggio fattoriale è positivo e quindi suggerisce una maggiore predisposizione del medico a ritenere se stesso come una sorta di tutore del paziente occupato soprattutto nell'evitarne lo stato di malattia.

Al contrario invece, possiamo vedere che tra tutti gli altri medici prevale una tendenza a opposta a quella dei territoriali (e degli specializzandi), che ricalca una figura del medico come “curatore” cioè maggiormente interessato all’identificare la malattia tramite una diagnosi per poi potere stabilire una terapia.

Variabile	Stima dei parametri	Errore standard	Valore F	Pr > F
Intercetta	-0.40362	0.02264	317.87	<.0001
Sesso (F vs M)	-0.07166	0.02946	5.92	0.0151
Medico del territorio vs Altro	0.26724	0.03204	69.56	<.0001
Specializzando vs Altro	0.11087	0.04800	5.33	0.0210

Tab. 4.3: Stima dei parametri delle variabili selezionate dal modello, con relativo livello di significatività, che studia le caratteristiche del medico del Veneto in relazione al punteggio fattoriale ottenuto nell’analisi sul paradigma comportamentale del medico nei rapporti col paziente.

4.2.) Paradigma professionale del medico del Veneto secondo il fattore di carriera indicato

Individuare quali sono i fattori della vita professionale del medico che più favoriscono la carriera è utile per comprendere da una parte se esistono aspetti del contesto lavorativo del medico stesso che ostacolano il progresso di carriera e, dall’altra per ricavare indirettamente le coordinate delle loro rappresentazioni mentale della professione medica.

Tra le varie opzioni sui fattori di carriera che il medico poteva scegliere dalla domanda posta nel nostro questionario, scegliendo la modalità altro si dava l’occasione al medico di poter specificare meglio il fattore che per lui è importante nella carriera professionale, non presente tra quelli proposti.

Analizzando le risposte date da coloro che hanno scelto, per l’appunto la modalità altro, abbiamo notato che molti dei medici hanno dato delle risposte che si riferivano a “Conoscenze politiche”, “Amicizie” e quant’altro si possa ricondurre a motivi di carriera non meritocratici: per questo motivo, estraendo questo genere di risposte dalla modalità altro, abbiamo creato una nuova modalità che definiremo da questo momento “Agganci”.

Fattori carriera	Competenza professionale	Lavoro all'estero	Studio all'estero	Esperienza lavorativa	Gruppi di lavoro	Formazione post specialità	Pubblicazioni	Riconoscimenti ottenuti	Agganci	Altro / mancante	Totale
Femmine	65.1	1.1	1.2	14.8	5.8	4.5	1.1	1.5	2.7	2.3	100
Maschi	63.8	1.2	0.9	15.7	5.3	4.6	1.0	0.8	4.7	2.0	100
Totale	64	1.2	0.9	15.6	5.7	4.6	1.0	1.2	3.9	1.8	100

Tab 4.4: Distribuzione percentuale dei medici del Veneto per sesso e fattore di carriera indicato

Dalla tabella 4.1 vediamo che tra i maschi e le femmine non ci sono differenze di giudizio riguardo i fattori di carriera: nel complesso il 64% dei medici intervistati, giudicano la competenza professionale l'elemento fondamentale per la carriera di un medico, seguono poi l'esperienza lavorativa e l'inserimento in gruppi di lavoro.

Il dato che più stupisce è invece quello riferito ai cosiddetti "agganci": in un certo senso il fattore "agganci" è ritenuto tanto importante quanto la formazione post specialità, e addirittura di gran lunga più importante dei riconoscimenti ottenuti, delle pubblicazioni fatte o dell'esperienze all'estero.

Ci sono però diverse caratteristiche socio demografiche dei medici sulle quali vogliamo confrontare le risposte date alla domanda sui fattori di carriera, per capire meglio il paradigma di medico del Veneto, per coglierne le differenze tra i medici.

Queste differenze vanno colte soprattutto nel tipo di rapporto di lavoro dei medici: i vari ambienti di lavoro richiedono infatti diverse credenziali e capacità.

Tra i medici universitari ad esempio le pubblicazioni (5.9%) hanno un peso maggiore rispetto le altre categorie di medico, ed i percorsi formativi sono molto importanti per i medici specialisti (11.3%).

La competenza professionale ha la maggiore preferenza tra i liberi professionisti, dove arriva al 72.5% rispetto ad una preferenza del totale dei medici rilevati del 64%. L'esperienza lavorativa conta molto più tra i medici di medicina generale (20.4%) che tra gli specialisti ambulatoriali (8.8%).

Ritornando poi agli "agganci", che nella popolazione campione totale aveva una percentuale di preferenze del 3.9%, considerando adesso le singole professionalità mediche vediamo che sale al 5.9% tra i medici universitari e all'8.4% nei medici ospedalieri.

Fattori carriera	Competenza	Esperienza estero	Esperienza lavorativa	Gruppi di lavoro	Percorsi formativi	Pubblicazioni	Riconoscimenti ottenuti	Agganci	Altro	Totale
Libero professionista	72.5	1.8	14.7	4.5	3.0	0.3	0.6	1.8	0.9	100
Universitario	57.4	4.4	11.8	5.9	5.9	5.9	1.5	5.9	1.5	100
Medicina generale	60.1	0.5	20.4	10.1	4.6	0.5	1.1	1.6	1.1	100
Specialista ambulatoriale	62.5	1.3	8.8	7.5	11.3	0.0	1.3	5	2.5	100
Ospedaliero	61.1	3.1	12.5	4.1	4.8	0.7	2.2	8.4	3.1	100
Specializzando	65.6	3.8	19.4	1.9	3.1	3.1	0.6	1.3	1.3	100
Totale	64	2.1	15.6	5.7	4.6	1	1.2	3.9	1.8	100

Tab 4.5: Distribuzione percentuale dei medici del Veneto per tipo di lavoro prevalente e fattore di carriera indicato

Una categoria interessante per in questo confronto è quella dei medici specializzandi: questi, proprio perché non sono “veterani” della professione medica e non ancora pienamente inseriti nei meccanismi di questa realtà, possono suggerirci attraverso le loro scelte, come si idealizza la professione rispetto a quello che è poi veramente.

Gli specializzandi risultano essere secondi solamente ai medici di medicina generale nell’indicare l’esperienza lavorativa come importante fattore di carriera.

Si nota quanto gli specializzandi sottovalutino l’importanza del lavoro di equipe (1.9%) ed infine come, oserei dire ingenuamente, siano tra coloro che meno (1.3%) , rispetto alle altre categorie di medici, giudicano gli “Agganci” un fattore necessario per la carriera.

4.2.2) Analisi di segmentazione per lo studio delle variabili che influenzano i medici del Veneto nella scelta dei fattori di carriera ritenuti più importanti

Nel seguito si riporta l’analisi di segmentazione per fattori di carriera indicati, presentando innanzitutto la tabella 4.4 che riporta una serie di informazioni socio-demografiche in relazione al fattore di carriera scelto dai medici.

Per una più chiara lettura degli output forniti, accorpamo le 2 modalità “esperienza di lavoro all’estero” ed “esperienza di studio all’estero” in unica modalità che denominata

”Esperienza Estero”, un altro accorpamento che riteniamo possibile e quello delle due modalità “Pubblicazioni” e “Riconoscimenti ottenuti”, che avendo un numerosità molto bassa (rispettivamente pari al 1% e all’1.2% del totale dei medici del Veneto intervistati) nella modalità “Pubblicazioni e riconoscimenti”, infine presentiamo anche la variabile “Agganci” dopo averla estratta dalla modalità “Altro”.

Le variabili selezionate per l’analisi di segmentazione, oltre al sesso e al tipo di lavoro prevalente che abbiamo già commentato in precedenza, sono:

- **Ruolo svolto:** Variabile che indica se il medico ricopre un ruolo di responsabilità all’interno dell’azienda ospedaliera;
- **Attività intramoenia ed extramoenia:** sono state create due variabili dicotomiche distinte per rilevare se il medico svolge l’attività intra od extramoenia oppure no;
- **Aggiornamento:** la variabile dicotomica “Aggio” rileva se il medico segue, in maniera saltuaria o costante, dei corsi di aggiornamento (“Aggio”=1); oppure no;
- **Area di specializzazione:** Variabile categoriale che indica se il medico ha conseguito una specializzazione in area medica, in area chirurgica, in altre aree, non ha conseguito nessuna specializzazione, o se è ancora specializzando.

Dopo aver mostrato le distribuzioni percentuali per sesso (Tab. 4.4) e per tipo di lavoro prevalente (Tab. 4.5), nella Tab. 4.6 mostriamo le distribuzioni percentuali tra le altre variabili considerate per l'analisi di segmentazione ed i fattori di carriera:

Caratteristiche socio demografiche rilevate	FATTORI CARRIERA									
	Numerosità	Competenza	Esperienza estero	Esperienza lavorativa	Gruppi di lavoro	Percorsi formativi	Publicazioni e riconoscimenti	Agganci	Altro	Totale
Età										
Fino a 34 anni	314	66.9	2.2	18.5	3.5	4.1	2.5	1.0	1.3	100
Da 35 a 59 anni	955	62.9	2.1	14.9	6.3	4.8	2.3	4.7	2.0	100
60 e più	175	64.6	2.3	14.3	6.3	4.0	1.7	5.1	1.7	100
Aree										
Area medica	519	64.4	1.9	13.1	6.2	5.2	1.7	5.6	1.9	100
Area chirurgica	192	60.9	2.6	15.1	3.6	7.3	2.1	5.7	2.6	100
Altre specializzazioni ed odontoiatria	260	65.0	2.7	13.8	6.2	3.1	3.1	4.6	1.5	100
Nessuna specializzazione	313	63.6	1.0	19.5	7.7	3.8	1.9	1.0	1.6	100
Specializzandi	160	65.6	3.8	19.4	1.9	3.1	3.8	1.3	1.3	100
Ruoli dirigenziali										
Direttore di struttura complessa / dipartimento	59	55.9	1.7	18.6	6.8	8.5	1.7	5.1	1.7	100
Direttore di struttura semplice	101	71.3	3.0	7.9	3.0	3.0	2.0	7.9	2.0	100
Dirigente medico	363	60.3	3.6	12.4	4.1	5.2	3.3	7.7	3.3	100
Nessuno di questi	921	65.1	1.5	17.5	6.5	4.2	2.0	2.0	1.2	100
Attività intra/extra moenia										
Extramoenia	71	66.2	4.2	12.7	7.0	4.2	0.0	4.2	1.4	100
Intramoenia	302	63.6	2.6	10.9	4.0	5.6	4.0	7.3	2.0	100
Aggiornamento										
Si	1302	64.7	2.2	14.9	5.9	4.8	2.3	3.7	1.5	100
No	142	57.7	1.4	21.8	3.5	2.1	2.1	6.3	4.9	100
Intero campione	1444	64.0	2.1	15.6	5.7	4.6	2.3	3.9	1.8	100

Tab. 4.6: Distribuzione percentuale dei medici del Veneto, secondo il fattore di carriera indicato, per varie caratteristiche demografiche e professionali.

Dalla tabella 4.6 non risultano indicazioni per l'individuazione di caratteristiche distintive dei medici per i fattori di carriera ideali: c'è da dire che comunque prevale la risposta "Competenze professionali" che si mantiene, per tutte le variabili studiate, sul 60% di intensità d'indicazione, tranne che per qualche caso dove supera di parecchio questa soglia (71.3% per i medici direttori di struttura semplice) e in altri dove è molto più bassa (55.9% tra i direttori di struttura complessa/dipartimento).

Per il resto: per quanto riguarda l'esperienza all'estero, i gruppi di lavoro, i percorsi formativi, le pubblicazioni ed i riconoscimenti, le oscillazioni sono meno elevate. Infine la variabile "agganci" è bassa tra i medici fino ai 34 anni/specializzandi (1% e 1.3%), e cresce con discreta regolarità con l'età. Inoltre è molto alta secondo il parere dei direttori di struttura semplice ed i dirigenti medici (7.9% e 7.7%).

L'altra variabile che potrebbe caratterizzare una particolare fascia di medici è quella che crede che il motivo di carriera fondamentale sia l'esperienza lavorativa: i medici senza specializzazione/specializzandi, i medici più giovani e coloro che non si aggiornano individuano, maggiormente rispetto agli altri, questo elemento come un fattore importante per la carriera, mentre i dirigenti di struttura semplice tendono a non considerarla come un fattore importante.

La scelta prevalente rimane dunque la competenza professionale che, nel totale, ha una percentuale di preferenze del 60%. Essendo questa porzione molto alta sarà difficile individuare ciò che discrimina le caratteristiche degli altri gruppi di scelta attraverso l'analisi di segmentazione.

Decidiamo quindi di effettuare una analisi di segmentazione⁵ nella quale distingueremo tra i medici che indicano la competenza professionale come il fattore basilare della carriera, e tra i medici che invece hanno fatto una scelta diversa (il restante 40% del campione dei medici del Veneto) ottenendo quindi una variabile dipendente dicotomica sulla quale effettuare una la segmentazione.

Attraverso la segmentazione possiamo tracciare dei particolari grafi, cioè i "diagrammi ad albero" o "alberi di classificazione" che consentono di identificare facilmente i gruppi più omogenei in riferimento alla variabile oggetto di studio, nel

⁵ Gli algoritmi di segmentazione servono ad individuare dei sottoinsiemi della popolazione di partenza (nodi) che siano il più possibile omogenei al loro interno rispetto alla variabile risposta nota (Fabbris,1997).

nostro caso appunto la competenza professionale come base della carriera del medico.

Come variabili esplicative abbiamo selezionato quelle variabili, demografico sociali, che abbiamo ritenuto essere più influenti al fine di delineare la figura tipica del medico secondo l'aspetto della professione medica percepito come maggiormente importante per la carriera, le analisi descrittive preliminari che abbiamo mostrato sopra ci hanno anche aiutato ad selezionare le variabili più importanti.

Per definire quindi la migliore segmentazione, fra tutte quelle possibili, basta osservare quale di queste risponde meglio al criterio di omogeneità interna dei gruppi generati: la situazione ideale si verifica quando una modalità riferita ad una determinata variabile si concentra esclusivamente in un unico nodo tra quelli formati.

Come criterio con cui effettuare di costruzione dell'albero siamo giunti, dopo svariati tentativi, alla migliore segmentazione che ci dà un rischi di classificazione errata pari al 36% utilizzando la funzione criterio per la segmentazione che utilizza la riduzione dell'entropia interna ai gruppi di unità.

Per una maggiore semplificazione degli output ottenuti abbiamo diviso la variabile età in tre classi: fino ai 39 anni (Età=0), tra i 40 ed i 59 (Età=1) e dai 60 in poi (Età=2).

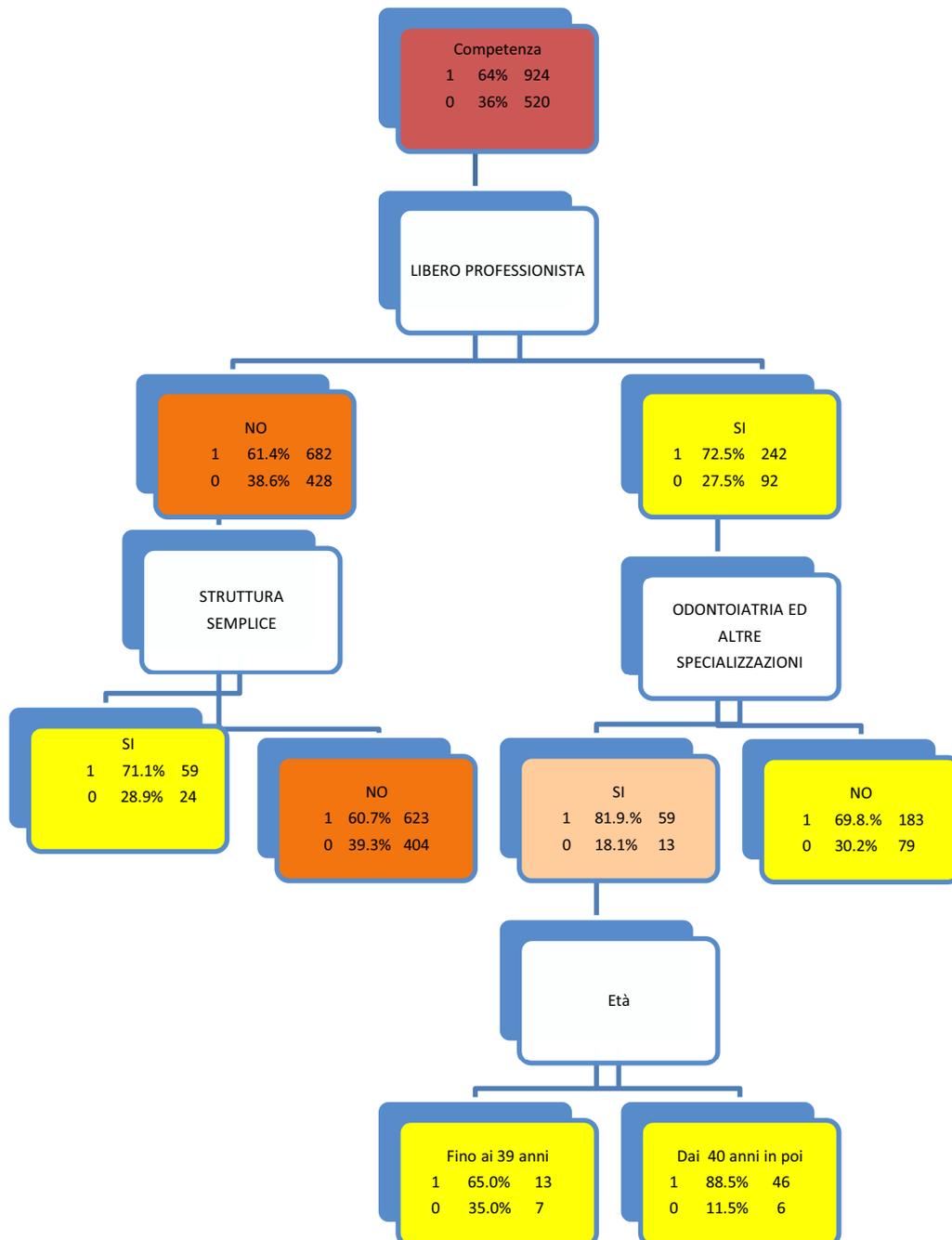
Abbiamo invece deciso di dicotomizzare tutte le altre variabili, poiché una segmentazione binaria sarà sicuramente di più facile interpretazione.

L'albero di segmentazione ottenuto ci mostra come la competenza professionale sia considerata un fattore importante per la carriera in particolare per due categorie di medico.

- *Medici liberi professionisti*: Tra questi medici la percentuale di medici che hanno indicato la competenza professionale come fattore di carriera è del 72.5%, cioè l'8.5% in più rispetto al totale del nostro campione di medici. Tra questi poi sono soprattutto i medici odontoiatri, già avviati nella professione (dai 40 anni in poi), a credere nell'importanza della competenza professionale per il fattore di carriera;
- *Medici dirigenti direttori di struttura semplice*: Questi medici, ritengono per il 71.1% che la competenza professionale sia un fattore particolarmente importante per la carriera.

Provando a costruire l'albero per il fattore dell'esperienza professionale, non si evidenziano caratteristiche particolari oltre all'essere medici del territorio.

**GRAFICO 4.4 ALBERO DI SEGMENTAZIONE DEI MEDICI DEL VENETO SECONDO LA SCELTA
DEL FATTORE DI CARRIERA FATTA
(COMPETENZA PROFESSIONALE=1, ALTRO FATTORE=0)**



4.3) Paradigma professionale de medico del Veneto secondo la gestione dell'uso del tempo lavorativo

Osservando l'attività professionale del medico si possono distinguere quattro attività fondamentali che egli svolge durante il suo orario di lavoro: l'attività clinica, l'attività relazionale, l'attività amministrativa e quella organizzativo-gestionale.

Queste attività non gravano allo stesso modo sul tempo di lavoro per tutte le categorie di medico: come abbiamo già visto nella differenza tra i medici territoriali e gli ospedalieri, per esempio, i primi sembravano maggiormente concentrati sull'attività relazionale, mentre i medici ospedalieri erano più occupati dall'attività amministrativa e da quella gestionale (Tab. 3.28).

Ci interessa adesso continuare ad indagare più nello specifico la priorità che assume una determinata attività, tra quelle elencate, in relazione a diverse caratteristiche socio-demografiche: dal sesso all'età e allo stato civile, dal rapporto di lavoro prevalente al tipo di specializzazione.

Il metodo adottato per confrontare il tempo dedicato alle 4 attività è quello basato sull'allocazione di un budget di 100 punti con successiva costruzione di una matrice di preferenze per poi passare all'individuazione dell'autovettore principale ed infine al calcolo dei pesi a somma 1 per la definizione della graduatoria (come descritto nel cap. 3, par. 2.2).

Innanzitutto costruiamo la graduatoria delle attività svolte durante l'esercizio della professione da tutti i medici del Veneto appartenenti al nostro campione (Tab. 4.7):

Attività clinica	41.8
Attività relazionale	24.1
Attività amministrativa	17.8
Attività gestionale	16.3

Tab. 4.7: Principali attività svolte durante l'orario di lavoro, dai medici del Veneto intervistati, secondo l'assegnazione di un budget di 100 punti

Tra tutti i medici intervistati, l'attività che prevale è quella clinica, segue l'attività relazionale ed infine, a breve distanza l'una dall'altra, quella amministrativa e la gestionale.

Sebbene questa graduatoria sia fin troppo generica ed acerba per poter parlare di un paradigma professionale del medico del Veneto riguardo l'uso del tempo di lavoro, possiamo comunque dire che emergono informazioni importanti su questa figura, e del suo approccio alla professione, che sembrano essere in accordo anche con i risultati ottenuti precedentemente in questo capitolo: alla priorità dell'attività clinica, si può dire infatti, che in qualche modo corrisponda un'esigenza di competenza professionale come fattore di carriera, che era stata indicata da più del 60% dei medici; segue poi il rapporto col paziente e la capacità di interagire con esso che molto dipende invece dall'esperienza, secondo tra i fattori di carriera indicati.

Nella tabella 4.8 si incrociano 4 categorie di attività lavorative principali del medico, come già visto nella tabella 4.7, tenendo conto stavolta dei diversi aspetti anagrafici e professionali che caratterizzano un medico da un altro.

	Campione	Clinica	Relazionale	Amministrativa	Gestionale	Totale
Sesso						
Femmine	602	41.9	25.1	16.4	16.6	100
Maschi	738	41.9	23.3	18.9	16.0	100
Età						
Fino a 34 anni	287	43.0	22.9	17.2	16.9	100
Tra 35 e 44 anni	224	42.1	23.2	18.3	16.4	100
Tra 45 e 59 anni	670	40.4	25.2	18.5	16.0	100
60 anni e più	159	46.3	22.9	14.7	16.1	100
Stato civile						
Celibe/Nubile	274	43.3	23.5	17.7	15.4	100
Coniugato/a convivente	961	41.6	24.1	18.0	16.3	100
Separato/a	92	39.7	25.3	16.7	18.3	100
Numero figli						
0	507	28.3	23.7	23.2	24.8	100
1	272	34.7	25.5	17.9	21.9	100
2	400	41.3	24.4	17.4	17.0	100
3 o più	161	58.3	21.3	11.0	9.4	100
Lavoro prevalente						
Libero professionista	308	46.9	23.1	14.1	15.9	100
Ospedaliero	419	41.8	22.7	16.7	18.9	100
Territorio	145	39.5	27.2	21.4	11.9	100
Specializzando	420	41.8	22.0	17.7	18.4	100
Aree di specializzazione						
Area medica	484	42.2	24.5	18.5	14.8	100
Area chirurgica	180	44.4	22.4	17.1	16.0	100
Area diagnostica e dei servizi	132	44.5	24.4	15.2	16.0	100
Area di sanità pubblica	59	27.1	26.4	20.0	26.5	100
Altre specializzazioni / Odontoiatria	58	43.0	22.3	14.3	20.4	100
Nessuna specializzazione	427	42.4	24.0	18.0	15.7	100
Tipo contratto						
Nessun contratto	705	42.4	25.2	18.5	13.9	100
A tempo indeterminato	495	41.7	23.2	16.6	18.5	100
A tempo determinato	140	40.7	21.7	17.8	19.7	100
Ruolo dirigenziale						
Direttore di struttura complessa/dipartimento	55	38.2	17.6	14.1	30.1	100
Direttore di struttura semplice	94	42.5	21.5	13.5	22.5	100
Dirigente medico	338	43.9	23.4	16.8	15.9	100
Nessun ruolo	853	41.6	25.0	18.7	14.7	100
Attività						
Extramoenia	66	43.0	22.7	12.6	21.7	100
Intramoenia	285	44.3	22.3	16.1	17.3	100
Nessun ruolo	989	41.2	24.7	18.5	15.6	100
Totale	1340	41.8	24.1	17.8	16.3	100

Tab. 4.8: Principali attività svolte durante l'orario di lavoro dai medici del Veneto intervistati, secondo diverse caratteristiche sociodemografiche

Escludendo gli specializzati nell'area di sanità pubblica ed i medici senza nessun figlio, l'attività clinica rimane di gran lunga quella che occupa il tempo del medico del Veneto, quali che siano le sue caratteristiche socio-demografiche.

Fra tutte le caratteristiche prese in considerazione, quelle dove l'esercizio dell'attività clinica è particolarmente alto sono: come aspetti anagrafici l'età uguale o maggiore di 60 anni, i celibi/nubili ed i medici con 3 o più figli. Sotto il profilo professionale risaltano invece, nell'attività clinica, i medici che svolgono attività intramoenia o extramoenia, i dirigenti medici, ed i medici con specializzazione in area chirurgica o diagnostica.

Sebbene sempre al primo posto, l'attività clinica ha un'intensità minore (valori sotto il primo quartile pari a 41.2%) per i medici separati, per i medici tra i 45 ed i 59 anni e per i medici con un figlio, sotto il profilo personale e anagrafico e, considerando le caratteristiche professionali, per i medici del territorio, per i medici direttori di struttura complessa/dipartimento e per quelli con contratto a tempo indeterminato.

L'attività relazionale è solitamente al secondo posto delle classifiche costruite sulle diverse caratteristiche dei medici con un valore del 24.1% nella graduatoria generale: solamente per i medici senza figli e per i medici di struttura semplice e complessa/dipartimento è l'attività gestionale a collocarsi al secondo posto; mentre quella relazionale diventa la terza più svolta. L'intensità dell'attività relazionale è comunque alta (maggiore o uguale al terzo quartile, di tale attività, pari al 24.7%), oltre che per i medici del territorio, anche per i medici senza contratto e ruolo, e per coloro che non svolgono alcuna attività intramoenia o extramoenia; si trova al di sotto del primo quartile (23.4%), per esempio, per i dirigenti medici di alto livello, tra i chirurghi e gli odontoiatri, per gli specializzandi o per i medici ospedalieri.

Infine le attività amministrativa e gestionale: l'attività amministrativa è la terza più praticata per i medici di sesso maschile, per quelli con un'età fino ad i 59 anni, per i celibi e le nubili, per i coniugati/conviventi, per coloro che hanno 2 o più figli; dal punto di vista professionale invece abbiamo i medici del territorio, i medici con specializzazione in area medica o chirurgica, i dirigenti medici semplici e quelli con nessun ruolo dirigenziale e, infine, quelli che non svolgono nessuna attività intra o extramoenia.

All'attività gestionale dedicano più tempo (valori superiori al terzo quartile, 18.9%) soprattutto i medici che non hanno figli o che al massimo ne hanno 1, i direttori di struttura (semplice e complessa) o di dipartimento e i medici che praticano attività extramoenia. Tra i medici che invece hanno un'attività gestionale con valori particolarmente più bassi del

primo quartile (16.4%), abbiamo i medici celibi/nubili, i medici con 3 o più figli, i medici del territorio, e ancora i medici con specializzazione in area medica o senza specializzazione e coloro che non hanno un contratto e che non ricoprono nessun ruolo.

4.3.1) Analisi di regressione logistica delle attività svolte durante l'orario di lavoro

E' necessario riuscire a capire esattamente quale relazione intercorre tra la maggiore o minore intensità nello svolgimento di una determinata attività durante l'orario di lavoro e le variabili socio demografiche osservate.

Per far questo si è deciso di costruire diversi modelli di regressione logistica, uno per ognuna delle attività che interessano il lavoro del medico: l'obiettivo è quello di riuscire ad osservare l'eventuale dipendenza tra la maggiore propensione a svolgere una certa attività durante l'orario di lavoro, rispetto alla intensità media osservata nel campione dei medici, e le diverse variabili socio demografiche.

Per la costruzione delle variabili dipendenti da usare nel nostro modello è bastato osservare i punteggi ottenuti dalla attività clinica, relazionale, amministrativa e gestionale nel calcolo della gerarchia generale di queste quattro attività sull'orario di lavoro del medico, e confrontarli con i punteggi assegnati da ogni singolo medico a tali attività.

Sul totale del campione dei medici del Veneto, l'attività clinica ha un peso pari al 41.8% sul loro lavoro quotidiano: consideriamo allora l'influenza di questa attività sul lavoro del singolo medico, quando egli assegna a tale attività un punteggio maggiore di 41; in questo caso l'evento osservato dalla variabile dipendente, cioè la maggiore influenza dell'attività clinica, sarà positivo e quindi uguale ad 1, mentre sarà uguale a 0 altrimenti.

Per l'attività relazionale, gestionale e amministrativa invece, vista la considerevole importanza della attività clinica nel lavoro del medico, anche rispetto alle singole variabili osservare nella tabella 4.8, nello stabilire la maggiore intensità di queste attività rispetto alla media sul lavoro del singolo medico si procede in maniera diversa. Calcoliamo prima la distanza tra l'attività clinica e l'attività relazionale, amministrativa o gestionale, nei punteggi fattoriali normalizzati di tutto il campione: in seguito osserviamo se tale distanza è maggiore o minore della distanza tra il punteggio generale dell'attività clinica ed i punteggi assegnati dai singoli medici alla attività relazionale, gestionale o amministrativa. Quando tale distanza sarà maggiore allora l'evento della variabile dipendente osservata sarà uguale ad 1, 0 altrimenti.

Attività	Punteggi fattoriali normalizzati (n=1340)	Distanza tra i punteggi generali dell'attività clinica e delle altre attività	Frequenza assoluta dei punteggi, per singolo medico, con distanza minore da quella media (n=1340)	Frequenze relative (n=1340)
Attività clinica	41.8	0	809	60.4
Attività relazionale	24.1	17.7	478	35.8
Attività amministrativa	17.8	24	446	33.3
Attività gestionale	16.3	25.5	485	36.2

Tab 4.9: Tabella delle distanze tra i punteggi fattoriali generali normalizzati delle 4 attività lavorative dal punteggio generale normalizzato dell'attività clinica, e frequenze (assolute e relative) dei medici con distanza tra budget assegnato e punteggio fattoriale normalizzato generale dell'attività clinica minore rispetto alla distanza calcolata con i punteggi generali normalizzati; per attività lavorativa.

Come variabili esplicative sono state scelte inizialmente tutte le variabili presenti nella tabella 4.8, le variabili che incidono maggiormente sulla intensità della singola attività lavorativa osservata, sono state poi selezionate attraverso un processo di selezione stepwise.

-Caratteristiche dei medici maggiormente occupati nell'attività clinica

Dopo un'analisi logistica con selezione stepwise, le variabili che determinano un maggiore impegno nell'attività clinica da parte del medico sono quelle mostrate nella Tab. 4.10:

le variabili entrate nel modello risultano essere, esclusa quella riguardante l'età, variabili inerenti all'aspetto professionale del medico: l'area di specializzazione, il tipo di lavoro prevalente, il ruoli dirigenziali svolti all'interno dell'ambiente ospedaliero ed il tipo di contratto.

Parametro	DF	Pr > ChiSq
Età	3	0.0273
Aree di specializzazione	6	0.0002
Lavoro prevalente	3	<.0001
Rapporto di lavoro	3	0.0009
Contratto Indeterminato	1	0.0045

Tab. 4.10: Significatività delle variabili esplicative nel loro complesso, facenti parte del modello di regressione logistica che spiega la maggiore (modalità osservata) o minore propensione allo svolgimento dell'attività clinica .

Nello specifico, attraverso la stima degli odds ratio, possiamo confrontare direttamente le diverse modalità delle variabili appartenenti al modello costruito, per capire il “rischio” diverso che il medico ha di svolgere una maggiore attività clinica quando ad questo si affiancano determinate caratteristiche professionali anzi che altre.

	Odds ratio	Pr > ChiSq
Medici fino ai 34 anni vs medici oltre i 59 anni	0.810	0.4792
Medici tra i 35 ed i 44 anni vs medici oltre i 59 anni	0.504	0.0102
Medici tra i 45 ed i 59 anni vs medici oltre i 59 anni	0.599	0.0178
Aree: Altre specializzazioni vs Area medica e delle specialità mediche	0.609	0.2417
Aree: Area chirurgica e delle specialità chirurgiche vs Area medica e delle specialità mediche	1.180	0.4203
Aree: Area della medicina diagnostica e dei servizi vs Area medica e delle specialità mediche	1.373	0.1802
Aree: Area di sanità pubblica vs Area medica e delle specialità mediche	0.215	<.0001
Aree: Nessuna specializzazione vs Area medica e delle specialità mediche	0.944	0.7507
Aree: Odontoiatria vs Area medica e delle specialità mediche	1.937	0.1816
Rapporto prevalente: Libero professionista vs Ospedaliero	5.714	<.0001
Rapporto prevalente: Specializzando vs Ospedaliero	1.830	0.1545
Rapporto prevalente: Territoriale vs Ospedaliero	0.817	0.5493
Ruoli Direttore di Struttura Complessa vs Nessuno di questi	0.576	0.1939
Ruoli Direttore di Struttura Semplice vs Nessuno di questi	1.280	0.4867
Ruoli Dirigente Medico vs Nessuno di questi	2.071	0.0204
indeterminato 0 vs 1	0.496	0.0045

Tab 4.11: Confronti tra le modalità delle variabili osservate con le modalità di riferimento di queste variabili, con rispettivi valori dell' Odds ratio e del livello di significatività osservato nel modello costruito sulla propensione all'attività clinica

A conferma di quanto già visto nella tabella 4.8, dalle stime degli odds ratio vediamo come vi è una differenza significativa tra i medici oltre i 60 anni per i quali, rispetto ai colleghi tra i 35 ed i 59 anni, l'attività clinica occupa un ruolo particolarmente importante nel loro lavoro di medici. I medici che hanno una specializzazione appartenente all'area di sanità pubblica, non sembrano particolarmente oberati dall'impegno clinico e, la probabilità che l'impegno nell'area clinica sia superiore alla media osservata tra tutti i medici intervistati, è più bassa rispetto al rischio dei medici specializzati in area medica, che abbiamo fissato come specializzazione di riferimento. Risultati importanti sono quelli che riguardano il tipo di rapporto di lavoro prevalente: gli ospedalieri e medici del territorio sembrano dedicarsi in egual misura all'attività clinica, mentre tra i liberi professionisti, il "rischio" di dedicare più tempo, rispetto a quello speso dagli altri medici, all'attività clinica, è quasi 6 volte superiore che ai medici ospedalieri. Possiamo aggiungere che coloro che hanno un impiego lavorativo più sicuro con maggiore probabilità si dedicano più costantemente all'attività clinica: è il caso dei dirigenti medici, cioè tutti i medici assunti in strutture ospedaliere, con contratto a tempo indeterminato.

--Caratteristiche dei medici maggiormente occupati nell'attività relazionale

Nel caso dell'attività relazionale aumentano le variabili che coinvolgono aspetti della vita personale, e si ridimensionano quelle che si riferiscono alla sfera professionale.

Le variabili selezionate sono quindi: il sesso del medico, il suo stato civile, l'area di specializzazione ed il tipo di lavoro prevalente.

Parametro	DF	Pr > ChiSq
Sesso	1	0.0001
Stato civile	2	0.0347
Aree di specializzazione	6	0.0104
Lavoro prevalente	3	<.0001

Tab. 4.12: Significatività delle variabili esplicative nel loro complesso, facenti parte del modello di regressione logistica che spiega la maggiore (modalità osservata) o minore propensione allo svolgimento dell'attività relazionale.

	Odds ratio	Pr > ChiSq
Sesso: Maschi vs femmine	0.609	0.0001
Stato civile: Coniugato/a, convivente vs Celibe/nubile	1.027	0.8757
Stato civile: Separato/a, divorziato/a ,(Vedovo/a) vs Celibe/nubile	1.829	0.0229
Aree : Altre specializzazioni vs Area medica e delle specialità mediche	2.113	0.0679
Aree : Area chirurgica e delle specialità chirurgiche vs Area medica e delle specialità mediche	0.789	0.2490
Aree Area della medicina diagnostica e dei servizi vs Area medica e delle specialità mediche	0.715	0.1596
Aree: Area di sanità pubblica vs Area medica e delle specialità mediche	2.221	0.0168
Aree: No vs Area medica e delle specialità mediche	0.893	0.5101
Aree: Odontoiatria vs Area medica e delle specialità mediche	0.512	0.1191
Rapporto prevalente: Libero professionista vs Ospedaliero	1.477	0.0385
Rapporto prevalente: Specializzando vs Ospedaliero	1.258	0.3977
Rapporto prevalente: Territoriale vs Ospedaliero	3.849	<.0001

Tab 4.13: Confronti tra le modalità delle variabili osservate con le modalità di riferimento di queste variabili, con rispettivi valori dell' Odds ratio e del livello di significatività osservato nel modello costruito sulla propensione all' attività relazionale

La prima differenza, sicuramente la più prevedibile, è il maggiore impegno delle donne medico nell'attività relazionale; per quanto riguarda lo stato civile, tra i medici che in qualche modo hanno concluso una relazione, e si ritrovano nuovamente a non avere particolari vincoli affettivi, il "rischio" ad una maggiore cura dell'attività relazionale raddoppia rispetto a quello dei medici celibi/nubili o coniugati/conviventi.

Tra le diverse specializzazioni, una maggiore propensione alla cura dell'aspetto relazionale si individua nei medici di sanità pubblica (il rapporto di quote con i medici con specializzazione in area medica è par a 2.22).

Al di fuori delle strutture ospedaliere poi, l'attenzione alla persona del paziente sembra essere decisamente maggiore: sia i medici liberi professionisti che i medici del territorio infatti, con probabilità maggiore dei colleghi ospedalieri si dedicano all'attività relazionale con particolare impegno.

-Caratteristiche dei medici maggiormente occupati nell'attività gestionale

L'attività gestionale dipende soprattutto dal ruolo di responsabilità che il medico ricopre nel proprio ambiente di lavoro: osservando le variabili che sono state giudicate rilevanti, tra coloro i quali, più degli altri, si occupano di tale attività, si nota subito che tutte queste variabili riguardano aspetti professionali .

Parametro	DF	Pr > ChiSq
Aree	6	0.0274
Lavoro prevalente	3	<.0001
Ruolo svolto	3	<.0001
Tipo contratto	2	0.0972
Extramoenia	1	0.0555
Intramoenia	1	0.0760

Tab. 4.14: Significatività delle variabili esplicative nel loro complesso, facenti parte del modello di regressione logistica che spiega la maggiore (modalità osservata) o minore propensione allo svolgimento dell'attività gestionale.

Il maggiore impegno nell'attività gestionale, oltre che dall'area di specializzazione, o dal tipo di lavoro prevalente, conta soprattutto per tipo di ruolo dirigenziale svolto.

Il fatto che variabili anagrafiche, come il sesso , non siano entrate nel modello può significare che, tra coloro che però riescono ad entrare a far parte dell'ambiente dirigenziale, maschi e femmine, la distribuzione delle responsabilità (che in questo caso coincidono con un maggiore impegno nell'attività dirigenziale rispetto alla media dei medici) non cambia a seconda il sesso.

	Odds ratio	Pr > ChiSq
Aree: Altre specializzazioni vs Area medica e delle specialità mediche	1.940	0.1126
Aree: Area chirurgica e delle specialità chirurgiche vs Area medica e delle specialità mediche	1.143	0.5187
Aree: Area della medicina diagnostica e dei servizi vs Area medica e delle specialità mediche	1.008	0.9722
Aree: Area di sanità pubblica vs Area medica e delle specialità mediche	3.265	0.0005
Aree: Nessuna specializzazione vs Area medica e delle specialità mediche	1.173	0.3851
Aree: Odontoiatria vs Area medica e delle specialità mediche	1.083	0.8507
Lavoro prevalente: Libero professionista vs Ospedaliero	0.274	0.0004
Lavoro prevalente: Specializzando vs Ospedaliero	0.654	0.3008
Lavoro prevalente: Territorio vs Ospedaliero	0.437	0.0179
Ruolo svolto: Direttore di Struttura Complessa/Dipartimento vs Nessuno ruolo	11.449	<.0001
Ruolo svolto: Direttore di Struttura Semplice vs Nessuno ruolo	1.482	0.2452
Ruolo svolto: Dirigente Medico vs Nessuno ruolo	0.580	0.0806
Tipo contratto: Indeterminato vs Determinato	0.525	0.0339
Tipo contratto: Nessun contratto vs Determinato	0.731	0.1567
Extramoenia 0 vs 1	0.573	0.0555
Intramoenia 0 vs 1	1.460	0.0760

Tab 4.15: Confronti tra le modalità delle variabili osservate con le modalità di riferimento di queste variabili, con rispettivi valori dell' Odds ratio e del livello di significatività osservato nel modello costruito sulla propensione all' attività gestionale

Dalla stima degli Odds ratio, si vede perfettamente che il contributo del ruolo dirigenziale svolto, rappresentato dall'aumento dell'attività gestionale è notevole, e il rischio che un medico sia più impegnato nell'attività dirigenziale rispetto agli altri medici aumenta più di 10 volte, quando questo è un dirigente di struttura complessa anziché essere un medico che non svolge nessun tipo di ruolo.

I medici ospedalieri, sono i più impegnati in questa attività e, tra gli specializzati, quelli di aree di sanità pubblica. Più incerti sono gli effetti delle altre variabili esplicative sull'attività gestionale: il tipo di contratto e il praticare o meno l'attività intra/extramoenia, sebbene siano entrate nel modello, non sono così chiaramente determinanti per la maggiore pratica dell'attività gestionale (inoltre per l'attività intramoenia ed extramoenia il valore degli Odds ratio non risulta neanche essere significativo). In qualche modo, sembra che medici con una condizione di lavoro meno stabile, cioè quelli con un contratto di lavoro a tempo

determinato e con rapporti occasionali con la struttura ospedaliera, svolgono una attività dirigenziale in maniera più intensa del resto dei medici: questo potrebbe essere spiegato dal fatto che coloro che ricoprono incarichi dirigenziali di particolare rilievo, sono per lo più persone esterne con caratteristiche contrattuali di lavoro particolari.

-Caratteristiche dei medici maggiormente occupati nell'attività amministrativa

Il significato di una maggiore attività amministrativa è particolarmente ambiguo da commentare: come già visto nel capitolo dedicato al confronto tra i medici ospedalieri ed ai medici del territorio, il peso eccessivo di questa attività si può leggere come un aumento della burocratizzazione del mestiere di medico. Da questa nostra valutazione critica dipenderà anche la lettura delle variabili individuate attraverso la regressione logistica.

Parametro	DF	Pr > ChiSq
Sesso	1	0.0038
Età	3	0.0050
Aree di specializzazione	6	0.0049
Lavoro prevalente	3	<.0001
Indeterminato	1	0.0050
Extramoenia	1	0.0106

Tab. 4.16: Significatività delle variabili esplicative nel loro complesso, facenti parte del modello di regressione logistica che spiega la maggiore (modalità osservata) o minore propensione allo svolgimento dell'attività amministrativa.

Dal modello ottenuto risultano essere significative, per l'attività amministrativa, due variabili anagrafiche che sono il sesso del medico e l'età, alle quali si aggiungono l'area di specializzazione, il tipo di lavoro prevalente, l'avere o meno un contratto a tempo indeterminato e il praticare attività extramoenia.

	Odds ratio	Pr > ChiSq
Sesso: maschi contro femmine	1.475	0.0038
Età: Fino ai 34 anni vs oltre i 59 anni	1.303	0.3811
Età: tra i 35 ed i 44 anni vs oltre i 59 anni	2.325	0.0013
Età: Trai 45 ed i 59 anni vs oltre i 59 anni	1.757	0.0101
Aree: Altre specializzazioni vs Area medica e delle specialità mediche	1.849	0.1365
Aree: Area chirurgica e delle specialità chirurgiche vs Area medica e delle specialità mediche	1.179	0.4169
Aree: Area della medicina diagnostica e dei servizi vs Area medica e delle specialità mediche	0.772	0.2697
Aree: Area di sanità pubblica vs Area medica e delle specialità mediche	3.399	0.0004
Aree: Nessuna specializzazione vs Area medica e delle specialità mediche	1.153	0.4276
Aree: Odontoiatria vs Area medica e delle specialità mediche	0.738	0.5131
Lavoro prevalente: Libero professionista vs Ospedaliero	0.286	<.0001
Lavoro prevalente: Specializzando vs Ospedaliero	0.994	0.9872
Lavoro prevalente: Territorio vs Ospedaliero	1.339	0.2641
Indeterminato No vs Indeterminato Sì	2.014	0.0050
Attività extramoenia: No vs Sì	2.429	0.0106

Tab 4.17: Confronti tra le modalità delle variabili osservate con le modalità di riferimento di queste variabili, con rispettivi valori dell' Odds ratio e del livello di significatività osservato nel modello costruito sulla propensione all' attività amministrativa

Si nota che solitamente, sono i maschi coloro i quali hanno un carico maggiore di attività amministrativa da svolgere durante l'orario di lavoro, ma ancora più importante è il risultato ottenuto dalla divisione in classi di età: se si escludono i medici fino a 34 anni, per lo più specializzandi per i quali gli Odds risultano essere non significativi, si può parlare un sorta di gerontocrazia tra i medici intervistati nella divisione del lavoro tra colleghi: per l'appunto i lavori amministrativo / burocratici vengono sempre più delegati ai medici più giovani a vantaggio dei medici anziani, che in questo modo invece hanno la possibilità di concentrarsi sull'attività clinica (vedi tabella 4.8). Se per i medici tra i 45 ed i 59 anni il "rischio" di essere particolarmente inondati da lavoro di tipo amministrativo è 1.78 volte superiore a quello dei medici oltre i 59 anni, per i medici tra i 35 ed i 44 invece, questo rischio rispetto sempre ai colleghi con età uguale o maggiore ai 60 raddoppia. La differenza di carico di lavoro amministrativo tra gli ospedalieri ed i territoriali, invece, non sembra essere significativa; come normale i medici liberi professionisti hanno un carico di lavoro amministrativo molto meno pressante nella loro attività lavorativa rispetto ad i medici del territorio.

Conclusioni

Dalle analisi mostrate nei capitoli precedenti, e dai risultati descritti, emerge una figura del medico in Veneto che, se da un lato ha una visione abbastanza condivisa della propria professione e delle responsabilità di medico, dall'altro modifica il suo rapporto con la vita professionale secondo il tipo di lavoro che egli svolge.

Tutti i medici condividono le proprie scelte professionali: i sacrifici fatti a fronte di una maggiore possibilità di carriera, una gavetta molto lunga e faticosa, un approccio col paziente a metà tra una relazione prettamente professionale ed un rapporto più confidenziale.

Le principali attività svolte da un medico sono, prima di tutto, quella clinica, e poi l'attività relazionale col paziente: se da un lato il dialogo col paziente è ritenuto terapeutico per la sua salute ed un efficiente modo di prevenire situazioni di malattia, questo diventa un ostacolo nel momento in cui il paziente è già nella condizione di malato e bisogna passare ad una medicina più invasiva, in questo caso il medico preferisce invece maggiormente la collaborazione con i colleghi anziché il rapporto col quale trova difficile comunicare e spiegare le proprie intenzioni. Bisogna specificare che all'attività relazionale il medico donna, tende a dedicare maggiore tempo e attenzione rispetto ai suoi colleghi maschi, ma per il resto non esistono altre differenze di genere nel modo di vivere e di pensare la professione medica.

La difficoltà di conciliare la propria vita privata con quella professionale dipende soprattutto dal tipo di vincoli affettivi ai quali è legato il medico, e la necessità di una maggiore flessibilità negli orari di lavoro è avvertita da tutti.

Questa breve descrizione appena fatta, si può ritenere esemplare per i tutti medici del Veneto da noi rilevati: quello che c'è di diverso da evidenziare, è l'intensità con la quale si manifestano determinati comportamenti, o con la quale determinate opinioni sulla professione sono condivise, dovuta soprattutto alla diversa gestione delle attività lavorative associata alle varie figure professionali mediche, e dagli ostacoli organizzativi presenti nei diversi ambienti di lavoro.

L'attività dei medici ospedalieri, dei territoriali e dei liberi professionisti, si svolge infatti in maniera sostanzialmente diversa.

E' per questo motivo che tra gli ospedalieri, dove il peso della macchina burocratica si fa sicuramente più forte e dove la complessa organizzazione esige un 'aumento del numero e della diversità delle figure professionali ai quali sono affidati incarichi dirigenziali, che aumentano l'attività amministrativa e gestionale a scapito soprattutto della attività relazionale, che comunque anche per il modello di organizzativo del sistema sanitario italiano è sempre stata maggiormente affidata ai medici del territorio.

Proprio per questa "carezza" nell'attività relazionale, per i compiti che a loro sono assegnati e per come si svolge la vita professionale all'interno di una struttura ospedaliera, i medici ospedalieri sono quelli che più spingono verso una visione del rapporto col paziente vista come un semplice studio di un caso clinico, accompagnato talvolta da un lavoro di equipe, rispetto invece ad un approccio più confidenziale (Capitolo 4 Tab. 4.3).

La realtà organizzativa ospedaliera è talmente complessa che spesso le dinamiche al suo interno appaiono difficili da capire anche per gli stessi medici che vi operano: questo ha degli effetti sull'idealizzazione della propria professione, i medici ospedalieri sono quelli che più degli altri reputano che la possibilità di fare carriera sia macchiata dalle conoscenze e dagli agganci personali, dall'altro lato però tra i medici dirigenti di struttura semplice è largamente condivisa l'idea (il 71.1% dei medici dirigenti di struttura semplice rispetto al 64% del totale dei medici intervistati) che per fare carriera sia importante prima di tutto la competenza professionale.

Come anticipato prima, i medici del territorio, essendo in continuo contatto con i pazienti, sono quelli che più degli altri medici si occupano dell'attività relazionale: sapere curare questo aspetto difficilmente dipende dalla preparazione accademica acquisita con gli studi, ma invece ciò che conta è l'esperienza che si affina col tempo e con il contatto continuo con le persone, proprio per questo l'esperienza professionale per i medici del territorio è considerata un importante fattore di carriera (20.4% tra i medici del territorio rispetto una percentuale di preferenza del 15.6% tra il totale dei medici intervistati), ed ancora sono proprio i medici del territorio che si sentono più degli altri come dei tutori e dei guardiani della salute del paziente.

L'attività dei liberi professionisti, risulta essere maggiormente svincolata da funzioni amministrative: essi dedicano, più degli altri medici, il loro tempo professionale all'attività clinica ed evidenziano una particolare necessità di esperienza professionale per la carriera (che arriva al 72.5% per i medici liberi professionisti).

Per concludere, possiamo dire che le idee riguardo la professione sono più o meno le stesse anche per chi, della realtà medica conosce ancora poco: anche i medici specializzandi infatti reputano importanti fattori di carriera la competenza professionale e l'esperienza lavorativa, anche se ignorano l'importanza del lavoro di equipe, ed escludono che lo sviluppo della propria carriera possa dipendere da "meriti di terzi" (il fattore carriera "Agganci" è l'1.6%).

Bibliografia

- Giada Racconci, "Paradigmi professionali dei medici padovani", tesi triennale 2011;
- Giovanna Boccuzzo, "Analisi multivariata sulle donne imprenditrici Venete mediante Package SAS", a.a. 2008 – 2009;
- Giovanna Vicarelli, "Donne e professioni nell'Italia del Novecento", Il Mulino, 2007 ;
- Luigi Fabbri, "Statistica multivariata, Analisi esplorativa dei dati", Mc Graw Hill 1997;
- Maria Castiglioni / Stefano Mazzucco, Lucidi del corso "Laboratorio socio-demografico", a. a. 2008-2009 ;
- Massimiano Bucchi / Federico Neresini, "Sociologia della salute", Carocci 2001;
- Patrizia David / Giovanna Vicarelli, "Donne nelle professioni degli uomini", Franco Angeli 1994;
- Rina Camporese, Dispense laboratorio SAS, a. a. 2008-2009;
- Viviana Amati, "Standardizzare tassi generici di processi socio-demo-economici. Metodo della popolazione tipo", Unimib, 2009;
- <http://giorgiobertin.wordpress.com/2009/03/23/fnomceo-statistiche-dei-medici-e-odontoiatri/>, FNOMCeO: statistiche dei medici e odontoiatri, data ultima di accesso Febbraio 2012;
- <http://www.anaao.it/index.php?skip=on>, data ultima di accesso Gennaio 2012;
- <http://www.contoannuale.tesoro.it/sicoSito/index.jsp>, data ultima di accesso Marzo 2012;
- <http://www.medicoeleggi.com/argomenti/11529.htm>, data ultima consultazione gennaio 2012;
- <http://www.ordinemedicilatina.it/23>, "Discipline branche e specializzazioni", data ultima di accesso Dicembre 2011;
- <http://www.salute.gov.it/servizio/datisis.jsp>, dati statistici Ministero della Salute, data ultima di accesso Gennaio 2012;
- http://www.youtube.com/watch?v=SXVvi7fn_ZY : "Professione medico: cent'anni di storia dell'ordine dei medici", presentato dalla FNOMCeO, a cura di Giorgio Cosmacini e Maurizio Benato, data ultima di accesso Dicembre 2011;



Ordine



Università degli Studi di Padova

QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO E LA QUALITÀ DELLA VITA DEI MEDICI E ODONTOIATRI DEL VENETO

Gentile dottore/ssa,

la FEDERAZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI E ODONTOIATRI DEL VENETO, in collaborazione con il Comitato Pari Opportunità interaziendale di Padova e la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Padova propone a tutti gli iscritti e le iscritte agli Ordini del Veneto il presente questionario, sperimentato nello scorso autunno a Padova. Lo studio è finalizzato a far emergere la qualità e i problemi della vita dei medici e degli odontoiatri e, in modo particolare, la relazione tra il lavoro e la vita di famiglia. L'indagine è particolarmente importante in considerazione dell'esigenza di sviluppare idonee azioni all'interno della sanità veneta, nella tutela della vita familiare e professionale.

Le chiediamo cortesemente di collaborare all'indagine compilando il **questionario**, semplicemente cliccando sopra il seguente indirizzo:

Il questionario è assolutamente anonimo e i suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art.7 del D.Lgs. 196/2003, se vorrà, potrà chiedere la correzione dei suoi dati e, in casi estremi, la cancellazione.

Responsabile del trattamento dei dati è il Prof. Luigi Fabbris dell'Università di Padova. Qualsiasi richiesta di chiarimento o segnalazione può essere avanzata alla Dott.ssa Alessandra Vecchi (tel: 049-8721930, e-mail: vecchi.alessandra@virgilio.it) o alla Dott.ssa ?? (??) che seguono le attività di rilevazione dei dati.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione e Le porgiamo i saluti più cordiali.

0. DEVE RISPONDERE?

0.1 A quale Ordine provinciale appartiene?

- 1 Belluno
- 2 Padova
- 3 Rovigo
- 4 Treviso
- 5 Venezia
- 6 Verona
- 7 Vicenza
- 8 Altro ordine (**Quale?.....**)

0.2. Ha già compilato al questionario on-line sul benessere organizzativo e la qualità della vita dei medici inviatoLe dall'Ordine?

- 4 Sì
- 5 No

Se 0.1=2 oppure 0.2=1: “La ringraziamo per la Sua cortesia e disponibilità, il questionario è terminato”

A. CARATTERISTICHE PERSONALI E FAMILIARI

A.1 Sesso

- 1 Maschio
- 2 Femmina

A2. Età

- 1 fino a 34 anni
- 2 35-39 anni
- 3 40-44 anni
- 4 45-49 anni
- 5 50-54 anni
- 6 55-59 anni
- 7 60 anni e più

A3. Luogo di nascita

- 1 Veneto
- 2 Altra regione del Nord Italia
- 3 Centro Italia
- 4 Sud Italia e Isole
- 5 Estero

A4. Stato civile

- 1 Coniugato/a, convivente
- 2 Celibe/nubile
- 3 Separato/a, divorziato/a
- 4 Vedovo/a

A5. Lei vive solo/a o con altre persone, e se vive con altre persone può dire se si tratta della famiglia di origine o di quella che si è costruito/a?

- 1 Solo/a
- 2 Con altri colleghi o amici
- 3 Nella famiglia di origine
- 4 Nella famiglia che si è costruito/a
- 5 Altro (specificare) _____

A6. Se vive in famiglia, qual è il numero dei componenti della famiglia (Lei compreso/a)?

___ ___

A7. Figli conviventi

Numero _____

A7.1. (Se A7>0) Età dei figli conviventi

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

A8. Figli non conviventi

Numero _____

A9. Il partner lavora?

- 1 Non è coniugato/a né convivente
- 2 Il partner lavora
- 3 Il partner è in attesa di lavoro, disoccupato/a
- 4 Il partner studia, è ritirato/a dal lavoro, inabile, casalinga
- 5 Altro (specificare).....

A9.1. Il partner lavora prevalentemente come

- 1 Medico
- 2 Odontoiatra
- 3 Altra funzione nella sanità
- 4 Altro dipendente pubblico
- 5 Dipendente di azienda privata o municipalizzata
- 6 Lavoratore autonomo
- 7 Altra posizione (**Specificare**)
- 8 Non ha partner

B. FORMAZIONE E LAVORO

B1. Anno di conseguimento della laurea

— — — —

B2. presso l'Università di

.....

B3. In quale università ha conseguito la laurea?

.....

B4. Ha conseguito la specializzazione?

- 1 No
- 2 Sì, una
- 3 Sì, più d'una

B4.1. (Se B4>1) Quale o quali specializzazioni?

.....

B4.2. (Se B4>1) In quale anno (nel caso di più specializzazioni, indichi quella inerente all'attuale attività)?

— — — —

B5. Qual è il Suo rapporto di lavoro prevalente (in termini di orario)?

- 1 Medico/odontoiatra Ospedaliero a tempo indeterminato
- 2 Medico/odontoiatra Ospedaliero e Universitario convenzionato
- 3 Medico/odontoiatra Universitario
- 4 Medico di Medicina Generale
- 5 Medico Pediatra di Libera Scelta
- 6 Medico/odontoiatra Specialista Ambulatoriale Interno
- 7 Medico/odontoiatra Specialista Convenzionato Esterno
- 8 Medico di Continuità Assistenziale
- 9 Medico Fiscale
- 10 Medico/odontoiatra Specializzando
- 11 Libero professionista

B6. Se svolge attività come libero professionista, l'attività è unica?

- 1 Unica attività
- 2 Con altre attività mediche

B7. Svolge uno di questi ruoli?

- 1 Direttore di Dipartimento
- 2 Direttore di Struttura Semplice
- 3 Direttore di Struttura Complessa
- 4 Dirigente Medico

Nessuno di questi

B8. Se è medico/odontoiatra universitario, può indicare la Sua posizione?

- 1 Ricercatore
- Professore associato
Professore ordinario
Altra posizione (**Specificare:**

B8.1. (Se è medico/odontoiatra universitario) Ha anche incarichi gestionali?

1 No

Sì (**Quali?**:

B9. Svolge anche attività:

1 Intramoenia

2 Extramoenia

B10. (se lavora come dipendente) Il Suo contratto di lavoro è:

1 A tempo indeterminato e *full-time*

2 A tempo indeterminato e *part-time*

3 A tempo determinato e *full-time*

4 A tempo determinato e *part-time*

B11. Se lavora a tempo indeterminato, può indicare quanti anni ha atteso per il Suo raggiungimento?

— —

B12. Ha trasferito il suo domicilio per motivi di lavoro?

1 Sì

2 No

B12.1. (Se B12=1) Da quanti anni ha trasferito il domicilio?

— —

C. ATTIVITÀ' LAVORATIVE ED EXTRALAVORATIVE

C1. In un giorno lavorativo tipico quante ore mediamente dedica:

- a) Al lavoro ore: ____ ____
- b) Alla famiglia, alla casa ore: ____ ____
- c) Ad attività sociali, politiche, religiose ore: ____ ____
- d) A se stessa/o, a cure, hobby ore: ____ ____
- e) A viaggi, spostamenti ore: ____ ____
- f) Al riposo ore: ____ ____

C2. Lavora professionalmente anche di sabato e domenica?

- 1 Solo sabato
- 2 Solo domenica
- 3 Sia sabato sia domenica
- 4 Né sabato né domenica

C3. Attività extralavorative

È impegnato/a in attività:	No	Sì, saltua- riamente	Sì, assi- duamente	Anche cariche sociali
a) di volontariato o assistenza extrafamiliare?	1	2	3	4
b) culturali di gruppo?	1	2	3	4
c) sportive o ricreative di gruppo?	1	2	3	4
d) politiche, sindacali?	1	2	3	4
e) religiose o parrocchiali di gruppo?	1	2	3	4

C4. Quali sono le attività che svolge per hobby o per piacere nel tempo libero? (Al massimo 5 risposte, le prevalenti)

- 1 Viaggi di piacere
- 2 Letture
- 3 Teatro, cinema, televisione, musica
- 4 Sport, fitness, estetista
- 5 Shopping
- 6 Volontariato, partecipazione politica o sindacale
- 7 Cura della casa, della famiglia, giardinaggio
- 8 Pittura, scultura, ricamo, ecc..
- 9 Altro (specificare) _____

D. LA FAMIGLIA

D1. (Se A5=3 o 4) A casa Sua, chi svolge prevalentemente le seguenti attività?

	La donna	Lei e lui assieme	L'uomo	Familiari	Esterni a famiglia	Nessuno
a) Preparazione dei pasti						
b) Pulizia della casa						
c) Piccole riparazioni in casa						
d) Spese di tutti i giorni, supermercato						
e) Acquisti importanti						
f) Pagamento di bollette, assicurazioni, ecc						
g) Amministrazione del risparmio familiare						
h) Si alza di notte se i figli piangono						
i) Aiuta i figli nei compiti a casa						

D2. Lei si occupa anche di figli, familiari o parenti bisognosi di cura o assistenza?

- 1 Sì
2 No

D3. Hanno bisogno di cura o assistenza e, se sì, perché? (una risposta ogni riga)

a) Figli	Non hanno bisogno di cura ① Sì, hanno bisogno perché parzialmente autosufficienti ② Sì, hanno bisogno perché disabili ②
b) Genitori, suoceri	Non hanno bisogno di cura ① Sì, hanno bisogno perché parzialmente autosufficienti ② Sì, hanno bisogno perché disabili ②
c) Altri parenti	Non hanno bisogno di cura ① Sì, hanno bisogno perché parzialmente autosufficienti ② Sì, hanno bisogno perché disabili ②

D4. (Se (A7+A9) >1) Oltre a Lei, chi si occupa dei figli?

	Mai	Talvolta	Spesso, regolarmente
a) Partner, ex partner	①	②	③
b) Genitori, suoceri	①	②	③
c) Altri parenti	①	②	③
d) Fratelli più grandi	①	②	③
e) Amici, vicini di casa	①	②	③
f) Asilo nido, scuola, doposcuola	①	②	③
g) Baby-sitter	①	②	③
h) Ludoteca, centro socio-educativo	①	②	③
i) Altri	①	②	③

D5. (Se ha altri famigliari o parenti bisognosi di cura o assistenza) Oltre a Lei, qualcuno o qualche servizio si occupa dei famigliari o parenti:

- 1 Sì
2 No, nessun servizio

D5.1. (Se D5=1) Chi se ne occupa?

	No	Famigliari, parenti	Servizi
a) Servizi di sostegno per disabili	②	①	③
b) Servizi di sostegno per anziani	②	①	③
c) Badante, accompagnatore	②	①	③
d) Casa di riposo, istituto ricovero	②	①	③
e) Centro diurno	②	①	③
f) Altri servizi infermieristici, assistenziali	②	①	③
g) Altri	②	①	③

E. CONCILIAZIONE LAVORO-FAMIGLIA

E1. “Conciliare” significa, in senso generale, trovare un equilibrio nella gestione del tempo dedicato alla vita privata e a quella lavorativa. Pensando alla Sua situazione personale, complessivamente, quanto riesce a conciliare i tempi di vita e di lavoro?

- 1 Per niente
- 2 Poco
- 3 Abbastanza
- 4 Molto

E1.1 (Se E1=1 o 2) Che cosa fa per riuscirci?

.....

E1.1 (Se E1=3 o 4) Che cosa osta all’equilibrio tra il Suo lavoro e la Sua famiglia?

.....

E2. Pensando all’equilibrio tra il lavoro e la vita, con quale frequenza si trova nelle seguenti situazioni?

	<i>Mai o quasi</i>	<i>Talvolta</i>	<i>Spesso</i>
Quando esco dal lavoro sono così stanco/a che non riesco ad avere una vita personale soddisfacente	①	②	③
Quando esco dal lavoro sono così stanco/a che non riesco ad avere una vita sociale e familiare soddisfacente	①	②	③
I miei orari di lavoro mi impediscono di gestire in modo soddisfacente la mia vita personale	①	②	③
I miei orari di lavoro mi impediscono di gestire in modo soddisfacente la mia vita sociale e familiare	①	②	③
Le mie preoccupazioni lavorative interferiscono con la possibilità di avere una vita personale soddisfacente	①	②	③
Le mie preoccupazioni lavorative interferiscono con la possibilità di fare ciò che si aspettano da me amici e famiglia	①	②	③
La mia vita privata (orari, preoccupazioni,) interferisce con la possibilità di fare nel lavoro ciò che vorrei	①	②	③

E3. Quali servizi pubblici o privati agevolano la conciliazione tra lavoro e famiglia nel Suo caso (i due più pertinenti al Suo caso)?

- 1)
- 2)

E4. Indichi in quale misura le opportunità elencate nel seguito potrebbero aiutarLa a conciliare – o a conciliare meglio – il lavoro con la Sua vita privata.

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
a) Maggiore vicinanza al luogo di lavoro	①	②	③	④
b) Orari di lavoro più flessibili	①	②	③	④
c) Maggiore collaborazione dai colleghi	①	②	③	④
d) Maggiore accesso ai servizi pubblici di sostegno	①	②	③	④
d) Più precise informazioni sulle leggi in favore della conciliazione	①	②	③	④
e) Poter lavorare <i>part-time</i> o meno ore	①	②	③	④
f) Maggiori possibilità di lavorare a casa	①	②	③	④

E5. Se nessuna delle opportunità sopra elencate può aiutarLa a conciliare lavoro e vita privata, che cosa può aiutarla?

.....

E6. All'incirca, quanti giorni di ferie fa in un anno (considerando anche i periodi brevi)?

.....

F. PARADIGMI PROFESSIONALI

F1. Quanto si ritiene soddisfatto di ciò che ha (finora) raggiunto come medico/odontoiatra?

- 1 Per niente
- 2 Poco
- 3 Abbastanza
- 4 Molto

F1.1. (Se F1=1, 2) Quali sono i due aspetti che più l'hanno soddisfatta come medico/odontoiatra?

I aspetto:
II aspetto:

F1.2. (Se F1=3, 4) Quali sono i due aspetti che non l'hanno soddisfatta?

I aspetto:
II aspetto:

F2. Riesce ad aggiornarsi (congressi, ecc.) in materia professionale?

- 1 Sì, con regolarità
- 2 Sì, ma irregolarmente
- 3 Poco o per niente

F3. In ogni caso, quali sono le maggiori difficoltà che incontra relativamente alla possibilità di aggiornamento? (una sola scelta, la prevalente)

- 1 Nessuna difficoltà
- 2 Mancanza di tempo, troppo lavoro
- 3 Motivi di organizzazione familiare
- 4 Motivi economici
- 5 Altro (specificare) _____

F4. Su quali argomenti sente particolarmente bisogno di formazione per il Suo lavoro? Indichi la materia di due corsi che sarebbe disposto a seguire.

- 1 Nessun argomento
 - 2 Almeno un argomento (**Quali?**
- I corso:
II corso:

F4.1. (Se F4>1) A quali condizioni sarebbe disponibile a seguire corsi?

- 1 Non ha tempo materiale per seguire alcun corso
- 2 Seguirebbe corsi solo in orario di lavoro, non ha altro tempo
- 3 Seguirebbe qualche corso anche fuori orario
- 4 Altra condizione (**Quale?**

F4.2. (Se F4>1) Sarebbe disponibile a pagare di tasca propria?

- 1 Sì
- 2 No

F5. Quale modalità di partecipazione preferisce per partecipare a corsi?

- 1 Qualsiasi, non ha preferenze
- 2 Solo se concentrato in uno o pochi giorni
- 3 Solo se diluito in diversi giorni, in modo da non lasciare il lavoro
- 4 Solo di sera, symposium
- 5 Solo durante i fine settimana
- 6 Altro (specificare)

F6. Come valuta l'offerta formativa pertinente alla professione medica/odontoiatrica dalle istituzioni sanitarie?

- 1 Sostanzialmente insufficiente
- 2 Parzialmente adeguata, così così
- 3 Sostanzialmente adeguata

F6.1. E come valuta l'offerta formativa dell'Ordine?

- 1 Sostanzialmente insufficiente
- 2 Parzialmente adeguata, così così
- 3 Sostanzialmente adeguata

F7. Quali sono secondo Lei i fattori più importanti per la carriera di un medico/odontoiatra?

- 1 Competenza professionale
- 2 Pubblicazioni
- 3 Percorsi formativi oltre la specialità
- 4 Esperienza lavorativa
- 5 Esperienza di lavoro all'estero
- 6 Esperienza di studio all'estero
- 7 Riconoscimenti ottenuti
- 8 Inserimento in gruppi di lavoro coerenti con le "best practices"
- 9 Altro (specificare) _____

F8. Quali sono gli aspetti più importanti, quelli cui Lei dà più valore, nella relazione medico-paziente, oltre all'aspetto clinico in senso stretto? (Selezioni non più di 3 aspetti importanti)

- a) Ascoltare il paziente a lungo, con pazienza
- b) Avere coraggio di dire anche cose spiacevoli
- c) Diventare quasi amico del paziente
- d) Ottenere il sostegno dei colleghi per diagnosi e cure
- e) Parlare con il paziente anche su temi non specifici della malattia
- f) Sentire di essere tutore di salute, essere centrale nei percorsi di cura
- g) Sentirsi apprezzati dal paziente/famigliari per ciò che si fa
- h) Spiegare al paziente come realizzare uno stile di vita corretto
- i) Spiegare al paziente il suo stato, le terapie
- j) Studiare il caso nel dettaglio, dedicandovi tempo
- k) Trovare le parole per farsi capire dal paziente o dai familiari

F9. Quali sono gli aspetti più importanti nella relazione con il personale infermieristico? (Selezioni non più di 2 aspetti importanti)

- a) Coinvolgere il personale nella gestione dei casi
- b) Controllare che il personale svolga i propri compiti con cura
- c) Gratificare il personale per le iniziative che prende
- d) Lasciare al personale libertà di gestire le situazioni particolari
- e) Lasciare sostanzialmente al personale il rapporto con i famigliari dei pazienti
- f) Spiegare al personale con precisione le cose da fare
- g) Stabilire con il personale un rapporto corretto, sapendo che i compiti sono distinti
- h) Stabilire con il personale un rapporto di reciproco rispetto
- i) Stabilire con il personale un rapporto informale, di una certa confidenza

F10. Nell'ambito della Sua attività professionale, grosso modo, quanto tempo dedica in percentuale alle seguenti attività, fatto 100 il totale?

a) Clinica	___	___
b) Relazionale	___	___
c) Amministrativa	___	___
d) Organizzativa-gestionale	___	___
Totale	<hr/>	
	1	0 0

F11. Quali sono le cose che, secondo Lei, non vanno nel rapporto tra medici del territorio e medici ospedalieri?

G. OPINIONI SUL LAVORO

G1. Ritiene che esistano branche specialistiche o mansioni nel campo medico/odontoiatrico più consone alle donne?

- 1 Sì
- 2 No

G1.1. (Se G1=1) Quali sono (non più di 4)?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

G2. Nella Sua unità operativa prevalgono numericamente gli addetti di sesso maschile o femminile?

- 1 Prevalenza maschile
- 2 Praticamente pari in numero
- 3 Prevalenza femminile

G3. Le donne che rivestono ruoli di responsabilità nel settore sanitario sono una minoranza. In quale misura ritiene che ciò sia dovuto a:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
a) Maggiore difficoltà per la donna a conciliare casa, lavoro, carriera	①	②	③	④
b) Scarsa volontà delle donne a mettersi in carriera	①	②	③	④
c) Fattori culturali limitanti della nostra società	①	②	③	④
d) Scarso sostegno in casa da parte del partner	①	②	③	④
e) Scarso sostegno da parte dei servizi pubblici	①	②	③	④
f) Difficoltà generate dal periodo di congedo parentale	①	②	③	④

G4. L'organizzazione della sanità italiana, oggi,

- 1 favorisce la carriera delle donne medico
- 2 è sostanzialmente uguali per uomini e donne medico
- 3 favorisce la carriera dei medici maschi

G5. La velocità di carriera delle donne e degli uomini medico, oggi, è sostanzialmente uguale a, oppure diversa da quella di un tempo?

- 1 Sostanzialmente uguale
- 2 Diversa

G5.1. (Se G5=2) In che cosa è cambiata la velocità?

- 1 Maggiore velocità maschile
- 2 Maggiore velocità femminile

G6. La velocità di carriera di donne e uomini varia secondo le specializzazioni mediche, oppure è sostanzialmente la stessa in ogni specialità?

- 1 Circa la stessa per ogni specialità
- 2 Diversa secondo le specialità

G6.1. (Se G6=2) Per quale specialità, la velocità di carriera delle donne medico/odontoiatra è chiaramente superiore a quella degli uomini (pensi alle realtà che conosce bene)?

- 1 Nessuna
- 2 Almeno una (Quali?

G6.2. (Se G6=2) Per quale specialità la velocità di carriera dei medici/odontoiatri maschi è chiaramente superiore a quella delle donne (pensi alle realtà che conosce bene)?

- 1 Nessuna
- 2 Almeno una (Quali?

G7. Durante la Sua carriera ha avuto difficoltà di rapporto con colleghi, e, se sì, con quali colleghi?

- 1 Mai avuto difficoltà
- 2 Ha avuto nel complesso maggiori difficoltà con colleghi maschi
- 3 Ha avuto le stesse difficoltà con colleghi di ambedue i sessi
- 4 Ha avuto nel complesso maggiori difficoltà con colleghe donne

G8. Durante la Sua carriera ha avuto difficoltà di rapporti con il personale tecnico-infermieristico e, se sì, con chi ha avuto difficoltà?

- 1 Mai avuto difficoltà
- 2 Ha avuto maggiori difficoltà con il personale maschile
- 3 Ha avuto le stesse difficoltà con il personale di entrambi i sessi
- 4 Ha avuto maggiori difficoltà con il personale femminile

G9. Durante la Sua carriera ha avuto difficoltà di rapporti con superiori, e, se sì, con chi ha avuto più difficoltà?

- 1 Mai avuto difficoltà
- 2 Ha avuto maggiori difficoltà con i superiori maschi
- 3 Ha avuto le stesse difficoltà con i superiori di entrambi i sessi
- 4 Ha avuto maggiori difficoltà con i superiori femmine

G10. Su una scala da 1 a 10, dove 10 è il massimo, quanto è soddisfatto complessivamente delle attività lavorative che svolge attualmente?

Minimo=1 2 3 4 5 6 7 8 9 10=massimo

G11. Quanto è soddisfatto di ciascun aspetto della Sua attività lavorativa attuale, su una scala da 1 a 10, dove 10 è il massimo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilizzo delle Sue conoscenze e competenze										
Rispondenza ai Suoi interessi culturali										
Prestigio esterno che le dà il suo lavoro										
Riconoscimento del proprio ruolo sul lavoro										
Utilità sociale delle attività svolte										
Flessibilità di orari e tempi di lavoro										
Possibilità di conciliare vita e lavoro										
Reddito e benefit percepiti										
Acquisizione continua di professionalità										
Prospettive di guadagno, di benefit economici										
Prospettive di sviluppo di carriera										
Garanzia di mantenere il posto										
Stabilità del contratto di lavoro										
Sicurezza e salute nel luogo di lavoro										
Temperatura, aria condizionata nel Suo ambiente										
Ubicazione, distanza tra casa e luogo di lavoro										
Coinvolgimento nelle decisioni che la riguardano										
Autonomia nell'esercitare Sue funzioni										
Possibilità di proporre idee nuove, progetti										
Varietà delle attività che svolge										
Possibilità di dire ciò che pensa, senza ritorsioni di alcun genere										
Rapporti con i Suoi superiori										
Rapporti di collaborazione con i Suoi colleghi										
Rapporti con i collaboratori (subordinati)										
Modernità/peculiarità del tipo di lavoro										
Etica produttiva, serietà dell'azienda/ente										

G12. Quali aspetti (tra quelli indicati sopra) più contano nel definire la Sua soddisfazione per il lavoro che fa (max 5 aspetti)?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

G13. Nell'esprimere la soddisfazione per i vari aspetti del Suo lavoro, con chi si confronta prevalentemente, in termini di modello?

- 1 Con i coetanei in genere
- 2 Con le persone con cui ha studiato
- 3 Con genitori, parenti o conoscenti prossimi
- 4 Con la generazione precedente (che partiva da livelli lavorativi più bassi)
- 5 Con la società contemporanea in generale
- 6 Con altri (specificare) _____
- 7 Con nessuno, non si confronta con altre persone

G14. Nella scelta della Sua attività lavorativa attuale, quanto peso ha /hanno avuto i seguenti fattori:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
a) La costituzione della Sua famiglia	①	②	③	④
b) La vicinanza tra casa e sede di lavoro	①	②	③	④
c) Il tipo di remunerazione	①	②	③	④
d) Il numero di ore lavorative previsto	①	②	③	④
d) Altro(specificare).....	①	②	③	④

G15. Quale o quali tra i seguenti progetti pensa di realizzare nei prossimi 3 anni?

	Sì	Già realizzato	No
a) Stabilizzare una relazione affettiva (matrimonio, convivenza ...)	①	②	③
b) Avere un figlio	①	②	③
c) Cambiare lavoro	①	②	③
d) Fare importanti avanzamenti di carriera	①	②	③
e) Acquistare casa	①	②	③
f) Realizzare obiettivi extra-professionali (nell'arte, nello sport, ...)	①	②	③
g) Altri progetti (specificare)	①	②	③

H. SUGGERIMENTI E RINGRAZIAMENTI

H1. Il questionario è concluso. Ha suggerimenti su attività per migliorare le condizioni dei medici e odontoiatri del Veneto?

H2. Ha suggerimenti per migliorare la presente ricerca e fare buon uso dei risultati?

La ringraziamo ancora per la collaborazione e Le ricordiamo che i dati da Lei forniti saranno utilizzati unicamente a scopo statistico e che li conserveremo in stretta aderenza alla normativa sulla privacy (Legge 196 del 2003).

Ringraziamenti

Ringrazio mio padre e mia madre che mi hanno sostenuto durante tutto il mio percorso universitario, durante questa tesi, e che continuano a sostenermi.

Al professor Luigi Fabbris che mi ha sempre seguito con disponibilità in questi mesi di lavoro sulla tesi mettendo a disposizione tua la sua professionalità.

Un ringraziamento alla Prof.ssa Alessandra Vecchi per le sue informazioni sull'indagine e per i dati.

Un grazie al Collegio Mazza che mi ha fornito per lungo tempo un' ambiente sereno per i miei studi che mi hanno portato a questa tesi.

A Ciccio e Saverio.