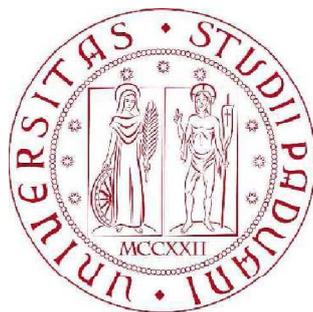


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA



FACOLTÀ DI SCIENZE STATISTICHE

Corso di Laurea Triennale in Statistica Popolazione e Società

Tesi di laurea

**PARADIGMI PROFESSIONALI
DEI MEDICI PADOVANI**

***PARADIGMS OF MEDICAL PROFESSIONAL
IN THE PROVINCE OF PADUA***

RELATORE: *prof. Luigi Fabbris*

LAUREANDA: *Giada Racconci*
MATRICOLA: 572671-SPT

ANNO ACCADEMICO 2010/2011

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1. Differenze di genere, occupazione femminile nella Pubblica Amministrazione e nel Servizio Sanitario Nazionale in Italia	7
1.1 <i>Distribuzioni di ruoli e mansioni secondo aspettative di genere</i>	7
1.2 <i>L'organizzazione del lavoro nella pubblica amministrazione</i>	8
1.3 <i>L'occupazione femminile nella pubblica amministrazione in Italia</i>	9
1.4 <i>La femminilizzazione dei medici nel Servizio Sanitario Nazionale</i>	10
Capitolo 2. Indagine sui medici della provincia di Padova	15
2.1 <i>Ricerca e obiettivi</i>	15
2.2 <i>Metodologia di ricerca Cawi</i>	16
2.3 <i>Tipologia del questionario</i>	17
2.4 <i>Qualità dei dati</i>	18
Capitolo 3. La popolazione esaminata	21
3.1 <i>Caratteristiche anagrafiche</i>	21
3.2 <i>Qualità e stile del lavoro medico</i>	24
3.3 <i>Problemi sul lavoro in termini di parità di genere</i>	33
3.4 <i>Attese e progetti per il futuro</i>	38
Capitolo 4. Conclusioni	43
Appendice A. Lettera di presentazione dell'indagine del CPO e dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Padova	45
Appendice B. E-mail di presentazione del questionario e questionario	46
Appendice C. E-mail di sollecito	59
Bibliografia e sitografia	61
Ringraziamenti	62

Introduzione

In questa tesi si descrive quanto ho realizzato durante il periodo di stage presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.

Lo scopo del progetto di stage che mi è stato proposto era di analizzare tramite un'indagine statistica come i medici valutino il loro lavoro e riescano a conciliare la propria vita lavorativa con quella familiare.

Dall'indagine si volevano ricavare alcune caratteristiche anagrafiche dei medici, la soddisfazione e la valutazione del lavoro, le attività extralavorative alle quali si dedicano i medici, la conciliazione lavoro-vita sociale/familiare e le prospettive professionali future.

La tesi inizia presentando le principali differenze di genere nel contesto italiano, l'organizzazione del lavoro, l'occupazione femminile nella pubblica amministrazione e la femminilizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel capitolo due si definiscono gli obiettivi dell'indagine, la metodologia della ricerca, il campione, la struttura del questionario e la qualità dei dati ottenuti.

Nel capitolo tre e quattro si riportano i risultati dell'analisi dei dati in tema di qualità del lavoro, dello stile di lavoro del medico e dei problemi che il lavoro può comportare.

Nel capitolo cinque si presentano le conclusioni.

Una delle caratteristiche più salienti che contraddistinguono il periodo contemporaneo è il profondo cambiamento che si è verificato del ruolo svolto dalle donne nella società dei paesi più ricchi. Per molti secoli la funzione femminile era sempre stata ben delineata: la donna si occupava della famiglia, il suo ruolo era quello di far crescere i figli, far funzionare la casa e occuparsi soltanto di ciò che aveva a che vedere con queste due realtà. Lo svolgimento di un lavoro era compito essenziale degli uomini, anche se capitava frequentemente che le donne aiutassero gli uomini nei lavori dei campi, o contribuissero alle entrate della famiglia facendo piccoli lavoretti domestici. Le donne sono state per decenni, insieme ad anziani e bambini, soggetti invisibili nel mondo del lavoro. In passato le donne cominciavano a lavorare in giovane età, avevano minori aspirazioni, un livello di istruzione più basso rispetto a quello degli uomini e il lavoro era vissuto per lo più come una esperienza transitoria. Specialmente

dal dopoguerra a oggi, le donne hanno avuto più possibilità di studiare, di prepararsi ad affrontare il mondo competitivo del lavoro. Esse hanno cominciato a scorgere nuove prospettive che non fossero le solite, tradizionali, generalmente imposte dalla famiglia: il matrimonio, i figli, la cura della casa. Così, dapprima timidamente e poi in maniera sempre più vistosa, le donne hanno iniziato a svolgere ruoli professionali reputati un tempo indubbiamente "da uomini": notaio, poliziotto, magistrato, vigile, medico ecc. Conseguentemente è cambiata anche la mentalità delle famiglie in generale, e oggi molte ragazze sono incoraggiate a proseguire gli studi, e a non smettere di lavorare nemmeno quando hanno dei bambini. Oggi la donna è sempre più protagonista della realtà sociale, culturale ed economica del nostro paese e rappresenta la componente più dinamica della società, quella che sta modificando con più rapidità le proprie coordinate sociali, culturali ed economiche, influenzando in misura determinante lo sviluppo del sistema Italiano.

Nel corso degli anni la realtà sanitaria ha subito notevoli cambiamenti nella composizione del personale, infatti, si assiste dal 1990 ad un processo di femminilizzazione della professione medica, nel Sistema Sanitario Nazionale le donne sono la maggioranza, intorno al 60% circa del totale. Ma nella distribuzione dei ruoli costituiscono il 33% dei medici e il 73% del personale infermieristico (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri-Padova, rassegna stampa "Ssn in rosa ma solo 1 su 10 ai vertici", 10 marzo 2010). Importante perciò capire come risolvere in maniera adeguata l'entrata sempre maggiore delle donne nel mondo del lavoro senza penalizzare ma agevolando attraverso modelli organizzativi che aiutino le donne a conciliare vita lavorativa e familiare.

Capitolo 1. Differenze di genere, occupazione femminile nella Pubblica Amministrazione e nel Servizio Sanitario Nazionale in Italia

1.1 Distribuzioni di ruoli e mansioni secondo aspettative di genere

Il lavoro è da sempre stato caratterizzato da una distribuzione di ruoli e mansioni tra uomini e donne; da mestieri reputati maschili o femminili. Tale visione riduttiva del genere, che intrappola uomini e donne in comportamenti e ruoli appropriati ai modelli tradizionali di maschilità o di femminilità, conduce alla costruzione e alla riproduzione di mestieri adatti ad un genere o all'altro. Gli uomini, oltre ad occupare ruoli decisionali e dirigenziali, grazie alle loro "abilità di leadership" e alla loro maggiore disponibilità temporale in termini di orari di lavoro rispetto alle donne impegnate nei compiti domestici e nella cura della famiglia, svolgono mansioni che richiedono competenze considerate "maschili".

Le donne, svolgono tuttora ruoli e mansioni tradizionalmente attribuite al loro genere, che richiedono doti e abilità "naturalmente femminili": capacità relazionali e di ascolto, maggiore coinvolgimento emotivo, empatia, precisione... Le donne tendono a lavorare dentro gli uffici, dedicandosi ad attività amministrative ed intrattengono relazioni più collaborative.

I contenuti delle loro mansioni ricalcano l'universo simbolico femminile tradizionale, confermando così quanto le donne, pur uscendo dalla sfera casalinga per investire tempo e competenze nella sfera lavorativa, tendano comunque ad occupare ruoli e adottare comportamenti appropriati al loro genere. Nella maggior parte dei casi le donne fanno lavori che implicano lo svolgimento di mansioni poco qualificate, ripetitive e standardizzate.

1.2 L'organizzazione del lavoro nella pubblica amministrazione

Il tema della conciliazione dei tempi resta centrale nel lavoro sia per gli uomini che per le donne; da un lato si può puntare ad una maggiore condivisione dei compiti all'interno della famiglia e dall'altro su un diverso modello di organizzazione aziendale, un'organizzazione più flessibile e non penalizzante, sull'idea di una responsabilità condivisa che riguarda anche le scelte di maternità e paternità, su un sistema di servizi, su una politica dei tempi, su una politica degli orari e su una politica del territorio.

Molto evidente è il fenomeno della difficoltà di accesso delle donne ai ruoli dirigenziali e ai livelli più alti nelle mansioni lavorative, infatti, il carico familiare ed il lavoro di cura dei familiari restano concentrati per oltre il 70% (dati Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro. IV trimestre 2006, Roma) sulla componente femminile, il tasso occupazionale delle donne cala drasticamente con l'aumentare dei carichi familiari.

La "dirigenza" delle donne si configura nella Pubblica Amministrazione con la cosiddetta struttura "ad imbuto rovesciato": prevalenza numerica nel personale intermedio, e posizioni di vertice non proporzionate al numero di occupate. Le donne con titoli di studio più o meno elevati hanno minore possibilità di fare carriera, ad esse vengono conferiti minori incarichi che agli uomini e vengono retribuite in maniera minore (Barbara Poggio, 2008).

La crescita dell'occupazione femminile registrata nel 2006 rispetto al 2005 è stata pari al +2,5%, ma tale aumento si legge soprattutto in termini di nuove e miste forme di lavoro e, come incremento di contratti part-time e di contratti a termine (Barbara Poggio, 2008). Sempre più spesso la modalità d'ingresso nel mondo del lavoro con un contratto a termine o forme di lavoro non stabili, rischiano di diventare un modo per le donne di stare nel mercato del lavoro. Le donne entrano nel mondo del lavoro con forme precarie, poco remunerate, sempre più spesso con mansioni inferiori rispetto alla preparazione ed alla formazione curriculare conseguite e con compensi bassi. Una madre lavoratrice su sei lascia il lavoro dopo la nascita del primo figlio, si tratta di donne lavoratrici che non riescono a conciliare e che sono costrette ad abbandonare il lavoro.

Modelli organizzativi più favorevoli alla conciliazione sono possibili nella Pubblica Amministrazione in quanto esiste la possibilità di una flessibilità governata e vissuta in modo non penalizzante: sono possibili scelte di part-time che non diventino limitative per la carriera, congedi parentali, rientri dalla maternità che non diventi demansionamento (il

dipendente dovrebbe sempre essere destinato alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle considerate pari nell'ambito della classificazione professionale), ritorno al posto che si è lasciato temporaneamente con la possibilità di una formazione e di un aggiornamento continui.

Le Pubbliche Amministrazioni devono adottare modelli organizzativi del lavoro che riescano a favorire la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro e garantire il rispetto delle pari opportunità sia nel reclutamento che nella gestione del personale, nelle progressioni di carriera.

1.3 L'occupazione femminile nella pubblica amministrazione in Italia

Nel corso degli anni la pubblica amministrazione è stata attraversata da un processo di femminilizzazione. In Italia la pubblica amministrazione è un'organizzazione non paritaria dal punto di vista della composizione del personale (55.1% dei dipendenti sono donne, Ministero delle Finanze, Conto annuale 2006-2007-2008). La componente femminile è fortemente rappresentata nei settori della sanità, degli enti pubblici non economici e della scuola, mentre nella magistratura, nelle carriere diplomatiche e negli enti di ricerca non supera il 42%. Rispetto ai contratti di lavoro, le donne rappresentano quasi l'85% dei lavoratori part-time.

Dalla **tab. 1.1** si nota come la presenza femminile sia aumentata in tutti i settori nell'arco del triennio (2006-2007-2008). L'incremento in termini percentuali è dovuto sia al maggior numero di assunzioni sia al minor numero di cessazioni rispetto agli uomini. Nell'anno 2008, nel complesso del pubblico impiego, la componente femminile ha rappresentato il 64% delle nuove assunzioni e il 47% delle cessazioni.

La componente femminile continua a crescere nei settori dove è già preminente (Scuola e Servizio Sanitario Nazionale); supera per la prima volta nel 2008 la parità nella carriera prefettizia; compie ulteriori passi verso la parità anche in altri settori dove è tradizionalmente minoritaria quali l'Università e la Magistratura; anche nella carriera Diplomatica mostra un incremento, ma tale presenza è ancora molto circoscritta.

La presenza femminile risulta in crescita anche nei settori di più recente apertura quali i Vigili del Fuoco, i Corpi di Polizia e le Forze Armate, per quanto riguarda le Forze Armate si supera la soglia dell'1% (Ministero delle Finanze, conto annuale 2006-2007-2008).

Tab. 1.1 – Presenza femminile al 31 dicembre degli anni 2006,2007,2008 in Italia.

Comparto	Presenza femminile: valori percentuali		
	2006	2007	2008
Servizio Sanitario Nazionale	61.5	62.2	62.8
Enti pubblici non economici	53.8	54.3	55.0
Enti di ricerca	40.3	40.9	42.5
Regioni ed Autonomie locali	47.7	48.6	49.5
Regioni a Statuto Speciale e Prov. Aut.	60.2	60.5	60.9
Ministeri, agenzie e presidenza	49.5	49.8	50.3
Scuola	76.9	77.3	77.6
Monopoli di Stato	38.0	38.6	-
A.F.A.M.	41.0	40.3	40.3
Università	43.6	44.0	44.9
Vigili del fuoco	5.8	6.0	6.0
Corpi di polizia	6.1	6.2	6.4
Forze armate	0.7	0.5	1.0
Magistratura	38.2	38.7	39.7
Carriera diplomatica	14.2	15.3	15.7
Carriera prefettizia	48.8	49.7	50.1
Carriera penitenziaria	58.9	58.9	59.8
Totale	54.3	54.7	55.1

Fonte: Ministero delle Finanze, Conto annuale 2006-2007-2008

1.4 La femminilizzazione dei medici nel Servizio Sanitario Nazionale

Nelle professioni sanitarie le donne rappresentano tre quarti del personale sanitario in Europa e il 60% del complesso delle risorse umane per la sanità nel mondo.

Al contrario, nell'Europa occidentale, la professione medica è stata rappresentata dagli uomini. Di recente, tale squilibrio si sta riducendo, grazie ad una crescente femminilizzazione della professione medica nei Paesi occidentali.

La percentuale di donne tra gli iscritti alle facoltà di Medicina e Chirurgia è da tempo aumentata in quasi tutti i paesi. In alcuni, tra i quali l'Italia, è oramai maggioritaria.

La femminilizzazione della professione medica nei Paesi occidentali ha importanti conseguenze sulla pianificazione del fabbisogno delle risorse, infatti, le limitazioni alle

capacità di lavoro extra-familiare durante la gravidanza e la prima infanzia dei figli riducono la disponibilità complessiva di ore lavorate nelle donne (De Pietro, 2010). In gran parte dei paesi, il tradizionale ruolo della madre in ambito familiare implica una maggiore incidenza di congedi o contratti di lavoro a tempo parziale. Inoltre, in molti Paesi le rigidità delle condizioni d'impiego finiscono per scoraggiare il lavoro femminile, soprattutto dopo la maternità, col risultato di un maggior ricorso al pensionamento anticipato, oppure è frutto di sistemi previdenziali che prevedono età pensionabili diverse tra uomini e donne, questi limiti spesso ostacolano i percorsi di carriera verticale delle donne.

Quindi, non è infrequente avere la stessa distribuzione di genere per esempio tra specialisti e medici di base, nonostante che spesso le donne siano concentrate in alcune specialità quali pediatria, neuropsichiatria infantile, ecc.

È prevedibile che la partecipazione femminile in alcuni settori del personale sanitario aumenti ulteriormente. In gran parte dei Paesi dell'Europa occidentale la percentuale di medici donne è aumentata stabilmente nel corso degli anni novanta (WHO Office for Europe, 2007, p. 16).

Si evidenziano cinque principali dimensioni per capire le conseguenze della femminilizzazione dei medici:

1. *determinazione del fabbisogno*: il fabbisogno è discriminante visto che le donne prendono più probabilmente congedi e ricorrono di più al tempo parziale. L'aumento delle donne e dei contratti a tempo parziale porta anche ad una riduzione nel monte ore lavorate nel corso della vita lavorativa di una donna. In media i medici donna lavorano meno ore alla settimana degli uomini e hanno vite lavorative più brevi dei colleghi maschi.
2. *condizioni di lavoro e flessibilità*: le donne lasciano più frequentemente degli uomini la pratica medica o lavorano meno durante gli anni di crescita dei figli e tendono a lavorare meno ore grazie al ricorso del tempo parziale (Simoens, Hurst, 2006, p. 21; Kaneto et al., 2009, p. 117-118). Le donne medico chiedono e necessitano di programmi di formazione e carriere flessibili, in modo da trovare un equilibrio tra vita lavorativa e familiare (Allen, 2005).
3. *copertura delle specialità mediche*: le donne medico sembrano preferire le specialità dell'assistenza primaria (Burkett, Kurz, 1981; Simoens, Hurst, 2006, p. 21). Gjerberg (2001, p. 331) conferma che anche in «Norvegia e in gran parte dei Paesi occidentali la scelta delle

specialità mediche è fortemente caratterizzata per genere. Le donne medico si specializzano ed entrano in scuole di specializzazione diverse da quelle preferite dai colleghi maschi».

4. *approcci culturali adottati nella relazione coi pazienti e con riguardi alla pratica medica:* diversi studi hanno trovato differenze di genere sia nella relazione coi pazienti sia nella considerazione della pratica medica, sia nei comportamenti professionali e nelle decisioni cliniche. Si sono riscontrate differenze nelle specialità che trattano situazioni e problemi legati alla sessualità quali l'ostetricia, la ginecologia e la pediatria.

5. *relazioni organizzative coi colleghi medici e con le altre professioni mediche:* la femminilizzazione dei medici potrebbe avere conseguenze sulle relazioni professionali tradizionalmente connotate per genere. Il primo riguarda la relazione medici e infermieri (Gjerberg, Kiølsrød, 2001; Vicarelli, 2003b; Zlek, Phillips, 2003) e in particolare la relazione tra due figure centrali per il management delle attività sanitarie, e cioè il responsabile medico dell'unità operativa e il coordinatore infermieristico della stessa unità operativa. Gli effetti di una diversa distribuzione di genere sui diversi ruoli organizzativi sono assai limitati specie se si tiene conto delle dimensioni gerarchiche e di potere che connotano i ruoli gestionali.

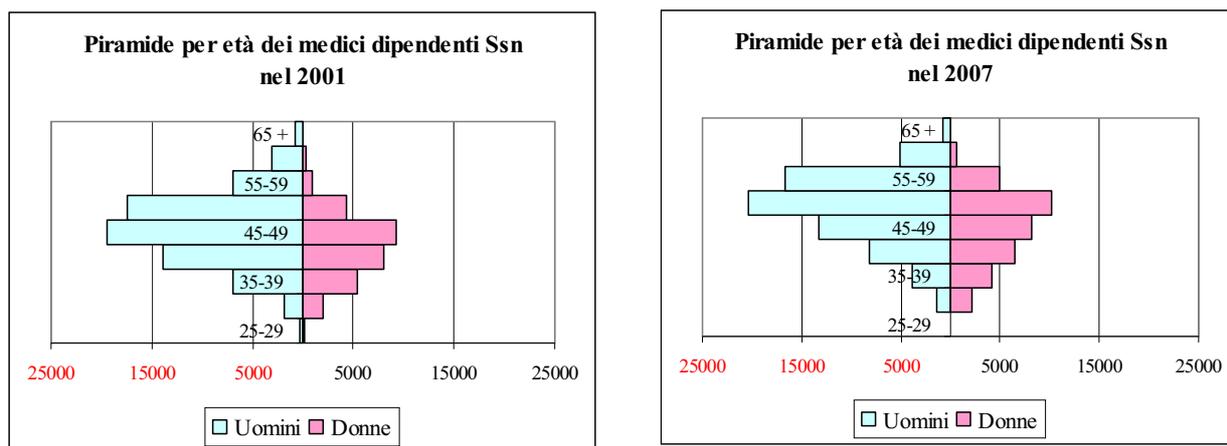
Le donne alla fine del 2007 rappresentavano il 35% dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Come mostra la **tab. 1.2**, questa percentuale era del 30% a fine 2001, quindi la prevalenza è aumentata del 5% in soli sei anni, nonostante la vita lavorativa sia in media più breve delle donne rispetto agli uomini (Ministero delle Finanze, Conto Annuale 2008).

Se guardiamo alle classi di piramide per età dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale nel 2007, la femminilizzazione risulta chiara man mano che dalle coorti più anziane si passa a quelle più giovani. Nel 2007 erano donne il 10% dei medici ultra-59enni, il 30% dei medici con età compresa tra i 50 e i 59 anni, il 40% di quelli tra i 40 e i 49 anni, il 55% dei medici con età compresa tra i 30 e i 39 anni. Nel 2001 questa tendenza era già evidente ma meno marcata, con una prevalenza di donne che andava da meno del 10% per i medici ultra-59enni a un massimo del 45% per quelli tra 30 e 39 anni.

Questa rapida femminilizzazione è stata parzialmente favorita dal reclutamento relativamente veloce di nuovi medici, che ha comportato un saldo cumulato positivo di + 5.632 medici

dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale nel periodo. Tale risultato è frutto di un saldo netto di +6.674 donne e -1.042 uomini (Ministero delle Finanze, Conto Annuale 2008).

Grafico 1.1 – Piramidi per età dei medici dipendenti Servizio Sanitario Nazionale nel 2001 e 2007 (valori assoluti)



Fonte: Ministero delle Finanze, Conto Annuale 2008

Tab. 1.2 - Distribuzione per età dei medici del Servizio Sanitario Nazionale in Italia nel 2001 e 2007

Età (anni)	2001					2007				
	Uomini		Donne		Totale	Uomini		Donne		Totale
	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	
25-29	352	66	180	34	532	22	39	34	61	56
30-34	1.924	49	2.003	51	3.927	1319	38	2.115	62	3.434
35-39	7.018	57	5.336	43	12.354	3829	48	4.150	52	7.979
40-44	13.845	64	7.952	36	21.797	8110	56	6.483	44	14.593
45-49	19.393	68	9.246	32	28.639	13338	62	8.253	38	21.591
50-54	17.475	80	4.274	20	21.749	20410	67	10.215	33	30.625
55-59	6.898	88	924	12	7.822	16727	77	4.968	23	21.695
60-64	3.111	92	254	8	3.365	5144	89	620	11	5.764
65 +	707	93	54	7	761	782	93	59	7	841
Tutte le età	70.723	70	30.223	30	100.946	69681	65	36.897	35	106.578

Fonte: Ministero delle Finanze, Conto Annuale 2008

La quota di donne medico del Servizio Sanitario Nazionale è aumentata. Per due ragioni convergenti:

1- progressiva uscita dalla vita attiva dei medici più anziani, le cui coorti comprendevano un numero assai esiguo di donne, cioè rimpiazzo di pensionati uomini con neoassunti donne;

2- le coorti più giovani che vengono assunte si caratterizzano per una maggioranza di donne.

Per il prossimo futuro si prevede un ulteriore incremento delle donne nel Servizio Sanitario Nazionale dovuto anche ad altri fattori: alle riforme pensionistiche che innalzeranno i requisiti contributivi delle donne allineandoli progressivamente a quelli degli uomini e all'aumento della quota femminile tra i laureati in Medicina e Chirurgia, come mostra la tab. 1.3 riportata qui di seguito.

Tab. 1.3 – I laureati in Medicina e chirurgia in Italia nel 1999-2009.

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

Fonte: MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca), 2011

Capitolo 2. Indagine sui medici della provincia di Padova

2.1 Ricerca e obiettivi

I dati su cui si basa l'indagine sono il risultato di una ricerca svolta sui medici del territorio di Padova presso l'Azienda Ospedaliera di Padova dal 20 settembre al 25 novembre 2010.

La popolazione di riferimento è definita dai medici della provincia di Padova e precisamente:

- Medici Ospedalieri a tempo determinato
- Medici Ospedalieri a tempo indeterminato
- Medici Ospedalieri e Universitari convenzionati
- Medici Universitari
- Medici di Medicina Generale
- Medici Pediatri di Libera Scelta
- Medici Specialisti Ambulatoriali Interni
- Medici Specialisti Convenzionati Esterni
- Medici di Continuità Assistenziale.

Obiettivi dell'indagine:

- definizione di alcuni paradigmi professionali del medico, in che modo i medici valutano il proprio lavoro in termini di qualità e stile di lavoro;
- problemi nel lavoro per quanto riguarda le pari opportunità di genere;
- differenze comportamentali di genere.

2.2 Metodologia di ricerca *Cawi*

La tecnica utilizzata per l'indagine è **Cawi** (Computer Assisted Web based Interviewing), uno speciale programma informatico utilizzato per realizzare e gestire questionari on-line. Infatti,

il rispondente compila il questionario con un browser ed una password personale o più semplicemente facendo un doppio click in un indirizzo apposito scelto da chi coordina le attività di realizzazione della ricerca. La tecnica Cawi è una metodologia di indagine basata sull'invio di un messaggio dal quale attraverso un link si può completare il questionario.

I vantaggi che possono derivare da questa tecnica sono:

- non ci sono intervistatori che interagiscono con il rispondente, il rispondente si sente libero di rispondere ai quesiti che gli vengono posti anche alle domande più delicate senza essere influenzato;
- i costi molto limitati, non ci sono intervistatori e la raccolta dei dati è automatica;
- il tempo di raccolta dei dati è ridotto;
- i dati ottenuti sono disponibili in tempo reale;
- non c'è nessun vincolo geografico;
- gli intervistatori hanno tutto il tempo che desiderano per rispondere al questionario.

Invece gli svantaggi sono:

- non tutti possono avere un indirizzo mail e quindi non tutta la popolazione in esame è inclusa;
- questo tipo di metodologia consente solo raramente di raggiungere tassi di risposta soddisfacenti; per tale motivo, è spesso necessario ricorrere alla combinazione di tecniche di rilevazione differenti, così da garantire la necessaria copertura e rappresentatività del campione di intervistati.

Inoltre, la raccolta dei dati e i risultati possono essere monitorati di continuo ed essere disponibili in tempo reale. Nel caso in esame è stata utilizzata solo la tecnica Cawi riuscendo a raggiungere un tasso di risposta soddisfacente. Infatti, al questionario ha risposto il 35% della popolazione indagata (637 medici su 1821).

2.3 Tipologia del questionario

Il questionario è strutturato. I quesiti sono raggruppabili in sette sezioni:

- 1- la prima comprende domande personali non solo anagrafiche, specifiche su sesso, età, provincia di nascita, numero componenti famiglia, con chi vive, numero di figli, età dei figli conviventi, se il partner lavora, ma anche l'anno di conseguimento della laurea, in che università si è laureato e se ha conseguito la specializzazione e in che anno;
- 2- la seconda riguarda il contratto di lavoro, i fattori decisivi nella scelta dell'attività lavorativa e quanto il lavoro o la vita familiare hanno inciso sulla vita familiare o lavorativa;
- 3- la terza ha come tema generale le attività extralavorative, l'eventuale lavoro nei weekend, come è suddiviso un giorno lavorativo tipico, se svolge attività extralavorative, chi si occupa di alcune faccende di ordine pratico;
- 4- la quarta racchiude le opinioni sul lavoro in termini di soddisfazione e qualità del lavoro;
- 5- la quinta riguarda la conciliazione lavoro-vita familiare e sociale;
- 6- la sesta comprende le prospettive/progetti nei prossimi tre anni e i fattori che determinano la carriera di un medico;
- 7- l'ultima sezione riguarda i suggerimenti per migliorare le condizioni dei medici nella provincia di Padova.

All'inizio del questionario sono presenti poche righe introduttive che espongono i motivi della ricerca e forniscono informazioni su come accedere al questionario.

La compilazione del questionario richiede un impegno di 15-20 minuti. Per informare i medici di tale ricerca è stata inviata una lettera cartacea dal CPO dell'Azienda Ospedaliera di Padova (Comitato Pari Opportunità) e dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Padova al fine di incentivare la collaborazione del personale medico. Successivamente, alla proposta di compilare il questionario sono stati presentati tre solleciti per ricordare a chi non ne avesse ancora avuto il tempo di collaborare all'indagine.

2.4 Qualità dei dati

Quella di cui si tratta è un'indagine esaustiva su tutti i medici della provincia di Padova (N=1821 di cui 39,7% sono donne).

La popolazione è soprattutto composta dai medici ospedalieri poi seguono i medici universitari e i medici di medicina generale.

Tab. 2.1 – Popolazione suddivisa per rapporto di lavoro

Rapporto di lavoro	N
Medici Ospedalieri	1233
Medici Universitari	308
Medici di Medicina Generale	222
Pediatri di Libera Scelta	55
Medici di Continuità Assistenziale e Specialista Ambulatoriale interno/esterno	3
Totale	1821

In totale il questionario è stato compilato da 637 medici (35%), percentuale abbastanza buona nelle indagini di tipo CAWI.

Il questionario è stato compilato dal 52,4% delle donne (334 su 637 medici), le donne hanno partecipato e si sono sentite più coinvolte degli uomini visto che i temi trattati dall'indagine sono vicini alle rivendicazioni femminili.

I Medici Ospedalieri hanno dato un grosso contributo all'indagine, questo era da aspettarselo sono 1233 medici ospedalieri su 1821 (66,7%). Per motivi burocratici e di tempo non è stato possibile avere gli indirizzi mail dei medici fiscali e specializzandi.

Ogni unità nel campione rappresenta un certo numero di unità nella popolazione, in modo tale che l'intero campione rappresenta l'intera popolazione. Ad ogni unità viene associato il suo peso, quindi il numero totale di unità corrisponde a N. Il peso associato ad ogni unità è detto coefficiente di riporto all'universo, ed è pari all'inverso della probabilità di selezione.

Assegniamo ora ad ogni unità il suo peso sia per gli uomini che per le femmine:

	Campione	Risposte	Peso $W_i = N_i/n_i$
Femmine	723	334	2,16
Maschi	1098	303	3,62
Totale	1821	637	

Il peso $W_i = N_i/n_i$ è il numero di osservazioni della popolazione rappresentate dall'unità campionaria y_{ij} . La somma dei pesi è pari a N , nel nostro caso 1821.

Un'altra variabile discriminante nelle risposte è l'età, per questo si applicherà il metodo della popolazione tipo, mediante la quale si tende a rendere uniforme la composizione della popolazione per età. In pratica si sostituisce alla serie dei pesi un'unica serie di pesi standard tratti da una popolazione presa come modello e assunta appunto come "popolazione tipo". Applichiamo questa popolazione in quanto si è osservato che maschi e femmine hanno una struttura per età molto diversa e che questo può influire sull'analisi di variabili che sono dipendenti dall'età, questo metodo consente di neutralizzare gli effetti dovuti alla diversa composizione per età.

Per tale motivo, per le analisi svolte nel paragrafo 3.1 del capitolo 3 si farà ricorso al metodo della popolazione tipo, in quanto si è osservato che maschi e femmine hanno una struttura per età molto diversa e che questo può influire sull'analisi di variabili che sono dipendenti dall'età, questo metodo consente di neutralizzare gli effetti dovuti alla diversa composizione per età. Nel nostro caso le variabili che potrebbero avere un effetto distorto dalla realtà sono il numero di figli e la composizione del nucleo familiare cioè se i medici vivono soli, nella famiglia di origine o nella famiglia che si sono costruiti. Le classi d'età disponibili sono approssimative in quanto il questionario era stato pensato per mantenere l'anonimato.

La nostra "popolazione tipo" distinta per classi d'età è la seguente:

Classi d'età	Popolazione tipo (W_{PTi})
Fino a 40 anni	20,2
41-50 anni	23,6
51 anni e più	56,2

Pertanto i tassi standardizzati sono ottenuti come indicato di seguito:

$$\hat{p} = \sum_{i=1}^n (p_i \cdot w_{PTi})$$

con w_{PTi} la proporzione per età della popolazione presa come riferimento.

Capitolo 3. La popolazione esaminata

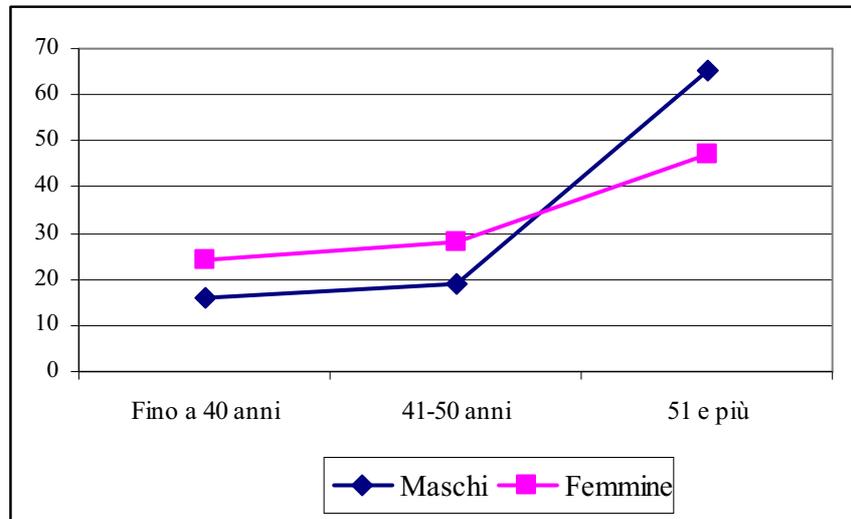
In questo capitolo si descrive come i medici, della provincia di Padova, conciliano la loro vita lavorativa con quella familiare, se esistono differenze sui paradigmi professionali tra medici uomini e donne. Nel paragrafo 3.1 si distinguono i medici secondo le caratteristiche anagrafiche; nel paragrafo 3.2 si cerca di descrivere la qualità e lo stile del lavoro medico, e nel paragrafo 3.3 i problemi che il lavoro comporta e quali sono le motivazioni che inducono un medico a scegliere la professione. Infine, nel paragrafo 3.4 si vedranno le attese, i progetti dei medici nel futuro e quali sono i suggerimenti per migliorare le condizioni della propria professione nel territorio.

3.1 Caratteristiche anagrafiche

L'età mediana delle donne medico è di 52,3 anni mentre per gli uomini è di 59,1 anni, le donne medico risultano più giovani dei colleghi maschi di circa 7 anni. Le donne fino ai 40 anni sono il 24,4% e gli uomini il 15,9%; la percentuale è ancora più diversa tra maschi e femmine per la classe d'età 51 anni e più, 47,3% per le donne e 65,2% per gli uomini. Dalla tabella 3.1 notiamo che gli uomini sono maggiormente rappresentati nella fascia d'età più vecchia mentre nelle altre fasce d'età ci sono più donne.

Tab. 3.1 – Distribuzione percentuale dei medici per classi d'età

Età	Maschi	Femmine	Totale
Fino a 40 anni	15,9	24,4	20,2
41-50 anni	18,9	28,3	23,6
51 e più	65,2	47,3	56,2
Totale	301 100,0	332 100,0	633 100,0
Età mediana	59,1	52,3	-

Grafico 3.1 – Distribuzione percentuale dei medici per classe d'età

Per i medici è molto difficile conciliare la propria vita lavorativa con quella familiare a causa dei carichi di lavoro ingenti, le donne medico che riescono a costruirsi una famiglia e ad avere il primo figlio, come si può vedere dalla tabella 3.2 avviene molto spesso dopo i 40 anni. Questo si può attribuire al fatto che il nostro campione ha una struttura d'età molto diversa tra maschi e femmine, per eliminare l'effetto dell'età si calcoleranno i tassi standardizzati con il metodo della popolazione tipo.

Tab. 3.2 – Numero medio di figli dei medici per sesso ed età

Età	M	F
Fino a 40 anni	0,9	0,7
41-50 anni	1,7	1,3
51 anni e più	1,4	1,1
Totale	1,3	1,0

Tab. 3.3 – Distribuzione percentuale delle donne medico per età e numero di figli

	Nessuno	1	2	3 o più	Totale
Fino a 40 anni	65,8	20,3	10,1	3,8	79 100,0
41-50 anni	25,8	31,2	32,3	10,7	93 100,0
51 anni e più	38,3	22,1	34,9	4,7	149 100,0
Totale	43,3	24,5	25,8	6,4	321 100,0

Tab. 3.4 – Distribuzione percentuale degli uomini medici per età e numero di figli

	Nessuno	1	2	3 o più	Totale
Fino a 40 anni	63,0	4,3	15,2	17,5	46 100,0
41-50 anni	18,5	9,3	57,4	14,8	54 100,0
51 anni e più	23,3	26,9	35,2	14,6	193 100,0
Totale	34,9	13,5	35,9	15,6	293 100,0

Applichiamo il metodo della popolazione tipo:

$$\hat{p}_{F, \text{Nessuno}} = 40,9\%$$

$$\hat{p}_{M, \text{Nessuno}} = 30,2\%$$

$$\hat{p}_{F, 1 \text{ figlio}} = 23,9\%$$

$$\hat{p}_{M, 1 \text{ figlio}} = 18,2\%$$

$$\hat{p}_{F, 2 \text{ figli}} = 29,3\%$$

$$\hat{p}_{M, 2 \text{ figli}} = 36,4\%$$

$$\hat{p}_{F, 3 \text{ o più figli}} = 5,9\%$$

$$\hat{p}_{M, 3 \text{ o più figli}} = 15,2\%$$

Dalla standardizzazione effettuata il tasso per le donne senza figli risulta essere più elevato rispetto agli uomini, rispettivamente 40,9% e 30,2%, quindi effettivamente le donne hanno meno figli dei colleghi uomini. Inoltre, si osserva che il tasso per le donne che hanno un figlio è più elevato degli uomini. Il tasso cambia notevolmente per chi ha 3 o più figli, infatti, sono gli uomini ad avere più figli, 15,2% rispetto alle donne 5,9%.

Anche nelle tabelle 3.5 e 3.6 ci troviamo nella stessa situazione precedente, dove l'età gioca un ruolo fondamentale, analizziamo la variabile seguente eliminando il fattore età.

Tab. 3.5 – Distribuzione percentuale delle donne medico donne per età e nucleo familiare

	Sola	Nella famiglia di origine	Nella famiglia che si è costruita	Totale
Fino a 40 anni	31,6	6,3	62,1	79 100,0
41-50 anni	5,3	3,2	91,5	94 100,0
51 anni e più	18,2	3,9	77,9	154 100,0
Totale	18,4	4,5	77,1	327 100,0

Tab. 3.6 – Distribuzione percentuale degli uomini medici per età e nucleo familiare

	Solo	Nella famiglia di origine	Nella famiglia che si è costruito	Totale
Fino a 40 anni	20,8	6,3	72,9	48 100,0
41-50 anni	10,5	1,8	87,7	94 100,0
51 anni e più	5,2	0,5	94,3	154 100,0
Totale	12,2	2,9	84,9	296 100,0

Applichiamo il metodo della popolazione tipo:

$$\hat{p}_{F, \text{Sola}} = 17,9\%$$

$$\hat{p}_{M, \text{Solo}} = 9,6\%$$

$$\hat{p}_{F, \text{Fam origine}} = 4,2\%$$

$$\hat{p}_{M, \text{Fam origine}} = 1,9\%$$

$$\hat{p}_{F, \text{Fam costruita}} = 77,9\%$$

$$\hat{p}_{M, \text{Fam costruita}} = 88,4\%$$

Dai tassi standardizzati ottenuti si può osservare che effettivamente ci sono molte più donne che vivono da sole rispetto agli uomini, rispettivamente 17,9% e 9,6%. Inoltre le donne vivono maggiormente nella famiglia di origine, mentre gli uomini nella famiglia che si sono costruiti.

3.2 Qualità e stile del lavoro medico

Il concetto di qualità del lavoro non può prescindere da quello di benessere del lavoratore. Alcuni economisti considerano la soddisfazione espressa dai lavoratori una misura diretta del benessere degli stessi. Benessere che non dipende solo dall'ammontare di denaro ricevuto in cambio della propria prestazione lavorativa, ma anche da una serie di altre variabili socio-relazionali.

Per analizzare la qualità e lo stile di lavoro dei medici, analizziamo la distribuzione dei medici per tipo di lavoro e l'età. Dalle tabelle 3.7 e 3.8 si vede chiaramente che più donne lavorano nell'Azienda Ospedaliera mentre ci sono più uomini convenzionati con l'università.

Ci sono più donne che lavorano come medico ospedaliero a tempo determinato e sono più vecchie dei loro colleghi uomini; mentre ci sono più uomini che lavorano come medico ospedaliero a tempo indeterminato e le donne sono più giovani degli uomini. Il 42,1% delle donne tra i 41 ei 50 anni sono Medici di Medicina Generale contro il 9,7% degli uomini, mentre per la classe d'età dai 51 anni in poi gli uomini sono l'87,1% contro il 57,9% delle donne. Le donne che sono pediatre di libera scelta sono più giovani rispetto agli uomini. Le donne lavorano maggiormente come medico specialista ambulatoriale interno, mentre viceversa gli uomini come medico specialista convenzionato esterno; inoltre le donne che lavorano come specialista ambulatoriale interno sono più giovani.

Tab. 3.7 – Distribuzione percentuale delle donne medico per età e rapporto di lavoro

	Fino a 40 anni	41-50 anni	51 anni e più	Totale
Medico Ospedaliero, t. determinato	76,0	8,0	16,0	25 100,0
Medico Ospedaliero, t. indeterminato	18,7	37,8	43,5	193 100,0
Medico Ospedaliero e univers. convenzion.	33,3	0,0	66,7	3 100,0
Medico Universitario	16,7	6,7	76,6	30 100,0
Medico di Medicina Generale	0,0	42,1	57,9	19 100,0
Medico Pediatra di Libera Scelta	0,0	0,0	100,0	3 100,0
Medico Specialista Ambulatoriale Interno	18,6	16,3	65,1	43 100,0
Medico Specialista Convenzionato Esterno	100,0	0,0	0,0	4 100,0
Medico di Continuità Assistenziale	100,0	0,0	0,0	1 100,0
Totale	40,4	12,3	47,3	321 100,0

Tab. 3.8 – Distribuzione percentuale degli uomini medico per età e rapporto di lavoro

	31-40 anni	41-50 anni	51 anni e più	Totale
Medico Ospedaliero, t. determinato	75,0	8,3	16,7	12 100,0
Medico Ospedaliero, t. indeterminato	15,4	22,3	62,3	175 100,0
Medico Ospedaliero e univers. convenzion.	13,3	26,7	60,0	15 100,0
Medico Universitario	8,9	16,6	75,5	45 100,0
Medico di Medicina Generale	3,2	9,7	87,1	31 100,0
Medico Pediatra di Libera Scelta	0,0	0,0	100,0	2 100,0
Medico Specialista Ambulatoriale Interno	0,0	14,3	85,7	7 100,0
Medico Specialista Convenzionato Esterno	60,0	0,0	40,0	5 100,0
Medico di Continuità Assistenziale	0,0	50,0	50,0	2 100,0
Totale	19,5	16,4	64,1	294 100,0

I medici lavorano oltre 9 ore al giorno, le donne medico dedicano un po' meno tempo al lavoro ma più tempo alla famiglia rispetto agli uomini, infatti, dedicano 48 minuti in più al giorno alla famiglia. Il tempo dedicato alle attività sociali e a se stessi e agli hobby è molto ridotto sia per gli uomini che per le donne.

Tab. 3.9 – Distribuzione in ore del Time-budget in una giornata tipo dei medici per sesso

Time-budget in un giorno lavorativo tipico	Maschi	Femmine	Totale
Lavoro	9,4	9,0	9,2
Famiglia	3,8	4,6	4,2
Se stesso/a, hobby	1,5	1,3	1,4
Attività sociali	0,8	0,7	0,8
Riposo	6,7	6,6	6,6
Totale	22,2	22,2	22,2

Del proprio lavoro, i medici apprezzano maggiormente l'utilizzo delle proprie conoscenze e competenze, la rispondenza ai propri interessi culturali, l'utilità sociale delle attività svolte, la garanzia del posto di lavoro, il rapporto di collaborazione con i colleghi e il rapporto con i collaboratori subordinati.

Viceversa, gli aspetti meno soddisfacenti sono soprattutto due: le prospettive di guadagno e di benefici economici, che vede il livello di soddisfazione scendere a poco più del 48% per gli uomini e del 42% per le donne, e le prospettive di sviluppo di carriera e crescita professionale che sono meno del 50% per gli uomini e meno del 60% per le donne.

Tra i diversi fattori di soddisfazione o insoddisfazione non si notano sostanziali differenze di genere anche se, dove c'è "scontento", questo appare più marcato tra le donne medico. Le donne medico sono ancora meno soddisfatte a differenza dei loro colleghi maschi per quanto riguarda le prospettive di guadagno, di benefici economici e di prospettive di carriera. Le donne trovano più difficoltà a conciliare vita e lavoro e ad essere coinvolte nelle decisioni lavorative che le riguardano.

La soddisfazione riguardo il rapporto di lavoro con i superiori è maggiore tra gli uomini, 74,9%, che tra le donne 69,8%. Viceversa, le donne esprimono maggiore soddisfazione per i benefici percepiti.

Tab. 3.10 – Distribuzione percentuale di soddisfazione dei aspetti sulla attività lavorativa dei medici per sesso (valutazioni 6-10)

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Utilizzo delle conoscenze e competenze	88,8	88,6
Rispondenza ai interessi culturali	86,8	84,4
Prestigio esterno che dà il lavoro	78,9	67,6
Riconoscimento del proprio ruolo sul lavoro	76,2	67,6
Utilità sociale delle attività svolte	88,1	88,6
Flessibilità di orari e tempi di lavoro	67,3	55,9
Possibilità di conciliare vita e lavoro	58,1	53,5
Reddito e benefit percepiti	52,5	53,8
Acquisizione continua di professionalità	79,2	73,0
Prospettive di guadagno, di benefit economici	48,5	42,3
Prospettive di sviluppo di carriera	49,8	37,5
Garanzia di mantenere il posto	82,2	83,2
Stabilità del contratto di lavoro	81,9	80,5
Sicurezza e salute nel luogo di lavoro	77,2	72,1
Temperatura, area condizionata nel ambiente	75,6	62,2
Ubicazione, distanza tra casa e luogo di lavoro	81,2	78,4
Coinvolgimento nelle decisioni che la riguardano	66,7	54,6
Autonomia nell'esercitare le funzioni	82,8	78,1
Possibilità di proporre idee nuove, progetti	71,3	63,4
Varietà delle attività che svolge	79,2	73,0
Possibilità di dire con franchezza ciò che pensa, senza temere ritorsioni di alcun genere	72,0	57,4
Rapporti con i superiori	74,9	69,8
Rapporti di collaborazione con i colleghi	84,8	80,2
Rapporti con i collaboratori (subordinati)	88,8	89,8
Modernità/peculiarità del tipo di lavoro	85,2	79,3
Etica produttiva, serietà dell'azienda/ente	76,2	76,6

Ai medici che hanno compilato il questionario, sono state poste domande circa il grado di soddisfazione per il proprio lavoro nel complesso e la soddisfazione o meno in relazione a determinati aspetti della vita lavorativa.

Gli aspetti che più contano nel definire la soddisfazione per il lavoro che fa il medico sono diversi, quelli che però troviamo più spesso citati dai medici sono: l'autonomia nel prendere le proprie decisioni nel lavoro; l'utilità sociale delle attività svolte; il rapporto umano che hanno con i pazienti e i familiari dei pazienti; i rapporti di collaborazione con i colleghi;

la ricerca, la competenza, la crescita professionale, la possibilità di aggiornamento; l'etica con cui lavorano; il riconoscimento e la gratificazione del lavoro che fanno. Aspetti che in parte avevamo già visto precedentemente.

Nell'esprimere la soddisfazione per i vari aspetti della propria professione i medici si confrontano prevalentemente con i coetanei (39,6% uomini e 28,8% donne) e con le persone con cui hanno studiato (14,2% uomini e 25,2% donne). Inoltre, i medici parlano degli aspetti che caratterizzano il loro lavoro con i genitori, parenti o conoscenti che sono a livelli alti nelle professioni; spesso preferiscono non confrontarsi con nessuno.

Tab. 3.11 – Distribuzione percentuale dei medici per con chi si confrontano e sesso

Con chi si confronta prevalentemente:	Maschi	Femmine	Totale
con i coetanei in genere	39,6	28,8	34,2
con le persone con cui ha studiato	14,2	25,3	19,8
con genitori, parenti o conoscenti che sono a livelli alti nelle professioni	10,2	12,6	11,4
con genitori o altri familiari che faticano a farsi strada nelle professioni	2,0	2,1	2,1
con la generazione precedente che partiva da livelli lavorativi più bassi	1,3	1,2	1,2
con i molti che non riescono ad avere ciò che Lei ha	8,3	10,5	9,4
con nessuno	11,9	7,8	9,8
con altri	9,2	9,0	9,1
non indicato	3,3	2,7	3,0
Totale	303 100,0	334 100,0	637 100,0

Una variabile fondamentale nello studio dei problemi legati alla conciliazione è il "tempo del lavoro" e, dove il modello ideale è il *full-time* per tutto il ciclo della vita lavorativa dell'individuo. La conciliazione del lavoro con gli impegni familiari non è legata solo ai turni, ma riguarda soprattutto la rigidità degli orari di lavoro: è sempre più frequente la richiesta da parte di diverse dipendenti di una maggiore flessibilità degli orari (Barbara Poggio, 2008). Anche se ancora poco diffuso in Italia, il ricorso al lavoro *part-time*, soprattutto per le donne, permetterebbe di rendere compatibili gli impegni lavorativi e quelli familiari.

La difficoltà per le donne con figli piccoli di dedicarsi in maniera esclusiva all'attività lavorativa, le spinge ad optare per il tempo parziale, nonostante le inevitabili ripercussioni in termini di carriera e di reddito (Barbara Poggio, 2008). Infatti, nella tabella 3.12 si nota come il tempo parziale (8,7%) sia un'opportunità che va maggiormente incontro alle necessità dei medici donna. Importante sottolineare che sia per gli uomini che per le donne medico la maggiore flessibilità degli orari di lavoro, la maggiore vicinanza del lavoro a casa e la migliore distribuzione dei carichi di lavoro sono aspetti fondamentali per la propria professione.

Tab. 3.12 – Distribuzione percentuale dei medici per opportunità che vanno maggiormente incontro alle loro necessità e sesso

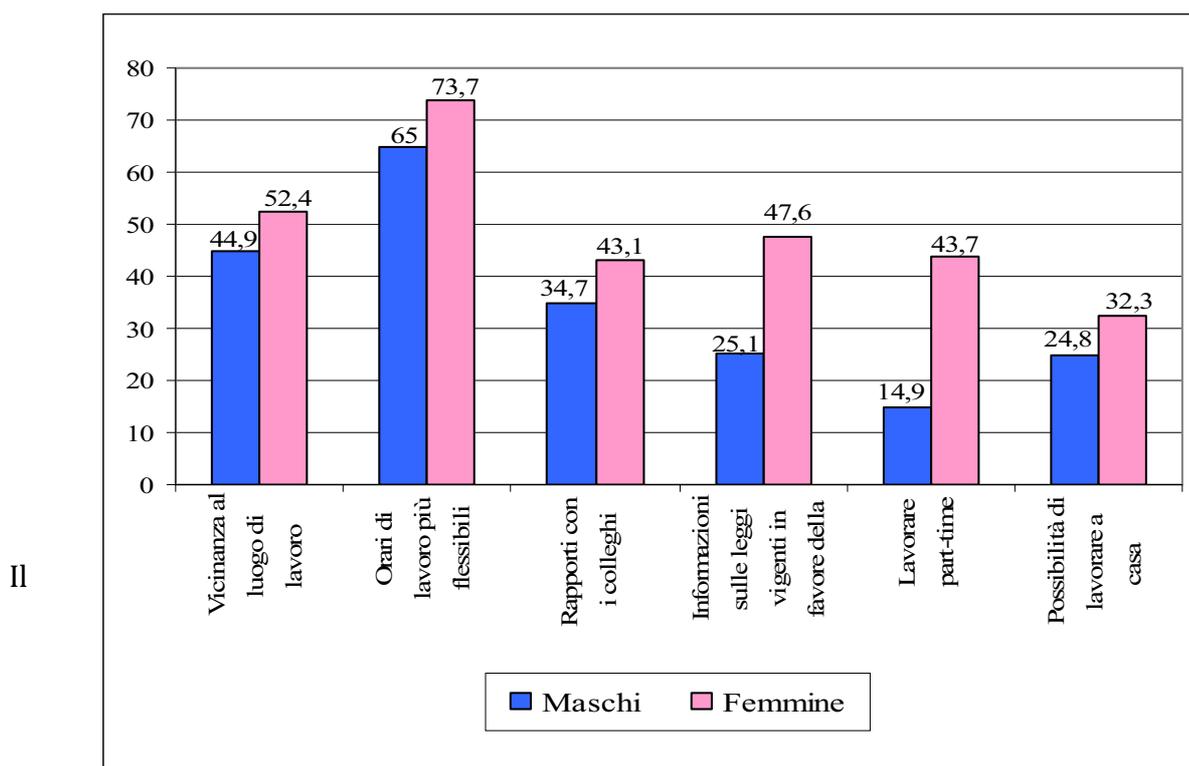
	Maschi	Femmine	Totale
Maggiore flessibilità di orario di lavoro	23,4	24,6	24,0
Maggiore vicinanza del lavoro a casa	17,5	11,4	14,5
Minore costo dei servizi	4	0,9	2,5
Offerta di maggiori servizi	7,2	8,7	7,9
Migliore qualità dei servizi	8,6	5,1	6,8
Migliore distribuzione dei carichi di lavoro	26,4	30,0	28,2
Part-time	1,7	8,7	5,2
Non indicato	11,2	10,6	10,9
Totale	303 100,0	334 100,0	637 100,0

Dalla tabella 3.13 si osservano dei fattori che potrebbero aiutare a conciliare vita lavorativa con quella privata come la flessibilità degli orari, e la maggiore vicinanza al luogo di lavoro. Le donne ritengono più importante i rapporti con i colleghi rispetto agli uomini (43,3% contro 34,7%), avere maggiori informazioni sulle leggi vigenti in favore della conciliazione (47,8% contro 25,1%) e maggiori possibilità di lavorare a casa (32,7% contro 24,8%).

Tab. 3.13 – Distribuzione percentuale dei medici sui fattori che potrebbero aiutare a conciliare vita lavorativa e privata per sesso (abbastanza-molto)

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Maggiore vicinanza al luogo di lavoro	44,9	52,6
Orari di lavoro più flessibili	65,0	73,9
Migliori rapporti con i colleghi	34,7	43,3
Maggiori informazioni sulle leggi vigenti in favore della conciliazione	25,1	47,8
Lavorare part-time	14,9	43,8
Maggiori possibilità di lavorare a casa	24,8	32,7

Grafico 3.2 - Distribuzione percentuale dei medici sui fattori che potrebbero aiutare a conciliare vita lavorativa e privata per sesso



fattore che ha avuto più peso nella scelta lavorativa attuale è la costruzione di una famiglia per entrambi i sessi. Per le donne però ha avuto molto più peso il fatto che il lavoro non era vicino alla propria abitazione (64,7% contro 49,2% degli uomini) e la quantità di ore previste per il lavoro (37,2% contro 23,1% degli uomini). Viceversa gli uomini danno più peso alla remunerazione (36,3% contro 29,4% delle donne).

Tab. 3.14 – Distribuzione percentuale dei medici in che misura questi aspetti hanno avuto peso nella scelta lavorativa e sesso (abbastanza-molto)

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Costruzione famiglia attuale	60,1	60,1
Vicinanza tra lavoro e abitazione	49,2	64,7
Tipo di remunerazione	36,3	29,4
Ore lavorative previste	23,1	37,2

Il lavoro incide sulla vita sociale dei medici ancor più che sulla famiglia a causa della stanchezza e della mancanza di tempo; tutto questo vale più per le donne che per gli uomini che sono meno impegnati nella cura della famiglia.

Tab. 3.15 – Distribuzione percentuale dei medici per equilibrio tra lavoro e vita sociale e sesso

Cause di difficoltà	Maschi (n=303)			Femmine (n=334)		
	vita personale	vita familiare	vita sociale	vita personale	vita familiare	vita sociale
Così stanco di lavoro che ho difficoltà con	44,9	39,3	45,9	64,6	54,1	65,5
A causa orari di lavoro ho difficoltà con	45,9	39,9	43,6	58,9	50,8	60,1
Preoccupazioni di lavoro: difficoltà con	35,3	32,0	30,4	39,9	33,0	36,3

3.3 Problemi sul lavoro in termini di parità di genere

Vediamo ora cosa hanno risposto i medici alla domanda se esistono branche specialistiche o attività lavorative nel campo medico più consone alle donne. La domanda non è peregrina. Infatti, la realtà mostra una considerevole segregazione, o specializzazione, per genere. Il quesito mira a conoscere il punto di vista dei medici e riguarda pertanto non la conoscenza della realtà bensì l'atteggiamento dei medici sull'argomento. I medici uomini hanno ritenuto che i campi nei quali le donne sono più adatte a lavorare sono: pediatria, medicina interna e generale, ginecologia, ostetricia, oculistica, dermatologia e medicina di laboratorio. Le donne medico pensano che per una donna sono più adeguate alcune branche specialistiche più di altre: le attività ambulatoriali come dermatologia e oculistica, la medicina generale, la pediatria e tutte quelle attività che non riguardano la chirurgia; le attività ambulatoriali sono richieste dalle donne perché riescono a conciliare la vita lavorativa con quella familiare soprattutto se hanno figli. I medici sono in egual misura d'accordo nell'affermare che le donne possono lavorare in tutte le branche specialistiche ma senza lavorare di notte, nei giorni festivi che non prevedono reperibilità e turni disagiati.

Tab. 3.16 – Frequenze assolute dei medici per branche specialistiche più consone alle donne

BRANCHE SPECIALISTICHE PIÙ CONSONE ALLE DONNE	M	F	Totale
Tutte quelle che non prevedono notti, turni e festivi e/o reperibilità.	11	9	20
Tutte	4	2	5
Quelle che non richiedono attività fisicamente massacranti, che impegnano meno fisicamente	2	2	4
Tutte quelle ad orari "fissi"	1	2	3
Specializzazioni che permettano la libera professione	0	1	1
Pediatria	39	21	60
Medicina generale, clinica, interna	14	25	39
Ginecologia	26	9	35
Attività ambulatoriali	1	23	24
Dermatologia	9	15	24
Ocullistica	8	9	17
Psichiatria	10	7	17
Attività non chirurgiche	6	9	15
Medicina di laboratorio	8	4	12
Ostetricia	8	2	10
Aree - specializzazioni mediche	6	4	10

Direzione sanitaria, ruoli dirigenziali, organizzazione	3	6	9
Endocrinologia	3	3	6
Fisiatria	3	3	6
Igiene	2	3	5
Geriatría	2	2	4
Otorinolaringoiatria	1	3	4
Chirurgia	2	1	3
Medicina del lavoro	0	3	3
Anestesia	3	0	3
Odontoiatria	1	2	3
Fisioterapia	0	2	2
Oncologia	1	1	2
Radiologia	2	0	2
Chirurgia plastica/estetica	1	1	2
Medicina dello sport	0	2	2
Ricerca	2	0	2
Guardia medica, medicina distrettuale	0	2	2
Diabetologia	1	1	2
Cardiologia	0	2	2
Dietologia, nutrizione	1	1	2
Non ortopedia	1	1	2
Reumatologia	0	1	1
Senologia	1	0	1
Alcune chirurgie specialistiche	1	0	1
Immunologia	0	1	1
Logopedia	1	0	1
Medicina diagnostica	1	0	1
Neurologia	1	0	1
Rianimazione	1	0	1
Medicina d'urgenza	0	1	1
Specialità sumai	0	1	1
Allergologia	0	1	1
Ortopedia	0	1	1
Istologia	1	0	1
Altro (risposte non pertinenti)	2	3	5

Nella tabella 3.17 al quesito sui motivi principali per cui le donne sono in netta minoranza nelle posizioni apicali, l'83,2% degli uomini ritiene che ciò sia dovuto ad una maggiore difficoltà per la donna di conciliare casa, lavoro e carriera; le donne la pensano allo stesso modo, 86,2%. Un altro motivo preminente tra le donne è la cultura, 71,5%, questo perché nel passato nelle posizioni apicali ci sono sempre stati gli uomini e alla donna è sempre stato connotato un ruolo inferiore rispetto all'uomo.

Tab. 3.17 – Distribuzione percentuale dei medici in quale misura le donne che rivestono ruoli apicali sono in netta minoranza per sesso (abbastanza-molto)

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Maggiore difficoltà per la donna a conciliare casa, lavoro, carriera	83,2	86,2
Scarsa volontà delle donne a far carriera	8,9	16,2
Motivi culturali	48,8	71,5
Difficoltà di impegno da parte del partner	39,6	56,8

Nella tabella 3.18 si osserva che le donne hanno maggiori difficoltà a rapportarsi con i colleghi maschi (16,3% contro il 13,2% degli uomini) e con le colleghe donne (15,6% contro l'8,6% degli uomini).

Tab. 3.18 - Distribuzione percentuale dei medici per difficoltà di rapporto con i colleghi durante la carriera e sesso

	Maschi	Femmine	Totale
Mai avuto difficoltà	31,0	29,7	30,3
Maggiori difficoltà con colleghi maschi	13,2	16,3	14,7
Stesse difficoltà con colleghi di ambedue i sessi	45,5	37,2	41,4
Maggiori difficoltà con colleghe donne	8,6	15,6	12,1
Non indicato	1,7	1,2	1,5
Totale	303 100,0	334 100,0	637 100,0

Nel caso di rapporti con il personale tecnico-infermieristico sono gli uomini ad avere più problemi soprattutto con il personale maschile, 4,3%. Sia le donne che gli uomini trovano maggiori difficoltà a rapportarsi con il personale femminile, rispettivamente 9,6% e 8,9%. Più del 50% dei medici non hanno mai avuto difficoltà con il personale tecnico-infermieristico.

Tab. 3.19 - Distribuzione percentuale dei medici per difficoltà di rapporti con il personale tecnico-infermieristico e sesso

	Maschi	Femmine	Totale
Mai avuto difficoltà	51,8	61,0	56,4
Maggiori difficoltà con personale maschile	4,3	2,4	3,4
Stesse difficoltà con personale di entrambi i sessi	34,0	25,8	29,9
Maggiori difficoltà con personale femminile	8,9	9,6	9,2
Non indicato	1,0	1,2	1,1
Totale	303 100,0	334 100,0	637 100,0

Le donne medico trovano più difficoltà rispetto ai loro colleghi uomini a rapportarsi con superiori dell'altro sesso, 30,6% contro il 26,7% degli uomini, e con superiori femmine, 7,5% contro il 3,6% degli uomini. Per oltre il 35% i medici non hanno mai avuto difficoltà di rapporto con i loro superiori.

Tab. 3.20 - Distribuzione percentuale dei medici per difficoltà di rapporto con i superiori e sesso

	Maschi	Femmine	Totale
Mai avuto difficoltà	42,6	38,4	40,5
Maggiori difficoltà con personale maschile	26,7	30,7	28,7
Stesse difficoltà con personale di entrambi i sessi	26,4	22,8	24,6
Maggiori difficoltà con personale femminile	3,6	7,5	5,6
Non indicato	0,7	0,6	0,6
Totale	303 100,0	334 100,0	637 100,0

Maschi e femmine hanno la medesima immagine della professione, il medesimo impianto culturale. I medici considerano la competenza professionale l'aspetto più importante per la carriera rinforzata dall'esperienza lavorativa, dalle pubblicazioni e dai percorsi formativi. Il 10% in più delle donne rispetto agli uomini pensano che una esperienza lavorativa all'estero sia uno dei fattori che maggiormente determinano la carriera del medico. Inoltre, i medici pensano che grazie alle raccomandazioni, ai politici, al clientelismo e al nepotismo si possa arrivare ai vertici della carriera ospedaliera.

Tab. 3.21 – Distribuzione percentuale dei medici per i fattori che determinano la carriera del medico e sesso

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Competenza	82,5	82,3
Esperienza lavorativa	24,4	22,2
Esperienza all'estero	28,4	39,3
Pubblicazioni	70,3	60,4
Percorsi formativi oltre la specialità	14,9	15,0
Riconoscimenti ottenuti	11,9	16,5
Inserimento in gruppi di lavoro coerenti con le <i>best practice</i>	13,5	15,0
Altro (raccomandazioni, politici, clientelismo, nepotismo, ...)	60,3	39,7

Dalla tabella 3.22 si vede come il livello di insoddisfazione sia più alto per le donne che non per gli uomini soprattutto per quanto riguarda il livello raggiunto nella propria carriera professionale (40,8% contro 34%). Inoltre, le donne trovano che la loro vita privata interferisce molto di più con la qualità del lavoro, 25,2%, rispetto agli uomini, 16,8%. Si percepisce la stessa insoddisfazione per entrambi i sessi riguardo la professione che svolge attualmente.

Tab. 3.22 – Distribuzioni percentuali dei medici per insoddisfazione nel lavoro e sesso

	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
Insoddisfatto del lavoro che svolge attualmente	23,8	25,8
Insoddisfatto del livello raggiunto nella carriera professionale	34,0	40,8
La mia vita privata interferisce con la qualità del lavoro	16,8	25,2

3.4 Attese e progetti per il futuro

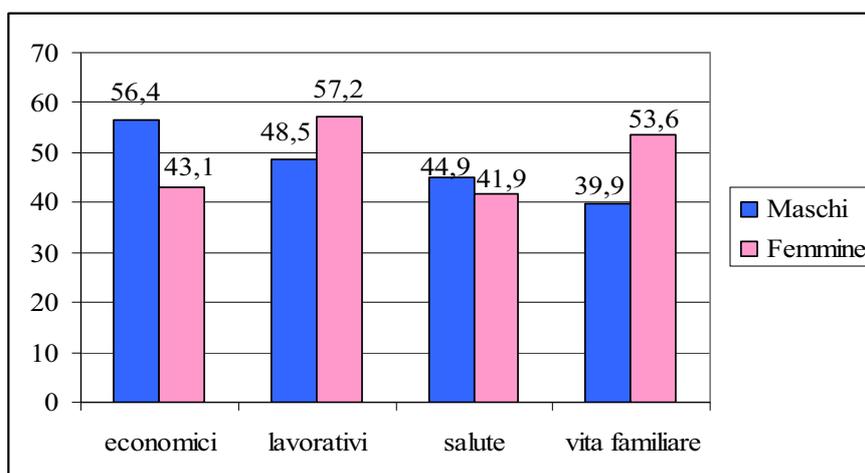
Vediamo cosa pensano i medici sul proprio futuro, quali attese e progetti vorrebbero realizzare, quali suggerimenti possono dare per migliorare la situazione lavorativa di tutti i medici nel territorio.

La tabella 3.23 analizza quali sono gli aspetti che più preoccupano i medici nei prossimi tre anni, per il prossimo futuro gli uomini sono più preoccupati per gli aspetti economici, 56,4%, legati al lavoro. Viceversa le donne considerano gli aspetti occupazionali, 57,4%, e di vita familiare, 53,8%, più problematici rispetto agli uomini, i quali sono preoccupati rispettivamente per il 48,5% e 39,9%. Le donne hanno paura di perdere il loro posto di lavoro e di non saper trovare un equilibrio per gestire adeguatamente la propria vita lavorativa e familiare.

Tab. 3.23 – Distribuzione percentuale dei medici per aspetti che li preoccupano nei prossimi tre anni e sesso (abbastanza-molto)

Aspetti preoccupanti nei prossimi tre anni:	Maschi (n=303)	Femmine (n=334)
- economici	56,4	43,2
- lavorativi	48,5	57,4
- salute	44,9	42,0
- vita familiare	39,9	53,8

Grafico 3.3 – Distribuzione percentuale dei medici per aspetti preoccupanti nei prossimi tre anni e sesso



Il 18% delle donne vorrebbe avere un figlio, infatti, le donne sono più giovani degli uomini, solo il 38,7% dichiara di voler fare importanti avanzamenti di carriera a differenza degli uomini 50,2%. Le donne desiderano più degli uomini, il 18,6% contro il 15,2%, stabilizzare la propria relazione affettiva. Come si è già visto, le donne interpellate vivono più sole rispetto agli uomini, il 71,3% degli uomini contro il 62,5% delle donne sono riusciti a stabilizzare una relazione affettiva con il proprio partner. Il 13,8% degli uomini e il 16,8% delle donne desidera cambiare lavoro nei prossimi tre anni, si può quindi percepire un'insoddisfazione dei medici in campo lavorativo.

Tab. 3.24 – Distribuzione percentuale dei medici per cosa desiderano realizzare nei prossimi tre anni e sesso

n Col ptc	Maschi (n=303)				Femmine (n=334)			
	Sì	Già realiz.	No	NR	Sì	Già realiz.	No	NR
Nei prossimi tre anni vorrebbe:								
stabilizzare una relazione affettiva	46 15,2	216 71,3	23 7,6	18 5,9	62 18,6	208 62,5	42 12,6	22 6,3
avere un figlio	35 11,6	171 56,4	80 26,4	17 5,6	60 18,0	108 44,4	99 29,7	27 7,9
un lavoro pienamente soddisfacente	96 31,6	132 43,6	55 18,2	20 6,6	113 33,9	118 35,4	74 22,2	29 8,5
cambiare lavoro	42 13,8	25 8,3	216 71,3	20 6,6	56 16,8	16 4,8	235 70,6	27 7,8
importanti avanzamenti carriera	152 50,2	27 8,8	109 36,0	15 5,0	129 38,7	12 3,6	170 50,9	23 6,7
acquistare casa	58 19,1	162 53,5	65 21,5	18 5,9	73 21,9	171 51,4	67 20,1	23 6,6
realizzare obiettivi personali	148 48,8	35 11,6	101 33,3	19 6,3	165 49,6	22 6,6	125 37,5	22 6,3
non ho progetti particolari	57 18,8	17 5,7	151 49,8	78 25,7	58 17,4	6 1,8	137 41,1	133 39,7

I suggerimenti che i medici, sia donne che uomini, danno alla propria Azienda Ospedaliera per migliorare la loro condizione sono molti. Uno dei principali è quello di creare un asilo nido e una scuola materna all'interno dell'Azienda per favorire la conciliazione tra il lavoro e la famiglia.

Altro problema è la burocrazia, i medici sostengono che il loro lavoro viene ostacolato dalle pratiche amministrative, non riuscendo a volte a dedicarsi come vorrebbero ai loro pazienti. Per i medici è molto importante il lavoro di équipe, il saper collaborare insieme come un'unica

unità con continui confronti tra loro in modo da poter allargare i propri orizzonti e avere una cultura più ampia sul campo; è richiesta una maggiore collaborazione e comunicazione tra i medici ospedalieri e i medici che operano nel territorio.

I medici chiedono sempre più spesso di valorizzare la meritocrazia in base alla professionalità, alla competenza e all'impegno nel lavoro e, di poter fare maggiori corsi di aggiornamento e attività di formazione professionale per un continuo confronto, scambio di idee ed esperienze con i colleghi.

I medici vorrebbero lavorare con ritmi di lavoro più umani e rispettosi con orari flessibili, hanno carichi di lavoro troppo pesanti e una mole di lavoro sempre maggiore, chiedono di assumere più personale medico e infermieristico perché solo così i ritmi di lavoro potranno essere sostenibili e potrà essere possibile realizzare anche la propria vita privata; assumere medici giovani in tutti i settori ospedalieri e del territorio, in quanto l'età media dei medici ospedalieri è purtroppo elevata e quelli attualmente in servizio stanno dando professionalmente ed umanamente molto sul piano dell'impegno personale e fisico.

La politica e i sindacati dovrebbero restare il più possibile al di fuori delle attività ospedaliere. Inoltre, i medici chiedono di assumere i precari con un contratto a tempo indeterminato; potenziare i collegamenti tra casa e posto di lavoro con mezzi pubblici per poter conciliare al meglio orari lavorativi e di rientro a casa, e un parcheggio per le macchine.

I medici si sentono sottopagati e vogliono un aumento dello stipendio e gratificazioni economiche per il proprio lavoro e impegno. Inoltre, desiderano migliorare la propria immagine professionale agli utenti anche con l'aiuto della stampa e vogliono migliorare le relazioni con i pazienti e i familiari attraverso corsi obbligatori attivati dall'ospedale e/o dall'università.

Tab. 3.25 – Frequenze assolute dei medici per tipo di suggerimento.

SUGGERIMENTI	Frequenze
Lavoro di equipe, maggiore collaborazione e comunicazione tra i medici e i medici del territorio. Confronto tra medici. Maggiore trasparenza, comunicatività tra amministrazione e operatori sanitari.	24
Valorizzare la "meritocrazia" (competenza, professionalità e impegno nel lavoro).	24
Attivare un asilo nido/ asilo all'interno dell'azienda ospedaliera.	19
Miglior riconoscimento economico, maggiori gratificazioni economiche. Rivalutare il trattamento economico assolutamente inadeguato.	17
Snellire la 'burocrazia' nell'attività medica e trasferire alcune competenze ad altre figure professionali.	16

Lavorare con ritmi umani e rispettosi del tempo extralavorativo, diminuire i carichi di lavoro. Rendere gli orari più flessibili, distribuzione più equa degli orari di lavoro e delle attività lavorative nell'ambito dei reparti (chirurgici), migliore distribuzione dei turni di lavoro.	14
La regione deve assumere personale medico, paramedico, infermieristico e amministrativo perché solo così i ritmi di lavoro potranno essere sostenibili e potrà essere possibile realizzare anche la propria vita privata. Mole di lavoro sempre maggiore.	14
Maggiore attività di formazione professionale (incontri per scambiarsi le idee ed esperienze fatte sul campo). Accrescere le proprie competenze.	12
Obbligo di aggiornamento. Organizzare più corsi di aggiornamento.	12
Migliorare l'immagine del medico agli occhi degli utenti anche con la collaborazione della stampa. Migliore educazione sanitaria agli utenti. Migliore comunicazione medico-paziente-familiari.	11
Fare in modo che la competenza e la professionalità contino di più dell'affiliazione politica. Sganciare la medicina il più possibile dalla politica e dai sindacati.	9
Maggiore impegno nella questione delle sempre più frequenti accuse di malpractice, di malasanità. Non vivere sempre nel timore della denuncia, maggior tutela legale.	7
Eliminare il precariato, stabilizzare i precari.	6
Potenziare i collegamenti tra casa e posto di lavoro con mezzi pubblici per poter conciliare al meglio orari lavorativi e di rientro a casa, wi-fi cittadino.	6
Necessario un parcheggio auto per i dipendenti dell'ospedale.	5
Maggior coinvolgimento nelle decisioni strategiche. Maggior autonomia decisionale.	4
Counseling di supporto in casi di burn out, centro di ascolto e consulenza. Attivare un sito di confronto.	4
Potenziare gli strumenti (infermieri e specialisti,..) per l'assistenza domiciliare. Migliorare l'attività assistenziale territoriale 24/24.	4
Politica del part-time.	3
Incremento della coscienza etico-sociale della professione.	2
Possibilità di progettazione e indicazione delle esigenze reali dei singoli servizi e utenze. Efficienza.	2
Migliorare l'ambiente in cui i medici lavorano, ambiente lavorativo più sereno.	2
Assumere medici giovani in tutti i settori ospedalieri e del territorio, dato che in particolare l'età media dei medici ospedalieri è elevata.	2
E' richiesta al medico capacità di interazioni psicologiche con il paziente e con i parenti per la quale non è data nessuna preparazione specifica universitaria, è ora di cominciare a fornire strumenti adeguati che non si basino solo sul buon senso e sensibilità del singolo.	2
I medici lavorino con più coscienza e svolgano il lavoro che hanno scelto con maggior slancio e passione.	2
Maggior rispetto del proprio ruolo medico. Rispettarci.	2
Più concorsi pubblici.	2
Tenere conto (timbrando il cartellino) delle ore degli universitari. Far tener conto delle ferie agli universitari.	2
Una palestra in azienda.	1
Nelle cariche riconosciute (es. Ordine dei Medici) sarebbe importante partecipassero più figure femminili.	1
Consentire agli ospedalieri di accedere ai primariati a Padova.	1
Darsi in qualche modo da fare per una nuova riforma sanitaria e un riassetto globale delle politiche sanitarie.	1
Migliore utilizzazione dell'esperienza professionale.	1
I medici specialisti spesso sono costretti a lavorare per anni senza nessuna certezza con contratti che non garantiscono nessuna assistenza previdenziale.	1

Riorganizzare la Medicina generale secondo le proposte sindacali FIMMG.	1
Sarebbe opportuno, per lo meno nell'ambito della emergenza sanitaria, informare tutti sul funzionamento dei servizi di emergenza, e formare al primo soccorso tutti i medici che lavorano sul territorio.	1
Mettere più donne medico nei luoghi di potere, all'università ci vorrebbero più donne ordinarie ed in ospedale più donne primario.	1
Non valutare il medico in quanto risparmia nella spesa sanitaria ma nella qualità umana e professionale che offre ai suoi assistiti. Introdurre un mini ticket per l'accesso agli studi medici.	1
Permessi retribuiti per accudimento anziani e figli adolescenti fino ai 18 anni.	1
Incrementando la responsabilità civile, penale, erariale dei dirigenti amministrativi sui risultati ottenuti.	1
Una migliore prospettiva e sicurezza per i giovani medici.	1
Maggior apertura al privato (università privata, assicurazioni, fondazioni...).	1
Minore appiattimento di ruolo derivante dalla presenza di unica qualifica per il personale medico (dirigente medico di 1^livello).	1
Eliminare le reperibilità. Maggiore attività dei medici di base.	1
Incrementare le risorse per la medicina generale da parte delle USL e dei distretti.	1
Aumentare le ore di tirocinio pratico da effettuare presso le strutture in cui il medico successivamente eserciterà (Ospedale e territorio).	1
Avere la possibilità di discutere eventuali cambiamenti dell'attività lavorativa con i superiori onde fornire idonei suggerimenti per la ottimizzazione del lavoro.	1
Per quanto riguarda l'Azienda ULSS deve essere chiarito il ruolo fra AO e Università, le Direzioni strategiche mi pare che non abbiano le idee chiare.	1
Istituzione di un organismo di controllo dei carichi lavorativi	1
Far pagare un ticket per le visite inutili!	1
Dare la possibilità di tempo definito e di congedi parentali.	1
Criteri oggettivi nella valutazione e nel ruolo dei dirigenti, istituire un audit del gradimento delle direzioni strategiche per la loro conferma, escludere dai ruoli di direzione aziendale coloro che appartengono ad un partito politico.	1
Incrementare la cultura anche extraprofessionale.	1
Maggior controllo sul comportamento dei direttori (capacità relazionali e di coordinamento).	1
Maggiori contatti interdisciplinari.	1
Maggiore attenzione alla sanità pubblica- maggiore "best practice" allo scopo di riuscire a ridurre al minimo errori diagnostici e patologie iatrogene.	1
Obbligo di nuove esperienze lavorative in reparti affini alla propria specialità.	1
Maggiore organizzazione, meno reparti e maggiori obiettivi.	1
Adeguare gli organici che sono sempre più ridotti soprattutto per alcune branche.	1
Contratti ad personam in base alle competenze. Eliminare l'organizzazione attuale con primario, dirigenti medici subordinati ecc.	1
Creare una gestione indipendente della sanità. Controllare l'attività universitaria evitando l'autoreferenzialità.	1

Capitolo 4. Conclusioni

Appare necessario “ripensare” all’organizzazione del lavoro, individuando modalità più vicine ai reali bisogni di conciliazione delle lavoratrici e dei lavoratori, dei tempi di lavoro e dei tempi di vita. Modelli organizzativi del lavoro più flessibili nella prospettiva di favorire e non ostacolare il reinserimento del personale dopo la maternità, i congedi parentali, ecc..

Il tema della conciliazione dei tempi resta centrale nel mercato del lavoro e non può essere vista solo come una questione che riguarda le donne. Da un lato si deve puntare ad una maggiore condivisione dei compiti all’interno della famiglia e dall’altro su un diverso modello di organizzazione aziendale, su un’organizzazione più flessibile ma non penalizzante, come maternità e paternità, sistema di servizi, politica dei tempi, degli orari e del territorio.

L’accresciuta presenza femminile in ambito ospedaliero viene riferita ad una propensione “naturale” delle donne per le professioni medico-infermieristiche, in quanto professioni orientate alla cura dell’altro. Questa può essere una delle spiegazioni sul perché le donne medico si orientano prevalentemente verso specializzazioni tradizionalmente “femminili” come l’ostetricia, la pediatria, la ginecologia. Quindi, permane lo stereotipo per cui le donne sarebbero particolarmente adatte a certi tipi di professione che meglio rappresentano le figure tradizionali, quella di moglie e di madre, a cui sono state socializzate. La crescente presenza delle donne in Azienda porta però dei vantaggi, caratteristiche e doti propriamente femminili: dalla maggiore precisione e scrupolosità, alle spiccate capacità relazionali con i pazienti, fino alla capacità di produrre innovazioni organizzative.

I turni compresi notturni e festivi, le frequenti richieste di prolungamento dell’orario lavorativo, la reperibilità non sembrerebbero favorevoli alla condizione lavorativa femminile, divisa tra famiglia e professione. La richiesta di una maggiore flessibilità degli orari sia in entrata che in uscita difficilmente può realizzarsi per il personale sanitario di un’azienda ospedaliera, largamente organizzata su turni; ecco perché molti medici hanno dichiarato che le donne sono più adatte a lavorare in specialità di tipo ambulatoriali che non richiedono turni notturni, lavoro nei giorni festivi e nei week-end e reperibilità soprattutto se hanno figli.

Dalle analisi del capitolo tre secondo le donne medico il processo di rimozione degli ostacoli culturali è ancora lungo. Questo tipo di pregiudizio culturale continua a colpire anche le donne che sono riuscite a fare carriera in ospedale e a rivestire ruoli apicali imponendo loro di impegnarsi e dimostrare le proprie capacità più dei loro colleghi maschi per ottenere lo stesso riconoscimento. Le donne medico oltre agli impegni lavorativi legati ad orari di lavoro poco flessibili si lamentano di una ridotta collaborazione dei partner. Anche se in Italia il ricorso al part-time è ancora poco diffuso, è una delle risorse più richieste dalle donne medico che porta con sé una retribuzione più bassa e minori opportunità di carriera ma che aiuta a conciliare l'attività lavorativa con quella familiare.

Emerge una rinuncia per le donne dagli incarichi più impegnativi e/o apicali considerati difficilmente conciliabili con gli impegni familiari. Servizi come nidi aziendali, scuole per l'infanzia, interventi di supporto per bambini, anziani e familiari in difficoltà potrebbero supportare le esigenze familiari dei dipendenti. I medici chiedono di essere valutati in base ai meriti dando più valore ai risultati ed evitando di premiare la presenza. Non si notano paradigmi professionali diversi tra uomini e donne, la visione del lavoro è vista nello stesso modo cambiano gli atteggiamenti che i medici adottano sul lavoro; il genere ha un impatto sui valori e comportamenti professionali.

La femminilizzazione della professione medica comporterà variazioni importanti nell'organizzazione dei servizi, nella pratica professionale e nella cultura del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Da un lato, la femminilizzazione potrebbe far "recuperare" alla professione quei valori di empatia, di relazionalità, di aiuto alla sofferenza che sono più consone alle donne rispetto agli uomini e che nel corso del tempo sono stati un pò persi. Dall'altro, i servizi potranno vedere un aumento del ricorso al tempo parziale, così da consentire di conciliare più agevolmente ruolo familiare e ruolo professionale.

In conclusione affinché ci sia una situazione di efficienza per il sistema sanitario sarà necessario sviluppare al più presto politiche e sistemi di gestione del personale capaci di risolvere i bisogni dei medici, in grado di conciliare vita lavorativa e vita familiare.

Appendice A. Lettera di presentazione dell'indagine del CPO e dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Padova



Comitato Pari Opportunità



Ordine dei Medici e Odontoiatri
di Padova

Oggetto: Indagine rivolta ai medici chirurghi sui paradigmi professionali e le esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata.

Gentile Dottore/ Dottoressa,

il Comitato per le Pari Opportunità Interaziendale, in collaborazione con l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Padova, grazie alla partecipazione tecnico-scientifica della Facoltà di Statistica dell'Università di Padova, sta svolgendo un'indagine finalizzata a far emergere i paradigmi professionali prevalenti in ambito medico e a evidenziare eventuali differenze tra il lavoro maschile e femminile. Tale indagine è particolarmente importante in considerazione dell'esigenza di sviluppare idonee azioni all'interno della sanità padovana, nella tutela della vita familiare e professionale.

Le chiediamo di collaborare all'indagine compilando il questionario *on-line* che sarà inviato nella Sua casella di posta elettronica aziendale. Ogni medico avrà il proprio link personalizzato per l'accesso; la parte comune per ciascun questionario è <http://indagini.stat.unipd.it/index.php?sid>. In ciascuna mail sarà riportato l'indirizzo completo da cui collegarsi al proprio questionario.

I Suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei potrà chiederne la correzione e, in casi estremi, la cancellazione o il blocco. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Prof. Luigi Fabbris dell'Università di Padova.

Per segnalazioni di ordine tecnico potrà rivolgersi al Dott. Alessio Roncallo (telefono 049-8274195, roncallo@stat.unipd.it) dell'Università di Padova.

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

Dott.ssa Silvana Bortolami
Comitato Pari Opportunità Interaziendale

Dott.ssa Antonella Agnello
Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Padova

Appendice B. E-mail di presentazione del questionario e questionario



Usls 16 di Padova



IOV



Regione del Veneto
Azienda Ospedaliera di Padova

Ordine
dei Medici e
Odontoiatri
di Padova



Comitato
Pari Opportunità



QUESTIONARIO RIVOLTO AI MEDICI SUI PARADIGMI PROFESSIONALI E LE ESIGENZE DI CONCILIAZIONE TRA LAVORO E VITA PRIVATA

Mittente: cpo@sanita.padova.it

Oggetto: Questionario rivolto ai medici sui paradigmi professionali e le esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata

Gentile dottore/ssa,

Il Comitato per le Pari Opportunità Interaziendale, in collaborazione con l'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Padova, grazie alla partecipazione tecnico-scientifica della Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Padova, sta svolgendo un'indagine sui medici della provincia di Padova finalizzata a far emergere i paradigmi professionali prevalenti in ambito medico e a evidenziare eventuali differenze tra il lavoro maschile e femminile. Tale indagine è particolarmente importante in considerazione dell'esigenza di sviluppare idonee azioni all'interno della sanità padovana, nella tutela della vita familiare e professionale.

Le chiediamo di collaborare all'indagine compilando un questionario on-line. Il questionario si apre con un doppio click sul seguente indirizzo:

.....

I suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art.7 del D.Lgs. 196/2003, 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 e segnalazione può essere avanzata al Dott. Alessio Roncallo (tel: 049-8274195, e-mail: roncallo@stat.unipd.it) e alle Sig. na Giada Racconci (e-mail: giada.racconci@studenti.unipd.it) e Sig. na Ilenia Barbieri (e-mail: ilenia.barbieri@studenti.unipd.it) che coordinano le attività di realizzazione della ricerca.

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

Prof Luigi Fabbris
Il coordinatore della ricerca
Interaziendale

Dott.ssa Antonella Agnello
Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Padova

Dott.ssa Silvana Bortolami
Comitato Pari Opportunità

SEZIONE A. CARATTERISTICHE PERSONALI

A.1 Sesso

- 1 M
- 2 F

A2. Età

- 1 Fino a 30 anni
- 2 31-40 anni
- 3 41-50 anni
- 4 51 anni e più

A3. Provincia di nascita:

- 1 Belluno
- 2 Padova
- 3 Rovigo
- 4 Treviso
- 5 Venezia
- 6 Verona
- 7 Vicenza
- 8 Altro (specificare)

A4. Anno di conseguimento della laurea _____

A5. Università di

- 1 Padova
- 2 Altro (specificare) _____

A6. Ha conseguito la specializzazione? 1 Sì 2 No

A6.1. In quale anno? _____

A7. Lei vive solo/a o con altre persone, e se vive con altre persone può dire se è la famiglia di origine o quella che si è costruito/a?

- 1 Solo/a
- 2 Nella famiglia di origine
- 3 Nella famiglia che si è costruito/a
- 4 Altro (specificare) _____

A8. Numero dei componenti della famiglia in cui vive: _____

A9. Figli a carico:

- 1 0
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4 o più

A9.1. Età dei figli conviventi:

1)___

A9.2. Età dei figli conviventi:

1)___

2)___

A9.3. Età dei figli conviventi:

1)___

2)___

3)___

A9.4. Età dei figli conviventi:

1)___

2)___

3)___

4)___

5 e più)___

A10. Il coniuge o convivente lavora?

- 1 Non è coniugato/a
- 2 Il partner lavora
- 3 Il partner è in attesa di lavoro
- 4 Il partner è ritirato/a dal lavoro
- 5 Altro (specificare) _____

SEZIONE B. LAVORO**B1. Può indicare l'eventuale Ente di appartenenza? _____****B2. Qual è il Suo rapporto di lavoro prevalente?**

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

B2.1. In caso di Medico Ospedaliero a tempo indeterminato può indicare il Suo ruolo?

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

B2.4. In caso di Medico Universitario può indicare il Suo ruolo? _____**B3. Svolge anche attività:**

- 1 Intramoenia
- 2 Extramoenia

B4. Libero professionista:

- 1 Unica attività
- 2 Occasionale
- 3 Altro (specificare) _____

B5. Il Suo lavoro è: 1 Precario 2 Definitivo**B6. In caso di lavoro definitivo, può indicare quanti anni ha atteso per il Suo raggiungimento?**

B7. Nella scelta della Sua attività lavorativa attuale, quanto peso ha /hanno avuto:

- | | | | | |
|--|--------------|--------|--------------|---------|
| La costituzione della Sua famiglia | 1 per niente | 2 poco | 3 abbastanza | 4 molto |
| La vicinanza della sede di lavoro all'abitazione | 1 per niente | 2 poco | 3 abbastanza | 4 molto |
| Il tipo di remunerazione | 1 per niente | 2 poco | 3 abbastanza | 4 molto |
| Il numero di ore lavorative previsto | 1 per niente | 2 poco | 3 abbastanza | 4 molto |

B7.1. Ha altri motivi che l'hanno portata alla Sua attività lavorativa attuale?**(Indichi il principale)**

B8. Ha trasferito il Suo domicilio per motivi di lavoro?

- 1 Sì
- 2 No

B9. Quanto ha inciso la Sua vita familiare in termini di sacrifici e/o rinvii sulla Sua attività professionale?

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

B10. Al contrario, quanto la Sua professione ha rallentato o impedito la stabilità nella Sua vita familiare?

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

B11. All'incirca, quanti giorni di vacanza fa in un anno? _____

B12. Quali sono le maggiori difficoltà che incontra relativamente alla possibilità di aggiornamento (congressi, ecc.)? (una sola scelta, la prevalente)

- 1 Nessuna difficoltà
- 2 Mancanza di tempo
- 3 Motivi familiari
- 4 Motivi economici
- 5 Altro (specificare) _____

SEZIONE C. ATTIVITÀ EXTRALAVORATIVE
--

C1. Lavora professionalmente anche di sabato e domenica?

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

C2. In un giorno lavorativo tipico quante ore mediamente dedica:

- 1 Al lavoro ore: _____
- 2 Alla famiglia ore: _____
- 3 A se stessa/o e/o hobbies ore: _____
- 4 Ad attività sociali ore: _____
- 5 Al riposo ore: _____

C3. È impegnato/a in attività extralavorative?

	No	Saltuariamente	Assiduamente
Di volontariato o assistenza extrafamiliare?			
Con gruppi culturali?			
Con gruppi sportivi o ricreativi?			
Con gruppi politici o sindacali?			
Con gruppi religiosi o parrocchiali?			

C3.1 Nelle attività extralavorative è impegnato/a anche in cariche sociali? (scegli solo una delle seguenti)

- 1 Di volontariato o assistenza extra familiare
- 2 Con gruppi culturali
- 3 Sportive o ricreative
- 4 Politiche o sindacali
- 5 Di gruppi religiosi o parrocchiali
- 6 Nessuna

C4. Quali sono le Sue attività e/o gli hobbies prevalenti nel tempo libero? (Al massimo 5 risposte)

- 1 Viaggi
- 2 Letture
- 3 Teatro, cinema, televisione, musica
- 4 Sport, fitness, estetista
- 5 Shopping
- 6 Volontariato
- 7 Partecipazione politica e/o sindacale
- 8 Cura della casa e della famiglia
- 9 Giardinaggio
- 10 Pittura, scultura, ricamo, ecc..
- 11 Altro (specificare) _____

C5. In casa Sua chi si occupa prevalentemente delle seguenti faccende di ordine pratico?

	Lei	Lei e il partner assieme	Partner	Familiari	Esterni alla famiglia	Nessuno
a) Pasti						
b) Pulizia della casa						
c) Piccole riparazioni						
d) Acquisti quotidiani						
e) Acquisti importanti						
f) Pagamento di bollette, assicurazioni, ecc...						
g) Amministrazione del reddito e del risparmio familiare						

SEZIONE D. OPINIONI SUL LAVORO**D1. Ritiene che esistano branche specialistiche o attività lavorative nel campo medico più consone alle donne?**

- 1 Sì
- 2 No

D1.1 Quali?

D2. Attualmente le donne che rivestono ruoli apicali nel settore medico sono una netta minoranza. In quale misura ritiene che ciò sia dovuto a:

- a) Maggiore difficoltà per la donna a conciliare casa, lavoro, carriera
1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto
- b) Scarsa volontà delle donne a mettersi in carriera
1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto
- c) Motivi culturali
1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto
- d) Difficoltà di impegno da parte del partner
1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto

D3. 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

D4. 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

D5. 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 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

D6. "Conciliare" significa, in senso generale, trovare un buon equilibrio nella gestione del tempo dedicato alla propria vita familiare e lavorativa. Pensando alla Sua situazione personale complessivamente, quanto facile è per Lei conciliare i tempi di vita e di lavoro?

- 1 Molto
2 Abbastanza
3 Poco
4 Per niente

D7. Su una scala da 1 a 10 quanto è soddisfatto complessivamente della Sua attività lavorativa attuale?

- minimo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 massimo

D8. Può indicare quanto è soddisfatto di ciascun aspetto della Sua attività lavorativa attuale, su una scala da 1 a 10, con 10 massima soddisfazione.

	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 con franchezza 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										

D9. Può indicare quali sono gli aspetti che più contano nel definire la Sua soddisfazione per il lavoro che fa?

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

D10. Nell'esprimere la soddisfazione per i vari aspetti del Suo lavoro con chi si confronta prevalentemente per dire quanto è soddisfatto?

- 1 Con i coetanei in genere
- 2 Con le persone con cui ha studiato
- 3 Con genitori, parenti o conoscenti che sono a livelli alti nelle professioni
- 4 Con genitori o altri familiari che faticano a farsi strada nelle professioni
- 5 Con la generazione precedente che partiva da livelli lavorativi più bassi
- 6 Con i molti che non riescono ad avere ciò che lei ha
- 7 Con nessuno, non si è confrontato con altre persone
- 8 Con altri (specificare) _____

SEZIONE E. CONCILIAZIONE LAVORO-VITA SOCIALE**E1. Il Suo tipo di lavoro permette la conciliazione tra vita lavorativa e familiare?**

- 1 Sì
- 2 No

E1.1. Perché?

E2. Lei si occupa anche di familiari e/o parenti bisognosi di cura o assistenza?

- 1 Sì
- 2 No

E3. Di chi si tratta?

	Autosufficienti	Parzialmente autosufficienti	Non autosufficienti
a) Figli			
b) Genitori, suoceri			
c) Parenti			
d) Altri non familiari			

E4. Se ha figli, chi se ne occupa, oltre a Lei?

	No	Talvolta	Spesso
a) Partner, ex partner			
b) Genitori, suoceri			
c) Altri parenti			
d) Fratelli più grandi			
e) Amici, vicini			
f) Asilo nido, scuola, dopo scuola			
g) Baby-sitter			
h) Ludoteca, centro socio-educativo			
i) Altri			

E5. Di quali altri servizi usufruisce per la cura dei figli, degli anziani e/o di altri familiari?

- 1 Servizi di sostegno per persone disabili
- 2 Servizi di sostegno per anziani
- 3 Badante
- 4 Casa di riposo
- 5 Centro diurno
- 6 Servizi di trasporto privato
- 7 Servizi infermieristici (a domicilio)
- 8 Servizi assistenziali (a domicilio)
- 9 Altri (specificare) _____

E6. Di quali altri servizi usufruirebbe se ne avesse la possibilità?

- 1) _____
- 2) _____

E7. Quale tra le seguenti opportunità va maggiormente incontro alle Sue necessità? (una sola scelta, la prevalente)

- 1 Maggiore flessibilità di orario di lavoro
- 2 Maggiore vicinanza del lavoro a casa
- 3 Minore costo dei servizi
- 4 Offerta di maggiori servizi
- 5 Migliore qualità dei servizi
- 6 Migliore distribuzione dei carichi di lavoro
- 7 Part time

SEZIONE F. PROSPETTIVE FUTURE

F1. Quanto si sente preoccupato/a rispetto ai seguenti aspetti della Sua vita futura, con riferimento ai prossimi 3 anni? (una risposta per ogni riga)

Aspetti economici	1 Per niente	2 Poco	3 Abbastanza	4 Molto
Aspetti lavorativi	1 Per niente	2 Poco	3 Abbastanza	4 Molto
Aspetti riguardanti la Sua salute	1 Per niente	2 Poco	3 Abbastanza	4 Molto
Aspetti riguardanti la Sua vita familiare	1 Per niente	2 Poco	3 Abbastanza	4 Molto

F2. Quale o quali tra i seguenti progetti desidererebbe realizzare nei prossimi 3 anni?

	Sì	Già realizzato	No
Stabilizzare una relazione affettiva (matrimonio, convivenza ...)			
Avere un figlio			
Trovare un lavoro pienamente soddisfacente			
Cambiare lavoro			
Fare importanti avanzamenti di carriera			
Acquistare casa			
Realizzare obiettivi personali (nell'arte, nello sport, ...)			
Non ho progetti particolari			

F2.1. Ha altri progetti che desidererebbe realizzare nei prossimi 3 anni? Indichi quello più importante.

F3. Si ritiene soddisfatto/a del livello raggiunto nella Sua carriera di professionista?

- 1 Sì
2 No

F3.1. Se sì, perché?

F3.2. Se no, può anche indicare le difficoltà che ha incontrato?

**F4. Quali sono secondo Lei i fattori più importanti che determinano la carriera di un medico?
(Al massimo 3 risposte)**

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

F4.4. Può indicare che tipo di esperienza all'estero ha avuto?

- 1 Di lavoro
- 2 Di studio

SEZIONE G. SUGGERIMENTI E RINGRAZIAMENTI

G1. Il questionario è concluso. Ha suggerimenti su attività per migliorare le condizioni dei medici in provincia di Padova?

G2. 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 solo a scopo statistico e che conserveremo in accordo alla normativa sulla privacy (Legge 196 del 2003).

<p>A cura del Comitato per le Pari Opportunità Interaziendale in collaborazione con l'Ordine dei Medici e Odontoiatrici di Padova e la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Padova.</p>

Appendice C. E-mail di sollecito

PRIMO SOLLECITO

Mittente: cpo@sanita.padova.it

Oggetto: questionario rivolto ai medici sui paradigmi professionali e le esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata.

Gentile Dottore/ssa,

come probabilmente sa, il Comitato per le Pari Opportunità Interaziendale, in collaborazione con l'Ordine dei Medici e l'Università di Padova sta svolgendo un'indagine sui paradigmi professionali del medico e sulla conciliazione tra vita professionale e familiare.

Alcuni giorni fa Le abbiamo inviato una richiesta di collaborazione all'indagine. L'indagine mira a promuovere importanti interventi all'interno della sanità padovana.

Per questo ci permettiamo di sottoporLe nuovamente la richiesta di collaborazione compilando, per una volta soltanto, il questionario on-line.

Il questionario si apre con un doppio click sul seguente indirizzo:

.....

I suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art.7 del DLgs 196/2003, Lei potrà chiedere la correzione e, in casi estremi, la cancellazione dei Suoi dati.

Qualsiasi richiesta di chiarimento e segnalazione può essere avanzata al Dott. Alessio Roncallo (tel: 049-8274195, e-mail: roncallo@stat.unipd.it) o alle Sig.ne Giada Racconci (e-mail: giada.racconci@studenti.unipd.it) e Ilenia Barbieri (e-mail: ilenia.barbieri@studenti.unipd.it) che coordinano le attività di realizzazione della ricerca.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione che vorrà dare alla ricerca e Le porgiamo i saluti più cordiali.

SECONDO SOLLECITO

Mittente: cpo@sanita.padova.it

Oggetto: Questionario sui paradigmi professionali e le esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata dei medici.

Gentile dottore/ssa,

ci perdoni se ci permettiamo di insistere, ma la ricerca in oggetto può portare consapevolezza e miglioramenti nella sanità padovana. Le chiediamo nuovamente la disponibilità a compilare un breve questionario, facendo un doppio click sul seguente indirizzo:

.....

I Suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art.7 del D.Lgs. 196/2003, Lei potrà chiedere la correzione dei suoi dati e, in casi estremi, la cancellazione.

Qualsiasi richiesta di chiarimento e segnalazione può essere avanzata al Dott. Alessio Roncallo (tel: 049-8274195, e-mail: roncallo@stat.unipd.it) o alle Sig.ne Giada Racconci (e-mail: giada.racconci@studenti.unipd.it) e Ilenia Barbieri (e-mail: ilenia.barbieri@studenti.unipd.it) che coordinano le attività di realizzazione della ricerca.

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

TERZO SOLLECITO

Mittente: cpo@sanita.padova.it

Oggetto: Questionario sui paradigmi professionali e le esigenze di conciliazione tra lavoro e vita privata dei medici.

Gentile dottore/ssa,

ci permettiamo di sottoporLe nuovamente la richiesta di collaborazione all'indagine, anche se sappiamo che questo potrebbe distoglierla dal Suo lavoro e dai Suoi innumerevoli impegni.

La preghiamo di rispondere al questionario facendo un doppio click sul seguente indirizzo:

.....

I Suoi dati saranno trattati e conservati secondo le norme sulla tutela della privacy. Secondo l'art.7 del D.Lgs. 196/2003, Lei potrà chiedere la correzione dei suoi dati e, in casi estremi, la cancellazione.

Qualsiasi richiesta di chiarimento e segnalazione può essere avanzata al Dott. Alessio Roncallo (tel: 049-8274195, e-mail: roncallo@stat.unipd.it) o alle Sig.ne Giada Racconci (e-mail: giada.racconci@studenti.unipd.it) e Ilenia Barbieri (e-mail: ilenia.barbieri@studenti.unipd.it) che coordinano le attività di realizzazione della ricerca.

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

Bibliografia e sitografia

- www.OrdinedeiMediciChirurghidegliOdontoiatri-Padova.it
- www.istat.it
- www.MinisterodelleFinanze.it

- “L’isola che non c’è. Pratiche di genere nella pubblica amministrazione tra carriere, conciliazione e nuove precarietà”. A cura di Barbara Poggio, Edizioni 31, 2008.
- Saggio “La femminilizzazione dei medici del Ssn”, Carlo De Pietro, Mecosan, 2010.
- Qualità del lavoro, reddito e benessere dei lavoratori in Italia, Laura Incagli (ricercatrice Isfol), 2002-2006.
- Giovanna Boccuzzo “Analisi di dati sulle imprenditrici venete mediante il package SAS”, a.a. 2008/2009.
- Rina Camporese. Dispense del laboratorio SAS, a.a. 2008/2009.
- Giovanna Boccuzzo, lucidi delle lezioni di Indagini Campionarie, a.a. 2008/2009

Ringraziamenti

Le persone da ringraziare per essere arrivata a questo traguardo importante sono molte. Innanzitutto ringrazio i miei genitori per avermi sostenuta in questo percorso, per non avermi mai fatto mancare niente, per essere quella che sono. Grazie anche a mia sorella Sara, che porta sempre un po' di felicità e spensieratezza nelle mie giornate anche nei momenti difficili.

Ringrazio il professor Luigi Fabbris per l'aiuto che mi ha dato nella stesura di questa tesi e per avermi fatto capire quanto importante sia studiare i fattori sociali che ci circondano per migliorare la società in cui viviamo.

Ringrazio il mio tutor aziendale, la dott.ssa Silvana Bortolami per avermi dato la possibilità di fare questa esperienza di stage e Martina Ugelmo per avermi messo a mio agio in ufficio ed essermi stata sempre vicino e disponibile.

Un grazie di cuore a tutti i miei amici che mi hanno sempre sostenuto in questo percorso e hanno sempre avuto parole di conforto anche quando le cose non andavano per il meglio..

Un ringraziamento anche ai miei parenti, per essere presenti in un momento di gioia come questo.

Da ultimi ma "non per ultimi" ringrazio i miei compagni di statistica Chiara, Anna, Francesco, i due Davide, Anthony, Giulia, Matteo, Ilenia, Cinzia, Valentina, Ilaria, Roberta, per aver reso le mie giornate universitarie più allegre e piacevoli, e anche per le varie serate e gite che abbiamo fatto tutti insieme.

Un pensiero va anche a coloro che non ci sono fisicamente, ma che lo sono con il cuore, ringrazio tutte le persone che non ho citato ma che fanno e hanno fatto parte della mia vita.