IL BENESSERE ORGANIZZATIVO E LA PERCEZIONE DEL CAMBIAMENTO NELLA PROFESSIONE MEDICA

UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA NEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI IN LOMBARDIA

A cura di:

Ines Giorgi, Psy.D.[1],
Elena Fiabane, Ph.D., Psy.D.[2],
& Edoardo Nicolò Aiello, Ph.D.[3]

[1]Psicologa, Psicoterapeuta iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 03/670
[2]Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 03/15464
[3]Psicologo, iscritto all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n° 23606

ANAAO ASSOMED LOMBARDIA

INDICE

1. INTRODUZIONE 3
2. METODI 5
3. RISULTATI 8
4. DISCUSSIONE 22

BIBLIOGRAFIA 24
MATERIALI SUPPLEMENTARI 26

Hanno collaborato:

Andrea Duca
Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, Milano

Stefano Magnone
Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Elena Manzo
Hospital del Mar, Barcellona

Alice Paludo
Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Marta Pirovano
ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Silvia Tamanini
Ospedale di Circolo, ASST Sette Laghi, Varese

Marco Tinelli
già ASST Lodi

1. INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, ed in particolare a seguito della pandemia da COVID-19 [Fiabane *et al.,* 2023; Margheritti *et al.*, 2023], si sono osservati profondi cambiamenti circa la natura della professione medica e le dinamiche intercorrenti tra i professionisti di quest'area, l'utenza e la società [Timmermans & Oh, 2010].

Innanzitutto, su di un piano psico-sociale, si è assistito ad una verosimile diminuzione della fiducia riposta dall'utenza nel ruolo del medico [Huang *et al.*, 2018] – con taluni utenti che, più frequentemente rispetto al passato, tendono a mettere in dubbio la competenza dei professionisti in favore di un approccio "s*elf-care*", caratterizzato da una ricerca attiva e individuale, ad esempio su Internet, di informazioni di stampo medico [Ahmad *et al.*, 2006; Fiske *et al.*, 2020].

A tal riguardo, l'oramai sempre più diffuso impiego delle tecnologie di tele-comunicazione (anche "*real-time*") tra medico e utente tende a portare con sé l'aspettativa, da parte di quest'ultimo, di risposte a breve termine (e, potenzialmente, anche in tempi extra-lavorativi) da parte del primo – e la mancata o parziale soddisfazione di tali richieste possono indurre nell'utenza sentimenti di frustrazione che alimentano a loro volta un processo svalutativo [Grønning *et al.*, 2024].

I suddetti fenomeni, di concerto con ulteriori e articolati determinanti sociologico-culturali e non [Chakraborty *et al.*, 2022], possono inoltre esercitare un'influenza negativa sulla qualità della relazione medico-paziente, favorendo talvolta l'insorgenza e il manifestarsi di atteggiamenti e/o comportamenti aggressivi esercitati dai pazienti e/o dai relativi familiari/*caregiver* nei confronti dei professionisti [La Torre *et al.*, 2022].

Ulteriori fattori, altresì legati alle dinamiche interne al funzionamento delle organizzazioni ospedaliere, sono stati identificati come predisponenti ad un aumento dei livelli di *stress* lavoro- correlato nella professione medica. Tra questi, una maggior burocratizzazione dell'attività medica e una modalità di lavoro basata su protocolli informatizzati non sempre funzionali agli scopi clinico-assistenziali può generare *distress* e ridurre il tempo dedicato dal professionista ospedaliero alla gestione clinica del paziente [Bahr *et al.*, 2023].

In aggiunta ai fenomeni sopracitati, la percezione di un minor riconoscimento professionale, in particolare susseguentemente all'avvento della pandemia, pare aver portato il medico a ridurre il proprio investimento lavorativo con un aumento dei livelli di stress legati al *work-life conflict* [Kocalevent *et al.,* 2020].

Quelli elencati sono solo alcuni dei più rilevanti cambiamenti che hanno interessato/stanno interessando la professione medica a livello internazionale, con significativi risvolti negativi sulla soddisfazione lavorativa e sul benessere individuale – e pertanto, potenzialmente, sull'intenzione di lasciare il posto di lavoro o anche la stessa professione medica [Weiss, Tilin & Morgan, 2023].

Tuttavia, malgrado si parli di "crisi della professione medica" [Weiss, 2023] e di un drammatico aumento dei livelli di *burnout* in questa popolazione, solo pochi studi in letteratura hanno approfondito le percezioni di questi cambiamenti e il loro impatto sul benessere organizzativo nella professione medica – specialmente nel panorama Italiano. Ne consegue che sono necessari studi Paese-specifici su ampie popolazioni di medici che possano approfondire il vissuto di questi cambiamenti e il loro impatto sull'attività lavorativa.

La presente indagine, promossa da ANAAO ASSOMED Lombardia, ha pertanto avuto l'obiettivo di

esplorare, in un campione *population-based* di medici ospedalieri e dirigenti sanitari operanti in Lombardia, 1) le percezioni nei confronti dei mutamenti psicosociali ed organizzativi che hanno caratterizzato la professione medico-ospedaliera nell'ultimo decennio, 2) il grado di benessere organizzativo e 3) le aspettative in merito ai cambiamenti auspicabili e/o verosimili che interesseranno la professione stessa nel prossimo futuro.

2. METODI

2.1 Partecipanti

Nel presente studio osservazionale e prospettico si è adottato un principio di campionamento di convenienza basantesi sul *pool* di medici e professionisti sanitari inclusi nei registri del sindacato di categoria ANAAO ASSOMED Lombardia. Sono stati pertanto considerati i seguenti criteri di inclusione: 1) possesso di laurea in Medicina e Chirurgia o in altra Professione Sanitaria; 2) attuale esercizio della professione in esame; 3) consenso informato alla partecipazione volontaria e al trattamento dei dati.

Il *pool* originario di potenziali partecipanti a cui è stata inviata la *e-mail* contenente il questionario (cfr. *infra*, "Materiali") era di *N*=24000. Di questi, *N*=6549 hanno fattualmente aperto la *e-mail*, e *N*=1514 hanno acconsentito alla compilazione del questionario, con un tasso di partecipazione pertanto attestantesi allo 23.1%. Di costoro, *N*=1369 erano medici (90.4%), mentre i restanti (*N*=145; 10.6%) afferivano ad altre professioni sanitarie. Per ragioni di omogeneità analitica e generalizzabilità dei risultati, questi ultimi 151 partecipanti non sono stati considerati nel campione definitivo.

Lo studio è stato approvato dalla Commissione per la Valutazione della Ricerca (CRIP) del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca – organo operante sotto mandato del Comitato Etico del medesimo Ateneo per quanto concerne gli studi considerati "a rischio minimo" (I.D.: RM-2023-730).

2.1 Materiali

Ai fini della raccolta-dati è stato sviluppato un questionario *ad hoc* da un *team* di professionisti di area psicologica – composto da esperti in psicologia organizzativa della salute (*i.e.*, Dr.ssa Giorgi e Dr.ssa Fiabane), psicologia del lavoro e delle organizzazioni (*i.e.*, Dr.ssa Margheritti e Prof. Miglioretti – entrambi afferenti al Dipartimento di Psicologia Università di Milano-Bicocca) e psicometria (*i.e.*, Dr. Aiello). Il contenuto del questionario è stato in seguito condiviso, revisionato e concordato con i medici afferenti ad ANAAO ASSOMED Lombardia (rappresentati dal Dr. Stefano Magnone, Segretario Regionale). Lo strumento definitivo si componeva di 9 sezioni, per un totale di 60 *item*, distribuite come segue:

- sez. A (*N=8 item*): dati anagrafico-demografici (*i.e.*, età, sesso) e occupazionali (*e.g.*, anzianità lavorativa, branca di attività, tipologia di contratto, etc.);
- sez. B: soddisfazione lavorativa (*N=2 item*) – singolo *item* su scala Likert (*range*=1-10, con 1= "Per nulla soddisfatto/a" e 10= "Completamente soddisfatto/a") tratto da Dolbier *et al.* (2005), seguito da un *item* sviluppato *ad hoc* e concernente le principali determinanti sottese[1] ad un'eventuale risposta inferiore o uguale a 5 (valori considerati, in questa sede, come indicativi di mediocre o scarsa soddisfazione lavorativa);
- sez. C (*N=5 item*): *intention to leave* e abbandono della professione – *item* sviluppati *ad hoc* per indagare gli atteggiamenti concernenti l'eventuale volontà di cambiare il proprio posto di lavoro e/o la professione, di cui uno indagante le ragioni sottese ad un eventuale, precedente cambio di posto di lavoro[2];
- sez. D (*N=17 item*): percezione del cambiamento psicosociale e organizzativo della pro-

[1] Tale *item* comprendeva 5 possibilità di risposta facenti riferimento alle macro-aree ritenute dal *team* di lavoro quali sufficientemente comprensive delle più rilevanti motivazioni di insoddisfazione lavorativa (*i.e.*, necessità di dedicare più tempo alla vita privata, eccessivi carichi di lavoro, assenza di *leadership*, assenza di valorizzazione professionale, mancata crescita personale).

[2] Tale *item* comprendeva 5 possibilità di risposta facenti riferimento alle macro-aree ritenute dal *team* di lavoro quali sufficientemente comprensive delle più rilevanti motivazioni di cambio di lavoro (*i.e.*, incompatibilità ambientale, eccessivi carichi di lavoro, miglioramento della qualità di vita, avanzamento di carriera o miglioramento della situazione economica).

fessione medica – *item* a scala Likert (*i.e.*, di accordo) e sviluppati *ad hoc*, ispirati al Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa di Avallone & Pamplomatas (2005), indaganti le eventuali mutazioni concernenti: 1) la competenza e le *soft skill* del medico; 2) le pressioni derivanti dalle richieste dell'utenza; 3) le pratiche di medicina difensiva; 4) lo *stress* associato agli obblighi burocratico-amministrativi; 5) la congruità dei parametri di valutazione dell'operato professionale e dei livelli retributivi; 6) la soddisfazione degli ideali in merito al valore della professione. Tali *item* sono stati fatti precedere da una singola domanda richiedente di indicare se e come fosse cambiata la percezione del medico rispetto al passato (con 1= "Cambiata in peggio" e 5="Cambiata in meglio").

- sez. E (*N=9 item*): disagio associato al cambiamento percepito – *item* sviluppati *ad hoc* e indaganti il livello di stress correlato alle eventuali mutazioni di cui alla sez. D;
- sez. F (*N=7 item*): equilibrio vita-lavoro – *item* a scala Likert sviluppati *ad hoc*, ispirati al Work-Health Balance Questionnaire di Gragnano *et al.* (2017), indaganti le seguenti sfaccettature del costrutto: 1) capacità di bilanciare aspetti familiari e lavorativi; 2) capacità di bilanciare aspetti ludici e lavorativi al netto degli impegni familiari; 3) energie residue da dedicare alle attività extra-lavorative e tendenza al rimuginio su temi lavorativi durante i momenti dedicati alle attività extra-lavorative; 4) l'impatto sulla vita privata delle problematiche concernenti agli aspetti previdenziali;
- sez. G (*N=1 item*): *stress* lavoro-correlato – valutato con un singolo *item* su scala Likert sviluppato *ad hoc*, richiedente l'indicazione del livello di stress percepito (con 1 = "Per nulla stressato/stressata" e 10 = "Estremamente stressato/stressata";
- sez. H (*N=1 item*): frequenza di occorrenze potenzialmente esponenti a condizioni di *moral distress* – valutato mediante un singolo *item* su scala Likert richiedente l'indicazione della frequenza con cui il professionista percepisce limitazioni nel prendere decisioni ritenute eticamente corrette (in linea con una delle definizioni di tale costrutto maggiormente accreditate in letteratura [Morley *et al.*, 2019]);
- sez. H (*N=9 item*): aggressioni da parte dell'utenza – *item* a scala Likert e sviluppati *ad hoc* indaganti la frequenza, l'impatto e la gestione individuale e aziendale dei fenomeni di violenza verbale/fisica da parte di pazienti e/o *caregiver*;
- sez. I: una singola domanda aperta, sviluppata *ad hoc*, indagante i principali cambiamenti percepiti dal professionista in merito alla natura della professione medica.

Al fine di ridurre il rischio di occorrenza di *bias* di accondiscendenza e/o dissenso [İlhan *et al.*, 2024], taluni *item* a scala Likert delle sez. D, E e F sono stati formulati in direzionalità contro-tratto (*e.g.*, "La possibilità da parte degli utenti di contattarci sempre più facilmente tramite i dispositivi di telecomunicazione non interferisce con la nostra attività lavorativa" *vs.* "Le richieste dell'utenza pervenute tramite dispositivi digitali (ad es., *e-mail*, telefono cellulare) interferiscono sempre di più con la nostra vita privata") – mantenendo tuttavia invariata la gradazione delle risposte (5 livelli: da "Totalmente d'accordo" a "Totalmente in disaccordo").

2.2 Procedure

Ai fini del reclutamento e della raccolta-dati, ai potenziali partecipanti è stata inviata una *e-mail* contenente il questionario designato – la cui sezione preliminare includeva una concisa descrizione degli obiettivi generali dell'indagine, nonché un *link* alla matrice di consenso informato. Una volta espresso il proprio consenso informato, il partecipante era rimandato al questionario suddetto.

A ciascun potenziale partecipante non avente fornito risposta all'invio di *baseline* è stato inviato un *reminder* a distanza di circa 15 giorni dal primo invio, per un massimo di 3 *reminder* (4 potenziali invii in totale). Il questionario è stato fatto circolare per 52 giorni in totale (dall'11/01/2024 al 03/03/2024).

2.3 Analisi statistiche

La numerosità campionaria minima è stata stimata a *N*~614 mediante un'analisi della potenza statistica su modello correlazionale [Champely, 2020], considerando una dimensione dell'effetto piccola (*r*=.1) – in ottica conservativa –, una potenza statistica 1-β=.80 e un livello di significatività bidirezionale α=.05. Pertanto, il campione effettivamente considerato a fini statistici è stato giudicato quale dimensionalmente adeguato.

Le variabili sono state descritte mediante indici statistici adeguati al loro livello di misurazione – *i.e.*, frequenze semplici/cumulative, e relative percentuali, per le variabili categoriali, e medie (*M*), deviazioni *standard* (*SD*) e gamma di variazione (*range*) per quelle continue. Talune variabili di natura categoriale sono inoltre state descritte strutturalmente mediante opportune rappresentazioni grafiche (*i.e.*, grafici a barre/a torta). Le analisi sono state svolte mediante il *software* jamovi (versione 2.3.17) [the jamovi project, 2022].

Per quanto concerne la domanda aperta di cui alla sez. I (cfr. *supra*, "Materiali"), è stata svolta un'analisi tematica ispirata all'approccio della Interpretative Description [Thorne *et al*., 1997] al fine di classificare in *topic* le risposte fornite dai partecipanti.

3. RISULTATI

3.1 Caratteristiche anagrafico-demografiche e occupazionali di base

La **Tabella 1** riporta le caratteristiche anagrafico-demografiche e gli aspetti occupazionali di base del campione in esame.

Tabella 1.
Variabili demografiche ed occupazionali di base.

N	1371
Età (anni)	45.9±12.5 (25-74)
Sesso (maschio/femmina)	613 (44.8%) / 756 (55.2%)
Anzianità lavorativa	
<5	381 (27.8%)
5-15	337 (24.6%)
16-25	284 (20.7%)
>25	367 (26.8%)
Principale branca di attività	
Area chirurgica	325 (23.7%)
Area medica	584 (42.7%)
Area salute mentale	72 (5.3%)
Area servizi	229 (16.7%)
Direzione medica/scientifica	25 (1.8%)
Emergenza/urgenza	134 (9.8%)
Ruolo	
Consulente	9 (0.7%)
Direttore di struttura complessa	101 (7.4%)
Dirigente medico	854 (62.4%)
Dirigente sanitario	9 (0.7%)
Responsabile di struttura semplice	147 (10.7%)
Specializzando	249 (18.2%)
Tipologia di contratto corrente	
Dipendente a tempo determinato	15 (1.1%)
Dipendente a tempo indeterminato	1075 (78.5%)
Libero professionista	23 (1.7%)
Specializzando	241 (17.6%)
Specializzando assunto con DL Calabria	15 (1.1%)
Attività libero professionale	
Sì/No	978 (71.4%) / 391 (28.6%)

Note. Le variabili continue sono state espresse come *M*±*SD* *(range)*, mentre quelle categoriali come frequenze semplici e relative percentuali.

Descrittivamente, il campione è risultato adeguatamente bilanciato per sesso (~55% di femmine e ~45% di maschi), coprente di un'ampia gamma di età (da 25 a 74 anni) e rappresentativo di diverse fasce di anzianità lavorativa. L'area professionale più rappresentata è risultata essere quella medica (~43%), seguita da quelle chirurgica (~24%) e dei servizi (*i.e.*, attività di laboratorio, servizi strumentali – *e.g.*, radiologia –, sanità pubblica, anestesiologia ed altre eventuali categorie; ~17%). Il ruolo professionale

più frequentemente ricoperto dai partecipanti è risultato essere quello di dirigente medico (~62%); il secondo ruolo maggiormente rappresentato è stato quello di specializzando (~18%). Circa l'attuale tipologia di contratto dei rispondenti, quello a tempo indeterminato è risultato essere marcatamente più rappresentato dei rimanenti (~79%). Circa tre quarti del campione (~71%) ha dichiarato di poter svolgere attività libero-professionale.

3.2 Soddisfazione lavorativa e *intention to leave*

La **Tabella 2** descrive le variabili attinenti ai domini della soddisfazione lavorativa e dell'*intention to leave*.

Tabella 2.
Soddisfazione lavorativa e *intention to leave*.

Soddisfazione lavorativa (da 1 a 10)	5.3±2.1 (1-10)
Motivo di insoddisfazione lavorativa[a]	
Carichi di lavoro eccessivi	163 (21.3%)
Assenza di leadership	38 (0.5%)
Mancata valorizzazione delle risorse umane	262 (34.2%)
Mancata crescita professionale	95 (12.4%)
Poco tempo per la vita privata	208 (27.2%)
Cambio di lavoro negli ultimi 5 anni	
Si/No	363 (26.5%) / 1006 (73.5%)
Motivazione del cambio di lavoro negli ultimi 5 anni[b]	
Carico di lavoro eccessivo	13 (0.4%)
Incompatibilità ambientale	60 (16.7%)
Avanzamento di carriera	118 (32.8%)
Miglioramento economico	23 (0.6%)
Migliore qualità di vita	146 (40.6%)
Volontà di lasciare il posto di lavoro nei prossimi 12 mesi	
Si/No	353 (25.8%) / 1016 (74.2%)
Volontà di trasferimento interno all'azienda nei prossimi 12 mesi	
Si/No	116 (8.5%) / 1253 (91.5%)
Considerare la possibilità di abbandonare la professione	
Si/No	720 (52.6%) / 649 (47.4%)

Note. Le variabili continue sono state espresse come *M*±*SD* (*range*), mentre quelle categoriali come frequenze semplici e relative percentuali.

[a]Percentuali calcolate sul numero di partecipanti senza valori mancanti e aventi espresso un valore di soddisfazione lavorativa ≤5 (*N=766*).

[b]Percentuali calcolate sul numero di partecipanti senza valori mancanti e aventi dichiarato di aver cambiato lavoro nei 5 anni precedenti (*N=360*).

Alla scala valutante la soddisfazione lavorativa (*range*=1-10), il 57% circa del campione ha riportato un valore uguale o inferiore a 5 – indicante un livello di soddisfazione mediocre o basso (**Figura 1**).

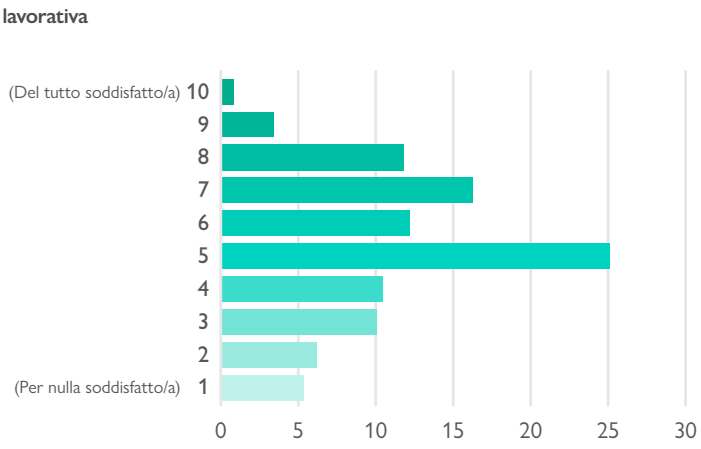


Figura 1. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte all'*item* indagante la soddisfazione lavorativa.

Tra questi ultimi, la motivazione più frequentemente riportata di insoddisfazione lavorativa è stata la mancanza di valorizzazione del personale (~34%), seguita dalla scarsità di tempo da dedicare alla vita privata (~27%) e dagli eccessivi carichi di lavoro (~21%).
Il 27% circa dei rispondenti ha dichiarato di aver cambiato lavoro nei 5 anni precedenti la compilazione del questionario; la motivazione sottesa a tale cambio più spesso riportata da costoro corrispondeva alla volontà di migliorare la qualità della propria vita (~41%), seguita da quella di avanzare di carriera (~33%).

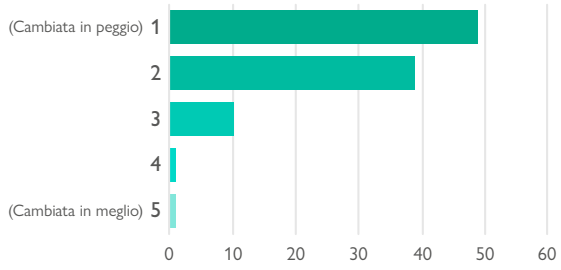
Poco più di un quarto circa del campione (~26%) è risultato essere intenzionato a lasciare il proprio posto di lavoro nell'arco dei successivi 12 mesi; tuttavia, meno del 10% dei rispondenti ha dichiarato di mirare ad un trasferimento interno all'organizzazione (~9%). Inoltre, più della metà del campione (~53%) ha dichiarato di aver considerato, in un qualche momento, la possibilità di abbandonare la professione medica.

3.3 Percezione del cambiamento in merito alla professione medica e vissuto soggettivo ad essa associato

Circa la metà del campione (~49%) ha ritenuto come, rispetto al passato, l'immagine pubblica del medico fosse cambiata in peggio; considerando la frequenza cumulativa dei valori "1" (*i.e.*, il polo negativo della scala) e "2", tale percentuale incrementava sino all'88% (**Figura 2**).

Figura 2. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte all'*item* indagante la percezione del cambiamento dell'immagine del medico.

Percezione di cambiamento dell'immagine pubblica del medico/dirigente sanitario rispetto al passato



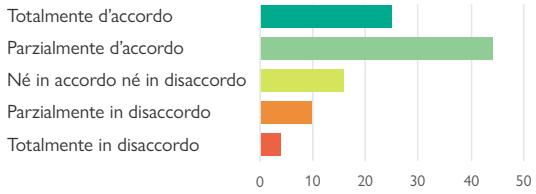
La **Figura 3** mostra la distribuzione percentuale delle risposte agli *item* valutanti il grado d'accordo con una serie di affermazioni concernenti il cambiamento del ruolo del medico.
Considerando la percentuale cumulativa dei valori di accordo – *i.e.*, risposte "Totalmente d'accordo" e "Parzialmente d'accordo" – o, per gli *item* contro-tratto, di disaccordo – *i.e.*, risposte "Totalmente in disaccordo" e "Parzialmente in disaccordo" –, i risultati a tale sezione possono riassumersi come segue:

- Più del 60% dei rispondenti conviene circa il fatto che l'utenza considera il medico come meno competente (~70%) e disponibile sul piano umano (~67%) rispetto al passato (**Figura 3A e 3B**);
- Il 75% circa dei partecipanti sostiene che le aspettative di inizio carriera circa il valore della professione medica vengono in seguito disattese (**Figura 3C**);
- L'87% del campione ritiene che le richieste dell'utenza determinino, nel medico, un sovraccarico psicologico maggiore rispetto al passato; similmente, un'elevata quota dei rispondenti sostiene come la sempre più diffusa possibilità da parte degli utenti di contattare i medici tramite dispositivi digitali interferisca sia sull'attività lavorativa (~66%) che sulla vita privata (~73%), e come la disponibilità del professionista a dar seguito a tali richieste – anche in fasce orarie extra-lavorative – possa rappresentare, per l'utenza stessa, un parametro di valutazione dell'operato del medico più rilevante della competenza dello stesso (70%) (**Figure 3D-3G**);

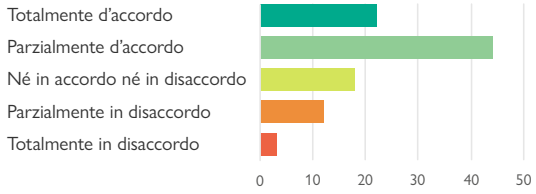
- La stragrande maggioranza dei rispondenti (~93%) ritiene che i medici temono maggiormente, rispetto al passato, le conseguenze legali della propria attività professionale, e l'85% circa del campione concorda con il fatto che i medici, ad oggi, tendano a prescrivere un numero maggiore di accertamenti per timore di inadempienza (**Figura 3H** e **3I**);

Figura 3. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte agli *item* indaganti il cambiamento percepito.

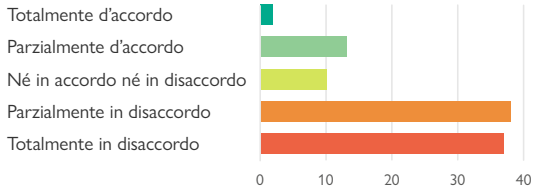
3A. L'utenza ci considera meno competenti rispetto al passato



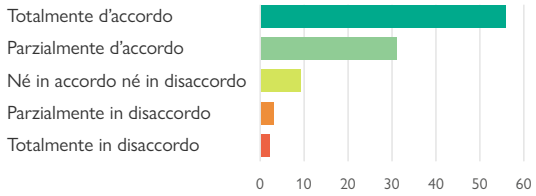
3B. L'utenza ci considera meno disponibili sul piano umano rispetto al passato



3C. Le aspettative che si hanno all'inizio della carriera rispetto al valore della professione vengono generalmente soddisfatte



3D. Rispetto al passato, le richieste dell'utenza ci sovraccaricano maggiormente a livello psicologico



3E. La possibilità da parte degli utenti di contattarci sempre più facilmente tramite i dispositivi di telecomunicazione non interferisce con la nostra attività lavorativa

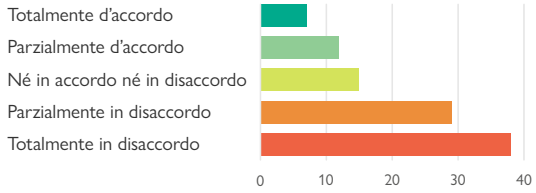
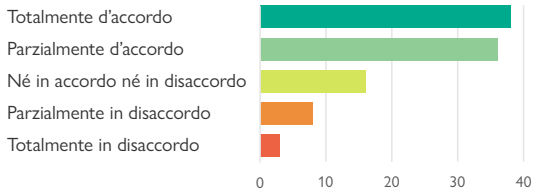
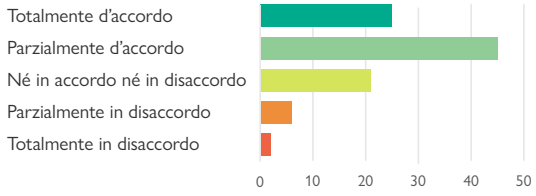


Figura 3. Prosieguo.

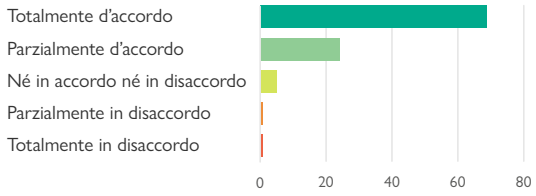
3F. Le richieste dell'utenza pervenute tramite dispositivi digitali (ad es., *e-mail*, telefono cellulare) interferiscono sempre di più con la nostra vita privata



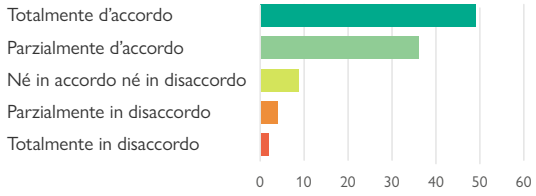
3G. Nel giudicare il nostro operato, l'utenza tende sempre di più a basarsi sulla nostra eventuale reperibilità (anche in orari extra-lavorativi) rispetto che all'effettiva competenza



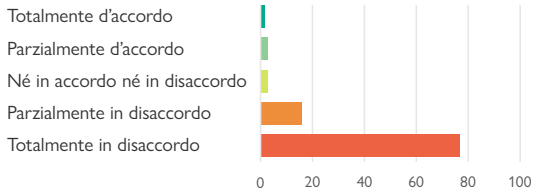
3H. Ci si preoccupa maggiormente rispetto al passato delle conseguenze legali del proprio operato



3I. Rispetto al passato, si tende a prescrivere un numero maggiore di accertamenti per timore di essere accusati di inadempienza



3L. Tenendo conto della complessità della professione, gli attuali livelli retributivi sono soddisfacenti



3M. Gli aspetti amministrativo-burocratici portano via sempre più tempo alle attività clinico-assistenziali

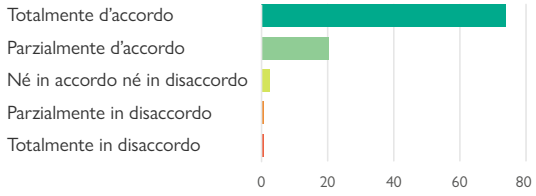
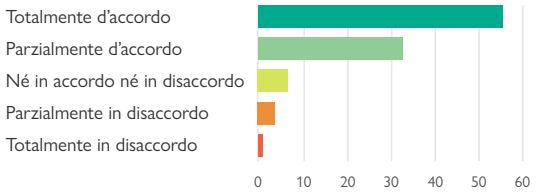
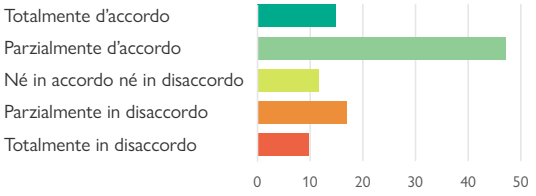


Figura 3. Prosieguo.

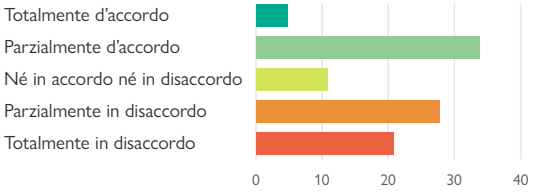
3N. Gli aspetti amministrativo-burocratici limitano sempre di più la qualità delle prestazioni clinico-assistenziali erogate



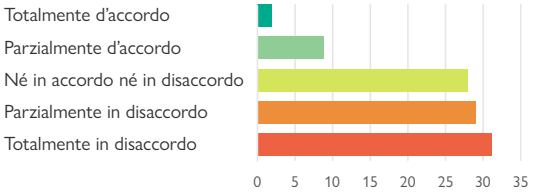
3O. Rispetto al passato, gli attuali sistemi informatizzati sono in teoria più funzionali a supportare l'attività clinico-assistenziale



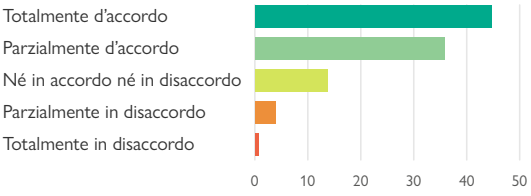
3P. Gli strumenti informatici effettivamente a disposizione sono efficienti e facilitano il nostro lavoro



3Q. I parametri che le Aziende adottano per valutare l'operato clinico-assistenziale sono più in linea con la tipologia di attività svolta rispetto al passato



3R. I fattori di *budget* influenzano negativamente le attività clinico-assistenziali

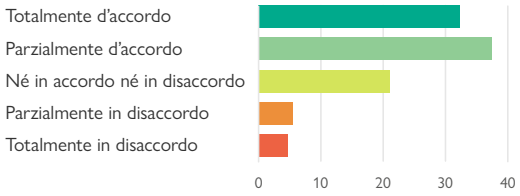


- Il 93% circa dei rispondenti ritiene che i correnti livelli di retribuzione non siano congrui con la complessità della professione medica (**Figura 3L**);
- Più dell'80% dei partecipanti conviene con il fatto che le attività amministrativo-burocratiche limitino il tempo dedicato alle attività clinico-assistenziali (~95%) e ne riducano la qualità (~89%) (**Figura 3M** e **3N**);
- Sebbene il 62% circa del campione ritenga che gli attuali sistemi informatizzati siano teoricamente più funzionali a sostenere le attività del medico rispetto al passato, la percentuale dei rispondenti che conviene con il fatto che tali sistemi supportino fattualmente tali attività si attesta al 40% circa (**Figura 3O** e **3P**);
- Circa il 61% dei partecipanti ritiene come gli attuali parametri adottati dalle Aziende per valutare l'operato clinico-assistenziale del medico non siano appropriati alla tipologia di attività in questione, mentre l'81% circa del campione sostiene che i fattori di *budget* esercitino un'influenza negativa sull'attività clinico-assistenziale stessa (**Figura 3Q** e **3R**).

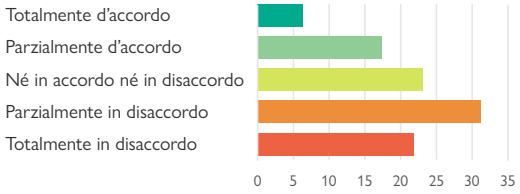
Nella **Figura 4** viene invece rappresentata la distribuzione percentuale delle risposte agli *item* valutanti il grado d'accordo con le affermazioni attinenti al vissuto soggettivo associato alla percezione di cambiamento relativamente alla professione medica.

Figura 4. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte agli *item* indaganti il vissuto associato al cambiamento percepito.

4A. Mi frustra che l'utenza possa considerarmi meno competente di quel che sono



4B. Non mi preoccupa che l'utenza possa percepirmi come meno disponibile sul piano umano rispetto a quanto effettivamente io sono



4C. Mi frustra rendermi conto che le aspettative che avevo rispetto al valore della professione all'inizio della mia carriera non sono state soddisfatte

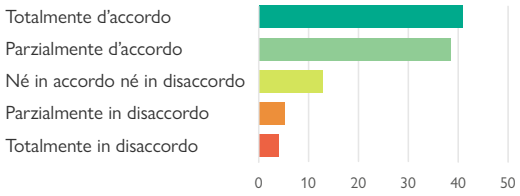
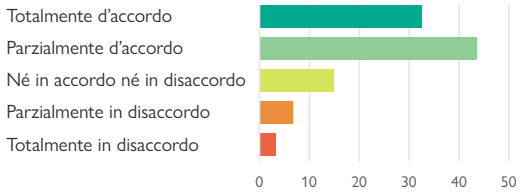
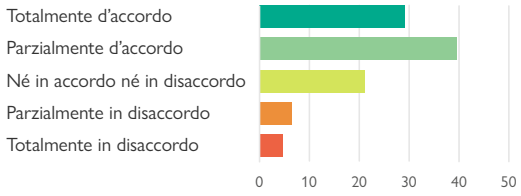


Figura 4. Prosieguo.

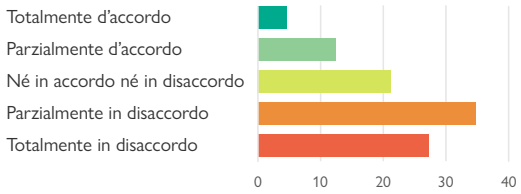
4D. Le pressioni derivanti dalle continue richieste da parte dell'utenza mi sovraccaricano psicologicamente e interferiscono con il mio benessere lavorativo e/o extra-lavorativo



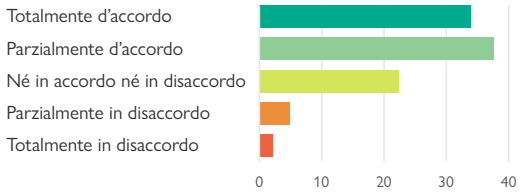
4E. Mi sento in difetto nei confronti dell'utenza quando limito il tempo dedicato alle attività clinico-assistenziali per far fronte a quelle amministrativo-burocratiche



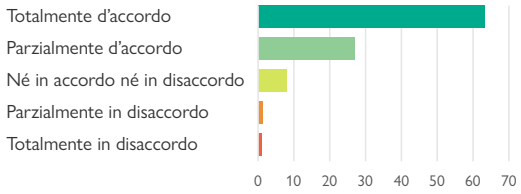
4F. Non mi pesa prescrivere più accertamenti di quelli effettivamente necessari per timore di ricevere accuse di inadempienza dall'utenza



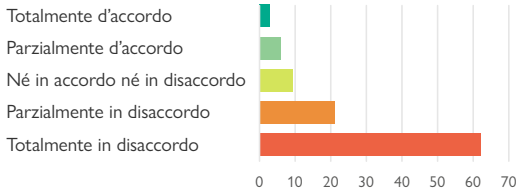
4G. È svalutante percepire che gli utenti giudicano il mio operato più sulla base della mia reperibilità che in virtù della mia competenza



4H. Mi frustra l'idea che la mia Azienda possa valutare il mio operato sulla base di parametri incongrui rispetto al tipo di attività che svolgo



4I. Non mi crea disagio l'eventualità che i sistemi informatizzati della mia Azienda siano poco funzionali a supportare la mia attività clinico-assistenziale



Considerando la percentuale cumulativa dei valori di accordo – *i.e.*, risposte "Totalmente d'accordo" e "Parzialmente d'accordo" – o, per gli *item* contro-tratto, di disaccordo – *i.e.*, risposte "Totalmente in disaccordo" e "Parzialmente in disaccordo" –, i risultati a tale sezione possono riassumersi come segue:

- Il 69% dei rispondenti reputa come frustrante l'idea che gli utenti possano considerare il medico come meno competente, mentre più della metà dei partecipanti (~53%) si riterrebbero preoccupati della possibilità che l'utenza possa percepirli come meno disponibili sul piano umano rispetto a quanto effettivamente lo sono (**Figura 4A** e **4B**);
- Il 79% circa dei partecipanti ha ritenuto frustrante realizzare come le aspettative di inizio carriera circa il valore della professione medica possano esser state disattese (**Figura 4C**);
- Tre quarti del campione (~76%) dichiara come le pressioni derivanti dalle richieste dell'utenza determinino un sovraccarico psicologico ed interferiscano con il benessere sia lavorativo che extra-lavorativo (**Figura 4D**), ed il 71% dei rispondenti giudica come svalutante la percezione che l'utenza possa valutare l'operato del medico più sulla base della possibilità di accordare attenzione a tali richieste che sull'effettiva competenza dello stesso (**Figura 4G**);
- Il 68% circa dei rispondenti dichiara di sentirsi in difetto nei confronti degli utenti quand'ecco l'assoluzione dei doveri amministrativo-burocratici limitano il tempo dedicato all'attività clinico-assistenziale (**Figura 4E**);
- Il 62% dei partecipanti esprime disagio nel prescrivere un numero di accertamenti più elevato del dovuto per timore di ricevere accuse di inadempienza dagli utenti (**Figura 4F**);
- La stragrande maggioranza dei professionisti (~90%) identifica come frustrante l'idea che la propria Azienda possa valutarne l'operato sulla base di parametri incongrui rispetto alla tipologia di attività svolta (**Figura 4H**);
- L'83% circa dei rispondenti dichiara di esperire disagio circa la scarsa funzionalità degli attuali sistemi informatizzati nel supportare la propria attività clinico-assistenziale (**Figura 4I**).

La distribuzione delle frequenze di risposta alle singole domande attinenti alla percezione del cambiamento della professione e al vissuto ad essa legato è riportata, rispettivamente, nella **Tabella Supplementare 1 e 2**.

3.4 Equilibrio vita-lavoro

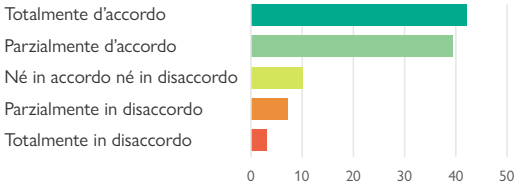
La **Figura 5** riporta la distribuzione percentuale delle risposte agli *item* di accordo circa le affermazioni attinenti al dominio del *work-life balance* (i cui rispettivi valori sono aggiuntivamente mostrati nella **Tabella Supplementare 3**).

Considerando la percentuale cumulativa dei valori di accordo – *i.e.*, risposte "Totalmente d'accordo" e "Parzialmente d'accordo" – o, per gli *item* contro-tratto, di disaccordo – *i.e.*, risposte "Totalmente in disaccordo" e "Parzialmente in disaccordo" –, i risultati a tale sezione possono riassumersi come segue:

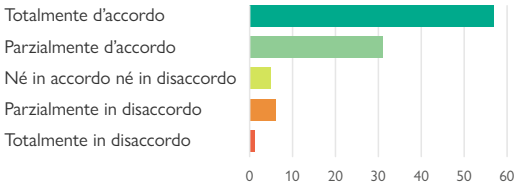
- Circa il 78% del campione dichiara di faticare nel bilanciare lavoro e vita privata (**Figura 5E**);
- L'81% circa dei rispondenti ritiene come l'attività professionale non lasci loro sufficiente tempo da dedicare ai propri familiari (**Figura 5A**), e l'88% circa del campione conviene con l'affermazione secondo cui, sommando il tempo dedicato al lavoro e alla famiglia, non residui tempo ulteriore da dedicate ad altre tipologie di attività (**Figura 5B**);
- Il 71% dei partecipanti lamenterebbe, al termine della giornata lavorativa, l'assenza di energie per intraprendere ulteriori attività (**Figura 5C**), e il 78% del campione dichiara di pensare al lavoro anche quando si dedicano a quest'ultime (**Figura 5D**).

Figura 5. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte agli *item* indaganti l'equilibrio vita-lavoro.

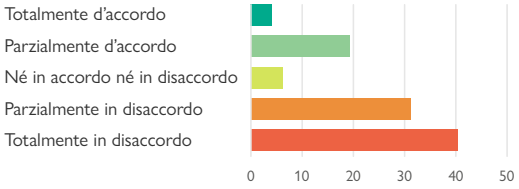
5A. L'attività professionale non mi permette di avere sufficiente tempo da dedicare alla famiglia



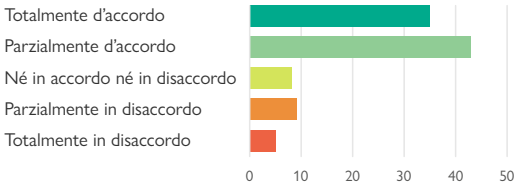
5B. Sommando il tempo dedicato al lavoro e alla famiglia, non rimane spazio per dedicarmi ad altre attività



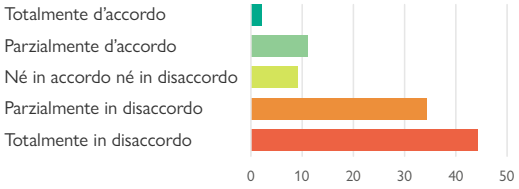
5C. Alla fine della giornata lavorativa ho ancora energie per dedicarmi ad altro



5D. Penso spesso al lavoro anche quando mi dedico ad altre attività



5E. Non faccio fatica a bilanciare gli impegni professionali con la mia vita privata



5F. La possibilità di accesso al *part-time* attualmente vigente andrebbe rivisto per conciliare al meglio le esigenze lavorative con quelle della vita privata

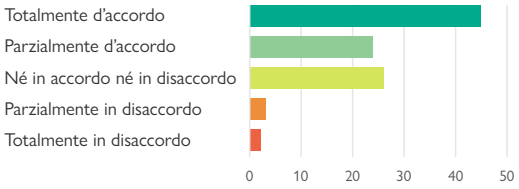
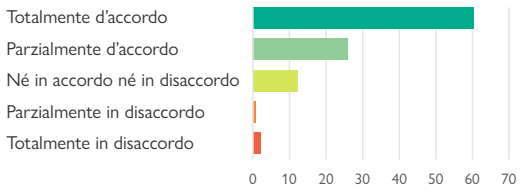


Figura 5. Prosieguo.

5G. Penso che la mia situazione previdenziale sarà diversa da quella attuale, e che potrebbe richiedere un'assicurazione integrativa a mio carico



- Il 69% dei rispondenti riterrebbe opportuno revisionare gli attuali *iter* di accesso al lavoro *part-time* nell'ottica di meglio conciliare l'attività professionale con la propria vita privata (**Figura 5F**);
- La maggioranza del campione in esame (~85%) prospetta un cambiamento della situazione previdenziale in futuro – il quale potrà richiedere un'assicurazione integrativa a carico del professionista stesso (**Figura 5G**).

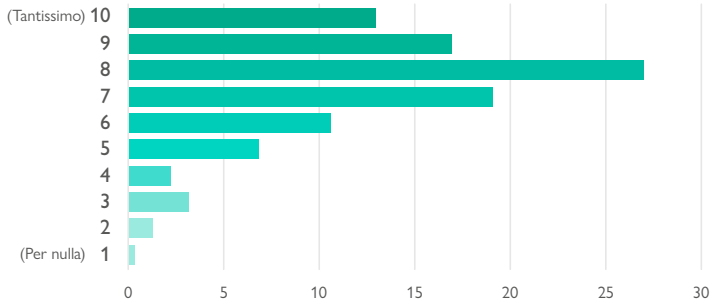
3.5 *Stress* lavoro-correlato, *moral distress* e aggressioni da parte dell'utenza

I valori riportati alle singole domande attinenti ai domini di interesse per il presente paragrafo è riportata in **Tabella Supplementare 4**.

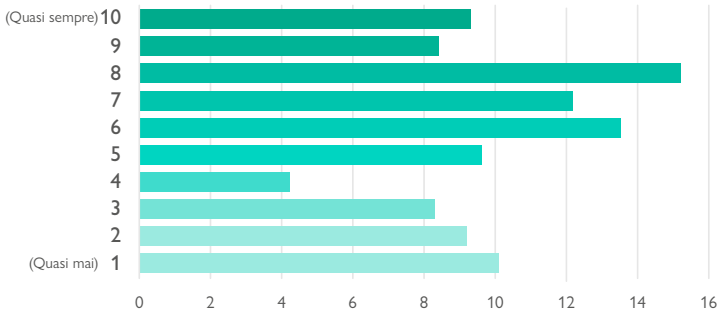
L'87% circa dei rispondenti ha riportato valori ≥6 (su 10) sulla scala richiedente il livello di *stress* lavoro-correlato esperito – intuitivamente considerabili come indicativi di un grado di *distress* medio- alto (**Figura 6A**). Inoltre, circa il 59% del campione ha riportato valori ≥6 (su 10) all'*item* richiedente di indicare la frequenza delle situazioni potenzialmente esponenti a *moral distress* – ragionevolmente considerabili come suggestivi di un grado di frequenza medio-elevato (**Figura 6B**).

Figura 6. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte agli *item* indaganti lo *stress* lavoro-correlato e la frequenza di occorrenza di situazioni potenzialmente esponenti a *moral distress*.

6A. Livello di *stress* lavoro-correlato



6B. Limitazione della libertà nell'attività clinico-assistenziale di prendere decisioni eticamente corrette



Il 73% circa dei rispondenti ha dichiarato di esperire più timore rispetto al passato di subire aggressioni verbali e/o fisiche da parte dell'utenza; considerando poi la frequenza cumulativa dei valori "A volte", "Spesso" e "Quasi sempre", il 57% dei partecipanti ha riferito di aver esperito, in senso lato, timore di essere vittima di tali aggressioni. Inoltre, il 40% dei medici in esame ha riportato come tali timore indurrebbero in loro un cambiamento nelle proprie condotte professionali. Considerando cumulativamente la frequenza dei valori ≥3 all'*item* indagante il livello di *stress* associato alla possibilità di subire aggressioni verbali/fisiche da parte dell'utenza, poco più della metà del campione (~52%) ha riportato un grado di *stress* potenzialmente rilevante.

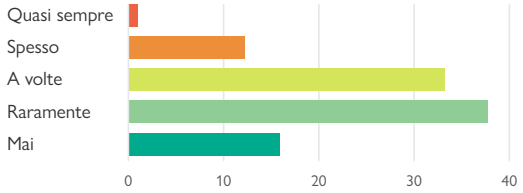
La **Figura 7** riporta le distribuzioni percentuali concernenti gli *item* indaganti la frequenza di aggressioni verbali e/o fisiche da parte dell'utenza esperita dai rispondenti direttamente o indirettamente negli ultimi 6 mesi.

Considerando la percentuale cumulativa dei valori indicativi di una frequenza di occorrenza di ragionevole rilievo – *i.e.*, risposte da "A volte" a "Quasi sempre" –, circa il 47% del campione dichiara di aver esperito (direttamente o indirettamente), negli ultimi 6 mesi, contingenze di aggressioni verbali da parte di pazienti, mentre tale percentuale scende al 10% per ciò che concerne le aggressioni/i tentativi di aggressione di natura fisica (**Figura 7A e 7B**); similmente, una percentuale marcatamente più elevata di rispondenti ha riportato l'occorrenza di aggressioni verbali da parte dei familiari/*caregiver* (37%) rispetto a quelle di natura fisica (~10%) (**Figura 7C e 7D**).

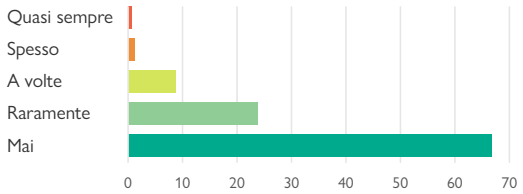
Infine, considerando la frequenza cumulative delle risposte "Parzialmente in disaccordo" e "Totalmente in disaccordo" (*item* contro-tratto), circa il 53% dei partecipanti ha ritenuto come l'Azienda di appartenenza non ponga in essere appropriate misure di prevenzione e gestione delle aggressioni verbali/fisiche da parte dell'utenza sul posto di lavoro.

Figura 7. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle risposte agli *item* indaganti la frequenza di aggressioni verbali e/o fisiche da parte dell'utenza.

7A. Attacchi verbali da parte dei pazienti



7B. Aggressioni o tentativi di aggressione fisica da parte dei pazienti



7C. Minacce verbali da parte dei famigliari/*caregiver* dei pazienti

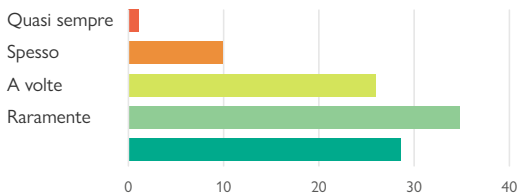
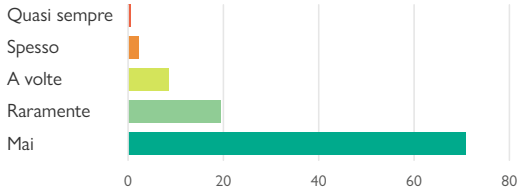


Figura 7. Prosieguo.

7D. Aggressioni o tentativi di aggressione fisica da parte dei famigliari/*caregiver* dei pazienti



3.6 Analisi tematica dei *topic* di cambiamento

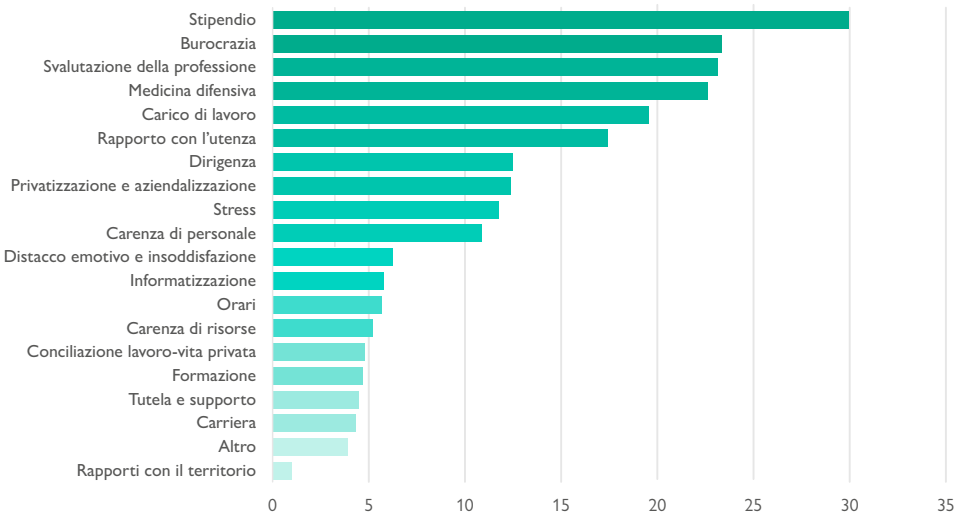
Le risposte qualitativo-argomentative ottenute all'*item* richiedente ai partecipanti di indicare quali fossero, a loro giudizio, i principali cambiamenti a cui è andata incontro la professione del medico negli ultimi decenni, sono state suddivise nelle seguenti macro-aree tematiche (*N*=20):

- **Burocrazia**: comprendente aspetti relativi all'aumento del carico burocratico richiesto al professionista medico;
- **Medicina difensiva**: comprendente aspetti relativi allo *stress* legato al timore di eventuali contenziosi legali ad opera dell'utenza in relazione alle attività clinico-assistenziali erogate;
- **Carenza di personale**: comprendente la tematica relativa alla carenza di personale rispetto al carico di lavoro;
- **Carico di lavoro**: comprendente aspetti relativi allo *stress* correlato alla percezione di un eccessivo carico di lavoro;
- **Orari**: comprendente aspetti relativi ad un orario di lavoro troppo percepito quale eccessivo rispetto a quanto prefissato (*e.g.*, "Sovraccarico di turni");
- **Carriera**: comprendente aspetti relativi alla percezione di mancata progressione di carriera o di criteri di avanzamento di carriera poco chiari;
- **Stipendio**: comprendente percezioni sulla congruità dei livelli retributivi;
- ***Stress***: comprendente sia aspetti generali relativi allo *stress* lavoro-correlato (*e.g.*, "Maggiore *stress* e minore riconoscimento") che contingenze stressogene più specifiche (*e.g.*, concernenti la percezione di scarsa autonomia o di conflittualità con i colleghi)
- **Svalutazione della professione:** comprendente una generale percezione di ridotta considerazione, stima e rispetto nei confronti della professione;
- **Distacco emotivo e insoddisfazione:** comprendente aspetti relativi alla percezione di scarso coinvolgimento nel lavoro e disumanizzazione delle cure;
- **Carenza di risorse**: comprendente aspetti relativi all'insufficienza e/o inadeguatezza delle risorse finalizzate al supporto pratico dell'attività esercitata dal medico:
- **Formazione**: comprendente aspetti relativi alla percezione di scarse opportunità di formazione e aggiornamento professionali;
- **Informatizzazione**: comprendente aspetti relativi all'innovazione tecnologica/informatica;
- **Relazione con l'utenza**: comprendente aspetti relativi alla percezione di un deterioramento della qualità del rapporto tra il medico e l'utenza;
- **Conciliazione lavoro-vita privata**: comprendente tematiche relative al ridotto tempo da dedicare alla vita privata a fronte dell'impegno da profondere nell'attività professionale;
- **Privatizzazione e aziendalizzazione**: comprendente aspetti relativi al definanziamento del SSN (*e.g.,* insufficienti investimenti nella Sanità Pubblica) e ai risvolti negativi dell'aziendalizzazione della sanità (*e.g.*, "eccessivo peso dato alla quantità di prestazioni rispetto alla qualità");
- **Tutela e supporto**: comprendente aspetti generalmente relativi alla percezione di uno scarso supporto da parte dell'Azienda;

- **Dirigenza:** comprendente aspetti relativi a una generale insoddisfazione nei confronti della dirigenza;
- **Rapporti con il territorio**: comprendente aspetti relativi all'esperire una difficoltà nel collaborare con la medicina territoriale;
- **Altro**: comprendente le risposte che non rientravano nelle precedenti categorie o che risultavano a tal punto generiche da non poter essere validamente classificate.

La **Figura 8** rappresenta graficamente la distribuzione percentuale delle suddette categorie (i cui valori esatti sono riportato nella **Tabella Supplementare 5**).

Figura 8. Distribuzione percentuale (asse delle *x*) delle categorie ricavare dall'analisi tematica delle risposte fornite alla domanda aperta.



Note. Percentuali calcolate sul numero di risposte fornite e/o classificabili (*N*=1251).

L'area tematica di cambiamento maggiormente riferita dai rispondenti è risultata essere quelle relativa alla congruità della retribuzione (~30%), seguita da quelle concernenti il carico burocratico, la svalutazione della professione e le pratiche di medicina difensiva (~23%). Superavano invece il 15% di prevalenza i *topic* attinenti all'eccessivo carico di lavoro (~20%) e il deterioramento della qualità del rapporto tra il medico e l'utenza (~17%). Tra il 10 e il 15% dei rispondenti ha inoltre segnalato tematiche attinenti al malcontento per la gestione dirigenziale (~13%), i processi di privatizzazione ed aziendalizzazione della sanità (~12%), lo *stress* lavoro-correlato (~12%) e le difficoltà imposte dalla carenza di *staff* (~11%). Le restanti categorizzazioni sono state invece rilevate per meno di un rispondente su 10 (<6%).

4. DISCUSSIONE

Il presente studio si è proposto di indagare gli articolati temi del benessere organizzativo e del cambiamento nella professione medica in un'ampia coorte (*N*=1369) di medici e dirigenti medici Lombardi. A fronte di tale numerosità campionaria, risulta ragionevole inferire come i risultati soprariportati rappresentino una stima sufficientemente generalizzabile del sentire della popolazione in esame in merito ai temi oggetto d'indagine. Tale istanza appare avallata anche dalla costituzione demografico-occupazionale del campione in esame – che, a livello descrittivo, è risultata essere adeguatamente rappresentativa della categoria professionale medesima.

Sinotticamente, i punti chiave dei risultati sopraesposti – al netto della suddivisione proposta nel questionario – possono sintetizzarsi nella seguente maniera:

- **Benessere organizzativo.** Una cospicua quota di medici ha riportato livelli di soddisfazione lavorativa mediocri o scarsi – anche rispetto alle aspettative di inizio carriera –, elevato *distress* lavoro-correlato e difficoltà nel mantenimento di un equilibrio funzionale tra vita privata e attività professionale. È inoltre emerso come un numero non trascurabile di rispondenti dichiari di essere esposto non infrequentemente a situazioni di *moral distress* – *i.e.*, ove fattori non strettamente dipendenti dalla volontà individuale del medico portano quest'ultimo a prendere decisioni ritenute eticamente inappropriate.
- **Rapporto con l'utenza e la società**. Dalle risposte a taluni *item* emerge come numerosi medici percepiscano, rispetto al passato, un'utenza meno disposta a fidarsi ed affidarsi al professionista, maggiormente svalutante della professione e/o propensa a valutare l'operato del medico sulla base di parametri esulanti dalla competenza del medesimo. Ad un simile riguardo, un'ampia porzione dei partecipanti ha riportato maggiori preoccupazioni, rispetto al passato, relativamente alle ripercussioni legali del proprio operato. Un ulteriore, verosimile indicatore di un siffatto deterioramento del rapporto tra medico e utenza apparirebbe inoltre estrinsecarsi nel maggior timore esperito del professionista circa la possibilità di subire aggressioni ad opera dei pazienti e/o dai loro familiari/*caregiver* – contingenze le quali, per ciò che concerne le aggressioni di natura verbale, sono state riferite come non infrequenti. In linea con le suddette percezioni dei rispondenti, un ampio numero di questi ha ritenuto come l'immagine pubblica del medico fosse stata, in senso alto, interessata da un cambiamento peggiorativo negli ultimi anni.
- **Burocrazia e informatizzazione**. Molti tra i medici aventi preso parte allo studio hanno lamentato fatiche nella gestione del carico burocratico imposto dall'attività professionale – dichiarando inoltre come tale burocratizzazione si riverberi negativamente sia sulla quantità che sulla qualità dei servizi clinico-assistenziali erogati. A tal riguardo, inoltre, un numero considerevole di rispondenti ha messo in luce come gli attuali sistemi informatizzati, seppur in teoria atti a supportare efficientemente l'attività del medico, spesso non risultino adeguati a adempiere a tale finalità.
- **Fattori aziendali**. Seppur infrequentemente, taluni dei rispondenti hanno riportato

un'inappropriatezza – quantitativa e/o qualitativa – delle risorse (umane e non) messe a disposizione dalle Aziende per far fronte alla domanda clinico-assistenziale, lamentando inoltre un gestione dirigenziale non sempre adeguata, le ripercussioni negative dell'implementazione di politiche di privatizzazione ed aziendalizzazione della sanità e, più raramente, condizioni non favorevoli all'avanzamento di carriera e alla formazione professionale, nonché scarsa tutela. Al contrario, un numero più cospicuo di medici individuerebbe nei fattori di *budget* un elemento impattante negativamente sull'erogazione dei servizi sanitari. In tal merito, inoltre, una quota considerevole di medici ha messo in luce l'inadeguatezza dei parametri con cui le Aziende valutano l'operato clinico-assistenziale dei medesimi.

- **Retribuzione e aspetti previdenziali.** La stragrande maggioranza dei partecipanti al presente studio ha sottolineato l'incongruità tra gli attuali livelli retributivi e le richieste dell'attività professionale medica. Inoltre, un numero non trascurabile di rispondenti si è detto consapevole della verosimile necessità di attivare polizze integrative al fine di far fronte ai venturi cambiamenti interessanti la sfera previdenziale.

Appare pertanto ragionevole dedurre come i risultati del presente studio evidenzino, in una quota non trascurabile della popolazione in esame, un disagio trasversale a numerosi domini attinenti alla sfera occupazionale. Sebbene diverse di queste problematiche riguardino aspetti strutturali e pertanto difficilmente modificabili, il vissuto dei professionisti ad esse associato potrebbe beneficiare di interventi di prevenzione primaria e secondaria. Ciò non soltanto al fine di migliorare la qualità di vita della categoria professionale in oggetto [Shanafelt *et al.*, 2003], ma anche a fronte dei noti effetti positivi di un maggior livello di benessere psicologico del medico sulla qualità dei servizi clinico-assistenziali erogati ai pazienti [Firth-Cozens, 2001]. Siffatti interventi potrebbero a loro volta favorire, in un'ottica di più ampio respiro, un miglioramento della qualità della relazione medico-paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahmad, F., Hudak, P. L., Bercovitz, K., Hollenberg, E., & Levinson, W. (2006). Are physicians ready for patients with Internet-based health information?. *Journal of Medical Internet Research, 8*(3), e535.
2. Avallone, F., Paplomatas, A. (2005) *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
3. Bahr, T. J., Ginsburg, S., Wright, J. G., & Shachak, A. (2023). Technostress as source of physician burnout: An exploration of the associations between technology usage and physician burnout. *International Journal of Medical Informatics, 177*, 105147.
4. Chakraborty, S., Mashreky, S. R., & Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health, 30*(8), 1837-1855.
5. Champely, S. (2020). *pwr: Basic Functions for Power Analysis. R package version 1.3-0*. Retrieved from: https://CRAN.R-project.org/package=pwr
6. Dolbier, C. L., Webster, J. A., McCalister, K. T., Mallon, M. W., & Steinhardt, M. A. (2005). Reliability and validity of a single-item measure of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion, 19*(3), 194-198.
7. Fiabane, E., Margheritti, S., Aiello, E. N., Magnone, S., Miglioretti, M., Gabanelli, P., & Giorgi, I. (2023). Prevalence and determinants of Italian physicians' burnout in the "post- COVID-19" era. I*nternational Archives of Occupational and Environmental Health, 96*(3), 377-387.
8. Fiske, A., Buyx, A., & Prainsack, B. (2020). The double-edged sword of digital self-care: Physician perspectives from Northern Germany. *Social Science & Medicine, 260*, 113174.
9. Gragnano, A., Miglioretti, M., Frings-Dresen, M. H., & de Boer, A. G. (2017). Adjustment between work demands and health needs: Development of the Work–Health Balance Questionnaire. *Rehabilitation Psychology, 62*(3), 374.
10. Grønning, A., Simonsen, L. M., Lüchau, E. C., Hvidt, E. A., & Klausen, M. (2024). My time, your time, our time. Older patients' and GPs' time sensibilities around email consultations. *Health Sociology Review, 33*(1), 43-58.
11. Huang, E. C. H., Pu, C., Chou, Y. J., & Huang, N. (2018). Public trust in physicians—health care commodification as a possible deteriorating factor: cross-sectional analysis of 23 countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55*, 0046958018759174.
12. İlhan, M., Güler, N., Teker, G. T., & Ergenekon, Ö. (2024). The effects of reverse items on psychometric properties and respondents' scale scores according to different item reversal strategies. *International Journal of Assessment Tools in Education, 11*(1), 20-38.
13. Kocalevent, R., Pinnschmidt, H., Selch, S., Nehls, S., Meyer, J., Boczor, S., ... & van den Bussche, H. (2020). Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC Medical Education, 20*, 1-8.
14. La Torre, G., Firenze, A., Di Gioia, L. P., Perri, G., Soncin, M., Cremonesi, D., ... & Brusaferro, S. (2022). Workplace violence among healthcare workers, a multicenter study in Italy. *Public Health, 208*, 9-13.
15. Margheritti, S., Giorgi, I., Magnone, S., Miglioretti, M., & Fiabane, E. (2023). Physicians' Turnover Intention During the "Post–COVID-19" Era: Risk and Protective Factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 65*(10), e631-e635.
16. Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics, 26*(3), 646-662.

17. The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from https://www.jamovi.org.
18. Thorne, S., Kirkham, S. R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health, 20*(2), 169-177.
19. Timmermans, S., & Oh, H. (2010). The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behavior, 51*(1), S94-S106.
20. Weiss, D., Tilin, F., & Morgan, M. J. (2023). T*he interprofessional health care team: Leadership and development*. Jones & Bartlett Learning.
21. Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., & Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. T*he American Journal of Medicine, 114*(6), 513-519.
22. Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science & Medicine, 52*(2), 215-222.

MATERIALI SUPPLEMENTARI

Tabella Supplementare 1. Percezione del cambiamento nel ruolo del medico.

Percezione di cambiamento dell'immagine pubblica del medico/dirigente sanitario	
1 (Cambiata in peggio)	670 (48.9%)
2	535 (39.1%)
3	142 (10.4%)
4	15 (1.1%)
5 (Cambiata in meglio)	7 (0.5%)
L'utenza ci considera meno competenti rispetto al passato	
Totalmente in disaccordo	50 (3.7%)
Parzialmente in disaccordo	141 (10.3%)
Né in accordo né in disaccordo	225 (16.4%)
Parzialmente d'accordo	608 (44.4%)
Totalmente d'accordo	345 (25.2%)
L'utenza ci considera meno disponibili sul piano umano rispetto al passato	
Totalmente in disaccordo	47 (3.4%)
Parzialmente in disaccordo	165 (12.1%)
Né in accordo né in disaccordo	242 (17.7%)
Parzialmente d'accordo	608 (44.4%)
Totalmente d'accordo	307 (22.4%)
Le aspettative che si hanno all'inizio della carriera rispetto al valore della professione vengono generalmente soddisfatte	
Totalmente in disaccordo	510 (37.2%)
Parzialmente in disaccordo	519 (37.9%)
Né in accordo né in disaccordo	132 (9.6%)
Parzialmente d'accordo	176 (12.9%)
Totalmente d'accordo	33 (2.4%)
Rispetto al passato, le richieste dell'utenza ci sovraccaricano maggiormente a livello psicologico	
Totalmente in disaccordo	22 (1.6%)
Parzialmente in disaccordo	40 (2.9%)
Né in accordo né in disaccordo	117 (8.5%)
Parzialmente d'accordo	425 (31.1%)
Totalmente d'accordo	765 (55.9%)
La possibilità da parte degli utenti di contattarci sempre più facilmente tramite i dispositivi di telecomunicazione non interferisce con la nostra attività lavorativa	
Totalmente in disaccordo	515 (37.6%)
Parzialmente in disaccordo	391 (28.6%)
Né in accordo né in disaccordo	203 (14.8%)
Parzialmente d'accordo	169 (12.3%)
Totalmente d'accordo	91 (6.6%)
Le richieste dell'utenza pervenute tramite dispositivi digitali (ad es., *e-mail*, telefono cellulare) interferiscono sempre di più con la nostra vita privata	
Totalmente in disaccordo	40 (2.9%)
Parzialmente in disaccordo	104 (7.6%)
Né in accordo né in disaccordo	223 (16.3%)
Parzialmente d'accordo	487 (35.6%)
Totalmente d'accordo	515 (37.6%)

Nel giudicare il nostro operato, l'utenza tende sempre di più a basarsi sulla nostra eventuale reperibilità (anche in orari extra-lavorativi) rispetto che all'effettiva competenza

Totalmente in disaccordo	32 (2.3%)
Parzialmente in disaccordo	88 (6.4%)
Né in accordo né in disaccordo	290 (21.2%)
Parzialmente d'accordo	611 (44.6%)
Totalmente d'accordo	348 (25.4%)

Ci si preoccupa maggiormente rispetto al passato delle conseguenze legali del proprio operato

Totalmente in disaccordo	10 (0.7%)
Parzialmente in disaccordo	15 (1.1%)
Né in accordo né in disaccordo	69 (5%)
Parzialmente d'accordo	328 (24%)
Totalmente d'accordo	947 (69.2%)

Rispetto al passato, si tende a prescrivere un numero maggiore di accertamenti per timore di essere accusati di inadempienza

Totalmente in disaccordo	24 (1.8%)
Parzialmente in disaccordo	54 (3.9%)
Né in accordo né in disaccordo	128 (9.3%)
Parzialmente d'accordo	497 (36.3%)
Totalmente d'accordo	666 (48.6%)

Tenendo conto della complessità della professione, gli attuali livelli retributivi sono soddisfacenti

Totalmente in disaccordo	1050 (76.7%)
Parzialmente in disaccordo	217 (15.9%)
Né in accordo né in disaccordo	34 (2.5%)
Parzialmente d'accordo	39 (2.8%)
Totalmente d'accordo	29 (2.1%)

Gli aspetti amministrativo-burocratici portano via sempre più tempo alle attività clinico-assistenziali

Totalmente in disaccordo	14 (1%)
Parzialmente in disaccordo	14 (1%)
Né in accordo né in disaccordo	37 (2.7%)
Parzialmente d'accordo	285 (20.8%)
Totalmente d'accordo	1019 (74.4%)

Il tempo e l'impegno dedicati alle attività amministrativo-burocratiche limitano sempre di più la qualità delle prestazioni clinico-assistenziali erogate

Totalmente in disaccordo	7 (0.5%)
Parzialmente in disaccordo	51 (3.7%)
Né in accordo né in disaccordo	95 (6.9%)
Parzialmente d'accordo	447 (32.7%)
Totalmente d'accordo	769 (56.2%)

Rispetto al passato, gli attuali sistemi informatizzati sono in teoria più funzionali a supportare l'attività clinico-assistenziale

Totalmente in disaccordo	130 (9.5%)
Parzialmente in disaccordo	238 (17.4%)
Né in accordo né in disaccordo	158 (11.5%)
Parzialmente d'accordo	641 (46.8%)
Totalmente d'accordo	202 (14.8%)

Gli strumenti informatici effettivamente a disposizione sono efficienti e facilitano il nostro lavoro

Totalmente in disaccordo	286 (20.9%)
Parzialmente in disaccordo	387 (28.3%)
Né in accordo né in disaccordo	156 (11.4%)
Parzialmente d'accordo	469 (34.3%)
Totalmente d'accordo	71 (5.2%)

I parametri che le Aziende adottano per valutare l'operato clinico-assistenziale sono più in linea con la tipologia di attività svolta rispetto al passato	
Totalmente in disaccordo	430 (31.4%)
Parzialmente in disaccordo	401 (29.3%)
Né in accordo né in disaccordo	388 (28.3%)
Parzialmente d'accordo	126 (9.2%)
Totalmente d'accordo	24 (1.8%)
I fattori di *budget* influenzano negativamente le attività clinico-assistenziali	
Totalmente in disaccordo	10 (0.7%)
Parzialmente in disaccordo	60 (4.4%)
Né in accordo né in disaccordo	187 (13.7%)
Parzialmente d'accordo	496 (36.2%)
Totalmente d'accordo	616 (45%)

Note. Le variabili sono state espresse come frequenze semplici e relative percentuali.

Tabella Supplementare 2. Vissuto soggettivo del cambiamento percepito rispetto al ruolo del medico.

Mi frustra che l'utenza possa considerarmi meno competente di quel che sono	
Totalmente in disaccordo	64 (4.7%)
Parzialmente in disaccordo	74 (5.4%)
Né in accordo né in disaccordo	286 (20.9%)
Parzialmente d'accordo	508 (37.1%)
Totalmente d'accordo	437 (31.9%)
Non mi preoccupa che l'utenza possa percepirmi come meno disponibile sul piano umano rispetto a quanto effettivamente lo sono	
Totalmente in disaccordo	300 (21.9%)
Parzialmente in disaccordo	427 (31.2%)
Né in accordo né in disaccordo	318 (23.2%)
Parzialmente d'accordo	238 (17.4%)
Totalmente d'accordo	86 (6.3%)
Mi frustra rendermi conto che le aspettative che avevo rispetto al valore della professione all'inizio della mia carriera non sono state soddisfatte	
Totalmente in disaccordo	53 (3.9%)
Parzialmente in disaccordo	69 (5%)
Né in accordo né in disaccordo	171 (12.5%)
Parzialmente d'accordo	522 (38.1%)
Totalmente d'accordo	554 (40.5%)
Le pressioni derivanti dalle continue richieste da parte dell'utenza mi sovraccaricano psicologicamente e interferiscono con il mio benessere lavorativo e/o extra-lavorativo	
Totalmente in disaccordo	42 (3.1%)
Parzialmente in disaccordo	88 (6.4%)
Né in accordo né in disaccordo	202 (14.8%)
Parzialmente d'accordo	594 (43.4%)
Totalmente d'accordo	443 (32.4%)
Mi sento in difetto nei confronti dell'utenza quando limito il tempo dedicato alle attività clinico-assistenziali per far fronte a quelle amministrativo-burocratiche	
Totalmente in disaccordo	63 (4.6%)
Parzialmente in disaccordo	85 (6.2%)
Né in accordo né in disaccordo	286 (20.9%)
Parzialmente d'accordo	540 (39.4%)
Totalmente d'accordo	395 (28.9%)

Non mi pesa prescrivere più accertamenti di quelli effettivamente necessari per timore di ricevere accuse di inadempienza dall'utenza	
Totalmente in disaccordo	373 (27.2%)
Parzialmente in disaccordo	475 (34.7%)
Né in accordo né in disaccordo	292 (21.3%)
Parzialmente d'accordo	168 (12.3%)
Totalmente d'accordo	61 (4.5%)
È svalutante percepire che gli utenti giudicano il mio operato più sulla base della mia reperibilità che in virtù della mia competenza	
Totalmente in disaccordo	28 (2%)
Parzialmente in disaccordo	64 (4.7%)
Né in accordo né in disaccordo	303 (22.1%)
Parzialmente d'accordo	512 (37.4%)
Totalmente d'accordo	462 (33.7%)
Mi frustra l'idea che la mia Azienda possa valutare il mio operato sulla base di parametri incongrui rispetto al tipo di attività che svolgo	
Totalmente in disaccordo	12 (0.9%)
Parzialmente in disaccordo	14 (1%)
Né in accordo né in disaccordo	107 (7.8%)
Parzialmente d'accordo	368 (26.9%)
Totalmente d'accordo	868 (63.4%)
Non mi crea disagio l'eventualità che i sistemi informatizzati della mia Azienda siano poco funzionali a supportare la mia attività clinico-assistenziale	
Totalmente in disaccordo	847 (61.9%)
Parzialmente in disaccordo	287 (21%)
Né in accordo né in disaccordo	121 (8.8%)
Parzialmente d'accordo	76 (5.6%)
Totalmente d'accordo	38 (2.8%)

Note. Le variabili sono state espresse come frequenze semplici e relative percentuali.

Tabella Supplementare 3. *Work-life balance.*

L'attività professionale non mi permette di avere sufficiente tempo da dedicare alla famiglia	
Totalmente in disaccordo	35 (2.6%)
Parzialmente in disaccordo	97 (7.1%)
Né in accordo né in disaccordo	136 (9.9%)
Parzialmente d'accordo	530 (38.7%)
Totalmente d'accordo	571 (41.7%)
Sommando il tempo dedicato al lavoro e alla famiglia, non rimane spazio per dedicarmi ad altre attività	
Totalmente in disaccordo	14 (1%)
Parzialmente in disaccordo	80 (5.8%)
Né in accordo né in disaccordo	68 (5%)
Parzialmente d'accordo	428 (31.3%)
Totalmente d'accordo	779 (56.9%)
Alla fine della giornata lavorativa ho ancora energie per dedicarmi ad altro	
Totalmente in disaccordo	543 (39.7%)
Parzialmente in disaccordo	428 (31.3%)
Né in accordo né in disaccordo	87 (6.4%)
Parzialmente d'accordo	253 (18.5%)
Totalmente d'accordo	58 (4.2%)

Penso spesso al lavoro anche quando mi dedico ad altre attività	
Totalmente in disaccordo	71 (5.2%)
Parzialmente in disaccordo	122 (8.9%)
Né in accordo né in disaccordo	108 (7.9%)
Parzialmente d'accordo	593 (43.3%)
Totalmente d'accordo	475 (34.7%)
Non faccio fatica a bilanciare gli impegni professionali con la mia vita privata	
Totalmente in disaccordo	597 (43.6%)
Parzialmente in disaccordo	466 (34%)
Né in accordo né in disaccordo	120 (8.8%)
Parzialmente d'accordo	156 (11.4%)
Totalmente d'accordo	30 (2.2%)
La possibilità di accesso al *part-time* attualmente vigente andrebbe rivisto per conciliare meglio le esigenze lavorative con quelle della vita privata	
Totalmente in disaccordo	32 (2.3%)
Parzialmente in disaccordo	35 (2.6%)
Né in accordo né in disaccordo	356 (26%)
Parzialmente d'accordo	330 (24.1%)
Totalmente d'accordo	616 (45%)
Penso che la mia situazione previdenziale sarà diversa da quella attuale, e che potrebbe richiedere un'assicurazione integrativa a mio carico	
Totalmente in disaccordo	21 (1.5%)
Parzialmente in disaccordo	19 (1.4%)
Né in accordo né in disaccordo	160 (11.7%)
Parzialmente d'accordo	350 (25.6%)
Totalmente d'accordo	819 (59.8%)

Note. Le variabili sono state espresse come frequenze semplici e relative percentuali.

Tabella Supplementare 4. *Stress* lavoro-correlato, *moral distress* e aggressioni da parte dell'utenza.

Livello di stress lavoro-correlato	7.5±1.8 (1-10)
Limitazioni della libertà nel prendere decisioni eticamente corrette durante l'attività clinico- assistenziale	5.8±2.8 (1-10)
Maggior timore di subire violenze verbali o fisiche da parte dell'utenza rispetto al passato	
Si/No	992 (72.5%)/377 (27.5%)
Timore di subire aggressioni verbali o fisiche da parte dell'utenza	
Mai	126 (9.2%)
Raramente	462 (33.7%)
A volte	555 (40.5%)
Spesso	194 (14.2%)
Quasi sempre	32 (2.3%)
Il timore di subire violenze/aggressioni verbali o fisiche da parte dell'utenza induce a modificare propri comportamenti professionali	
Si/No	553 (40.4%)/816 (59.6%)
Stress causato dalla possibilità di aggressioni verbali o fisiche da parte dell'utenza	
1 (Per nulla)	220 (16.1%)
2	393 (28.7%)
3	422 (30.8%)
4	249 (18.2%)
5 (Tantissimo)	85 (6.2%)

Attacchi verbali da parte dei pazienti*	
Mai	216 (15.8%)
Raramente	516 (37.7%)
A volte	454 (33.2%)
Spesso	168 (12.3%)
Quasi sempre	15 (1.1%)
Aggressioni o tentativi di aggressione fisica da parte dei pazienti*	
Mai	911 (66.5%)
Raramente	321 (23.4%)
A volte	118 (8.6%)
Spesso	15 (1.1%)
Quasi sempre	4 (0.3%)
Minacce verbali da parte dei famigliari/*caregiver* dei pazienti*	
Mai	390 (28.5%)
Raramente	473 (34.6%)
A volte	356 (26%)
Spesso	134 (9.8%)
Quasi sempre	16 (1.2%)
Aggressioni o tentativi di aggressione fisica da parte dei famigliari/*caregiver* dei pazienti*	
Mai	965 (70.5%)
Raramente	262 (19.1%)
A volte	112 (8.2%)
Spesso	26 (1.9%)
Quasi sempre	4 (0.3%)
La mia azienda mette in atto delle adeguate misure di prevenzione e gestione delle aggressioni verbali/fisiche da parte dell'utenza sul posto di lavoro	
Totalmente in disaccordo	432 (31.6%)
Parzialmente in disaccordo	289 (21.1%)
Né in accordo né in disaccordo	361 (26.4%)
Parzialmente d'accordo	232 (16.9%)
Totalmente d'accordo	55 (4%)

Note. Le variabili continue sono state espresse come *M*±*SD* (*range*), mentre quelle categoriali come frequenze semplici e relative percentuali.

*Risposte basate sull'esperienza diretta e/o indiretta dei rispondenti negli ultimi 6 mesi.

Tabella Supplementare 5. *Topic* soggettivamente riportati in merito ai cambiamenti più rilevanti aventi interessato la professione medica.

Burocrazia	292 (23,3%)
Medicina difensiva	283 (22,6%)
Carenza di personale	136 (10,9%)
Carico di lavoro	244 (19,5%)
Orari	71 (5,7%)
Carriera	54 (4,3%)
Stipendio	374 (29,9%)
Stress	147 (11,8%)
Svalutazione della professione	289 (23,1%)
Distacco emotive e insoddisfazione	78 (6,2%)
Carenza di risorse	65 (5,2%)
Formazione	59 (4,7%)

Informatizzazione	72 (5,8%)
Rapporto con l'utenza	218 (17,4%)
Conciliazione lavoro-vita privata	60 (4,8%)
Privatizzazione e aziendalizzazione	155 (12,4%)
Tutela e supporto	56 (4,5%)
Medicina territoriale	13 (1,0%)
Politica e dirigenza	156 (12,5%)
Altro	49 (3,9%)

Note. Le variabili continue sono state espresse come frequenze semplici e relative percentuali. I valori sono stati calcolati sul numero di risposte fornite e/o classificabili (*N*=1251).

Via Scarlatti, 27 - 20124 MILANO - Tel: 02.66980619 - Fax: 02.0266982507 - Email: segr.lombardia@anaao.it - Codice Fiscale 95002860245

ANAAO ASSOMED LOMBARDIA