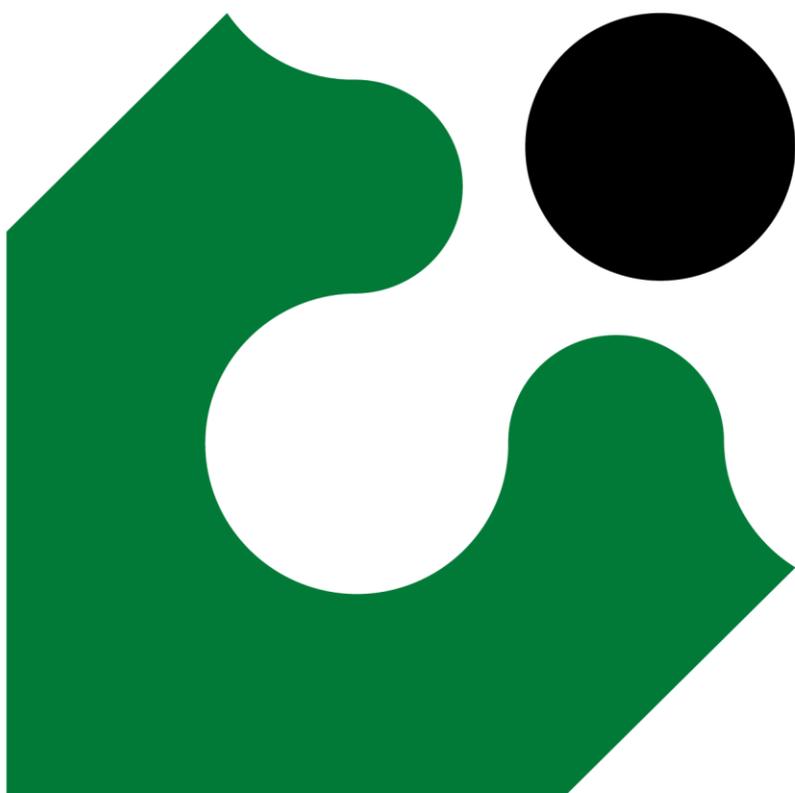


# **DEMOTIVAZIONE ED ABBANDONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPEDALIERA**

Dott. Mario Giovanni Ferruti

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2019-2021



## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

UNIMI DSC 1901/BE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

## **L'AUTORE/GLI AUTORI**

Mario Giovanni Ferruti  
Medico Chirurgo  
Specialista in Urologia  
DSC di Urologia  
ASST Lodi  
e-mail: [mariogiovanni.ferruti@gmail.com](mailto:mariogiovanni.ferruti@gmail.com)

## **IL DOCENTE DI PROGETTO**

Chiara Guglielmetti  
Professore Associato  
Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi  
Università degli Studi di Milano  
Via Conservatorio 7 - 20122 Milano (Italy)  
tel. +39-02-503-21297 (office)  
e-mail: [chiara.guglielmetti@unimi.it](mailto:chiara.guglielmetti@unimi.it)

## **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

Federico Lega  
Professore Ordinario  
Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute  
Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)



## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INDICE .....  | 6  |
| INTRODUZIONE .....  | 7  |
| OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO .....                             | 11 |
| DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....                                       | 11 |
| METODOLOGIA ADOTTATA.....   | 12 |
| DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE..... | 18 |
| ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE .....                      | 18 |
| RISULTATI ATTESI .....  | 19 |
| INDICATORI .....  | 20 |
| CONCLUSIONI.....  | 21 |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 22 |

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni è di comune esperienza il riscontro, negli Ospedali pubblici italiani, di un accelerato turnover del personale medico, non legato al raggiungimento dell'età pensionabile; a questi abbandoni precoci consegue il mancato pieno sfruttamento delle potenzialità personali, fino alla perdita completa di professionalità, la cui acquisizione ha richiesto tempo e risorse ai singoli individui, all'Università ed allo stesso Servizio Sanitario, ed alla destrutturazione delle equipe delle varie Unità Operative

La programmazione degli accessi alla Facoltà di Medicina ed il numero esiguo delle Borse di Studio concesse alle Scuole di Specializzazione rendono difficoltoso il ripristino degli organici e determinano, nel tentativo di mantenere un flusso di attività almeno costante, un aggravio dei carichi di lavoro che, a sua volta, genera sentimenti di insoddisfazione da parte degli Operatori Sanitari, a qualsiasi livello della progressione di carriera, con conseguente disaffezione nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale, condotte non proattive, maggiore frequenza di errori e, spesso, nuovi abbandoni precoci del Sistema Pubblico.

Impressionanti a questo proposito sono i dati italiani, ricavati dal conto annuale del Ministero dell'Economia e Finanze, relativi al 2019 ed ancor più l'andamento tendenziale negli ultimi 10 anni.

Dai dati ricavati dal Conto Annuale del Ministero dell'Economia e Finanze, per il 2019 [1], il 2,9% dei Medici ospedalieri ha deciso di lasciare il lavoro prima di andare in pensione, dimettendosi dal SSN: 3123 Medici ospedalieri hanno individuato migliore attrattiva nel settore privato o nel lavoro sul territorio.

Le Regioni in cui maggiori sono le dimissioni volontarie sono quelle del Nord: è probabile che la ragione sia da ricercare nelle maggiori opportunità di lavoro nel maggiore sviluppo del settore ospedaliero privato nel settore libero professionale.

L'abbandono ha riguardato nel Veneto il 5.9%, in Valle d'Aosta (3.8%) ed in Piemonte (3.5%).

Al Centro il dato delle Marche, registra nel 2019, un tasso di dimissioni dei medici ospedalieri del 6.6%.

Al Sud i dati peggiori riguardano Campania e Calabria.

Il trend degli ultimi 10 anni, registra un aumento dell'81% dei Medici che si sono dimessi dal servizio ospedaliero e la tendenza riguarda quasi tutte le Regioni italiane. In valori numerici i dimessi sono passati da 1849 medici nel 2009 a 3123 nel 2019; in termini percentuali dal 1,6% di dimessi nel 2009 si è passati a 2,9% nel 2019.

In Veneto, le dimissioni in 10 anni si sono quintuplicate, raggiungendo nel 2019 il numero di 465. In Lombardia, le dimissioni sono aumentate di 2,5 volte, nelle Marche e in Piemonte di oltre 3 volte.

La tendenza è stata più spiccata negli ultimi 3 anni: In particolare, nelle Marche dal 2017 al 2019 il numero di medici che si è dimesso è quasi triplicato, in Lazio e in Campania è più che raddoppiato.

Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, in 3 anni l'aumento registrato è stato rispettivamente del 115%, 50% e del 66%.

Complessivamente, non si registrano differenze di genere significative.

I dati resi noti, poi, permettono di prendere in considerazione le dimissioni dei dirigenti Medici solo fino al 2019. Nel 2020 in considerazione dell'insorgere della pandemia da Covid-19 lo spirito di

servizio ha fatto posticipare a molti la scelta di dimettersi; Durante l'emergenza i Dirigenti hanno dimostrato senso di abnegazione, ma le condizioni e i carichi di lavoro non sono migliorati con i mesi, mentre la stanchezza, il senso di frustrazione e impotenza, fino al burnout fisico e psicologico, sono peggiorati. Da eroi della prima ondata sono diventati oggetto di attacchi, critiche, a volte denunce, nelle fasi successive. E' probabile che dal 2021 il trend subirà un' ulteriore accelerazione con le facilmente intuibili conseguenze sul Sistema Sanitario

Anche i numeri che ho raccolto presso l' Unità di Gestione delle Risorse Umane la ASST di Lodi sono importanti e confermano uno stato di " malessere" e la tendenza al suo aggravamento. Da questi dati sono esclusi i pensionamenti ed i prepensionamenti, in quanto, nell' archivio informatico, non sono tra loro distinguibili: nel 2020 a fronte di 386 Dirigenti Medici dipendenti, le dimissioni volontarie sono state 30 ( 7.8 % dell' organico), di cui 7 di dipendenti a tempo determinato; dei 23 a tempo indeterminato solo 10 si sono trasferiti in altre sedi del Sistema Sanitario; nei soli primi 8 mesi del 2021 a fronte di 389 Medici dipendenti le dimissioni sono state 28 ( 42 in proiezione su 12 mesi , pari all' 10.8%) di cui 6 a tempo determinato; dei 22 con contratto a tempo indeterminato solo 8 si sono trasferiti in altre sedi del Sistema pubblico.

Questi dati confermano il quadro di gravissima sofferenza dei professionisti e rendono prevedibile, a breve, il collasso del Sistema Sanitario pubblico nel suo complesso

Numerosi articoli a livello internazionale pongono l' accento sull' importanza della motivazione sull' attrattività che le Strutture Pubbliche esercitano sui Professionisti Sanitari, sulla fedeltà degli stessi alle Strutture Sanitarie e sulla qualità delle performance. [2,3,4,5,6 ]

La motivazione può essere intesa come il desiderio degli individui agire o comportarsi in determinati modi e nelle impostazioni organizzative, può essere definita come processo comportamentale, affettivo e cognitivo che influenza la disponibilità dei lavoratori a svolgere i propri compiti al fine di realizzare personali e obiettivi organizzativi, influenzando l'entità e il livello di la loro efficacia sul lavoro [7,8].

Il crescente interesse per la motivazione degli Operatori Sanitari ha portato le Amministrazioni a porre attenzione globale, per le strategie di performance a fattori quali remunerazione, incentivi, premi, concorrenza, promozione e riconoscimento dai superiori [9,10], ma è stata prestata meno attenzione a coltivare la motivazione intrinseca.

Allo scopo di attrarre e di fidelizzare i Professionisti, l'attenzione politica, in tutto il mondo, ha avuto la tendenza a prendere in considerazione la motivazione estrinseca con strategie quali impostazioni di reddito, retribuzione per prestazioni o creazione di ambienti di lavoro favorevoli [11-14,3] , nuove strategie di gestione pubblica quali gestione delle prestazioni, audit e commercializzazione [15,16,4]; nel perseguire questo obiettivo si è scontrata con la necessità di contenere o, più spesso, di ridurre l' impiego di risorse economiche.

Pochi sono stati gli interventi concentrati sulla motivazione intrinseca, che è complementare, ed ambedue si collegano inscindibilmente nel determinare comportamenti positivi degli operatori sanitari, godimento del lavoro stesso, qualità del lavoro svolto e fidelizzazione degli operatori sanitari ai posti di lavoro [9,10,17].

Tra i fattori importanti in grado di influenzare direttamente ed indirettamente la motivazione intrinseca sono stati identificati un trattamento equo, le relazioni di fiducia e le interazioni rispettose tra gli individui che consentono la cooperazione tra operatori sanitari e i loro colleghi, supervisori, manager e pazienti, l' autostima, il riconoscimento ed apprezzamento della competenza, il lavoro di

squadra, il supporto alla gestione, il riconoscimento dell' autonomia, la comunicazione e cooperazione, il senso appartenenza, l' adeguatezza o carenza di personale e di risorse. [10,17].

La gestione delle risorse umane e le pratiche organizzative sono fondamentali per sostenere la fiducia e motivazione degli operatori sanitari (sia clinici che non clinici) che formano il spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario.

La motivazione degli Operatori Sanitari può influenzarne in modo significativo il comportamento e, conseguentemente, le prestazioni, considerate globalmente, dei Sistemi Sanitari [18,30]; sono quindi preoccupanti i bassi livelli riportati della motivazione degli operatori sanitari soprattutto a reddito medio e basso [19,20].

I bassi livelli motivazionali sono stati associati anche a pratiche scadenti [9] ed al mancato mantenimento del personale [21] ed alla migrazione ed all' abbandono degli operatori stessi. [22-24]. La qualità della vita influisce sul lavoratore e sui risultati conseguiti e, quindi, indirettamente sulla soddisfazione dei clienti/pazienti. Fattori di stress sul posto di lavoro degli Operatori Sanitari, quali l'aumento dei carichi di lavoro, problemi organizzativi, conflitti e la risposta emotiva all' interazione con la sofferenza e la morte dei pazienti hanno dimostrato di aumentare il rischio di angoscia e di burnout. Quest' ultimo impatta sulla produttività e sulla qualità delle cure e può portare a peggiori esiti in salute per i pazienti. [11, 3]

Il legame esistente tra un lavoratore e la propria organizzazione, l'organizational commitment, è basato sulle tre componenti principali, impegno affettivo, normativo e continuativo ed ha, secondo molti recenti studi internazionali, complesse interrelazioni con lo stato di soddisfazione lavorativa, con la turnover intention, con l'identificazione nell' organizzazione della struttura e con una condotta pro-sociale. [25,26,2,27,4,5,28]

Ad indagare questi aspetti in Italia è intervenuto uno studio promosso nel mese di ottobre del 2020 dal maggiore Sindacato italiano dei Medici ospedalieri, l'Anaa Assomed, tra i suoi iscritti; dalle 2461 risposte al questionario proposto emerge un quadro di gravissima sofferenza dei professionisti in Italia e, conseguentemente, in prospettiva, del Sistema Sanitario nel suo complesso. [29]

I problemi individuati in tale studio sono stati: il taglio del personale e la carenza di specialisti hanno creato organici sempre più ridotti rendendo insostenibile il carico di lavoro; la presenza delle donne in Sanità è in progressivo aumento ed i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale non consentono, soprattutto a loro, di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero; il lavoro burocratico è diventato intollerabile; l'autonomia decisionale è svilita, la professionalità poco premiata e per nulla incentivata; il coinvolgimento nei processi decisionali è assente; il loro lavoro ha perso valore, anche economico, come il proprio ruolo sociale; la solitudine di fronte a tutte le mancanze e le carenze organizzative sempre più insopportabili; il rischio di denunce legali e aggressioni, verbali e fisiche, è aumentato negli anni; le possibilità di carriera sono state rese aleatorie: in Italia nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, erano 9691, nel 2019 solo 6629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 erano 18.536, dopo 10 anni erano 10.368, cioè il 44% in meno; a ciò si aggiunge che manca un livello di inquadramento professionale intermedio, in relazione alla stratificazione della carriera su due soli livelli, decisa a partire dal 1993.

## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADALIERA

Tale sofferenza, di insorgenza non recente, è stata, secondo lo studio dell' ANAAO, amplificata dalla pandemia che ha contribuito a rendere insostenibili intensità assistenziale e carichi di lavoro, tanto che, solo il 54.3% dei medici ospedalieri di oggi pensa di lavorare ancora in un ospedale pubblico nei prossimi 2 anni e oltre il 75% ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato a dovere durante la pandemia. Risulta evidente che tali dati possono essere stati fortemente influenzati da un campione costituito, prevalentemente, dagli iscritti al Sindacato più delusi, tuttavia, per le sue proporzioni, risulta comunque indicativo.

Lo scopo di questo lavoro è quello di aumentare l' attrattività dell' ASST di Lodi sui Professionisti ed aumentarne la fidelizzazione, proponendo uno strumento agile e plastico, condiviso dall' Amministrazione ospedaliera, per monitorare lo " stato di benessere" dei propri Dirigenti Medici e, successivamente, applicare correttivi gestionali, pianificare l' inevitabile turn-over ed eventualmente condividere tali dati con gli organi di coordinamento regionale.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

- 1) Aumentare l' attrattività dell' ASST di Lodi
- 2) Evitare gli abbandoni precoci e la migrazione degli Operatori Sanitari
- 3) Migliorare la qualità delle pratiche cliniche

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

- 1) Dirigenti Medici
- 2) Unità di Gestione delle Risorse Umane
- 3) Direzione Strategica

## METODOLOGIA ADOTTATA

Ho ritenuto opportuno, in linea con gran parte della Letteratura, di applicare come metodo di indagine principale , la somministrazione ai Dirigenti Medici di un questionario conoscitivo esplorativo che prendesse in considerazione inizialmente delle considerazioni di carattere generale sulla soddisfazione nell' ambito lavorativo, per poi indagare orientativamente l' universo motivazionale e successivamente le conseguenti intenzioni future in ambito lavorativo.

Ho ritenuto poi di aggiungere una serie di domande atte ad esplorare l' impatto avuto dall' emergenza che ancora stiamo vivendo.

Al solo scopo di descrivere gli ambiti indagati, ho raccolto le domande in sottogruppi; allego il questionario che propongo per il quale ho utilizzato, come base, il questionario proposto dallo studio di ANAAO che ho personalmente elaborato.

### Questionario conoscitivo preliminare

1. "Genere"

- M
- F

2. "Età"

\_\_\_\_\_

3. "Specializzazione"

- Ambito Internistico
- Ambito Chirurgico
- Medicina di laboratorio/ Anatomia Patologica
- Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva
- Servizi Territoriali.

4. "Se dovesse descrivere con un solo aggettivo la sua professione quale sceglierebbe?"

- Prestigiosa
- Affascinante
- Gratificante
- Deludente
- Faticosa
- Frustrante
- Rischiosa.

5. "Nell' ultimo anno la qualità dei servizi offerti al cittadino dal Servizio Sanitario Nazionale, a suo parere, é..."

## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

- Migliorata
- Invariata
- Peggiorata
- non saprebbe

6. “Nell’ ultimo anno la qualità dei servizi offerti dalla struttura per cui lavora, a suo parere è...”

- migliorata
- peggiorata
- invariata
- non saprebbe

Se ha risposto peggiorata alla domanda 6:

“Valuti quanto incide ciascuno dei seguenti aspetti sulla qualità dei servizi sanitari (1=incide poco sulla mancanza di qualità - 10=incide moltissimo)”:

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| carichi di lavoro troppo pesanti per mancanza di personale     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| carichi di lavoro troppo pesanti per difetti di organizzazione |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| scarsi investimenti nelle strutture                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| scarsi investimenti nella ricerca                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| scarsa flessibilità nell’organizzazione del lavoro             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| minor formazione dei medici e dirigenti sanitari               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| minor dedizione dei medici e dirigenti sanitari                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| turni festivi e notturni troppo frequenti                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| retribuzioni inadeguate  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| competenza del management                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| rapporti con dirigenza e management                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

7. “Nell’ ultimo anno la qualità della sua vita professionale è...”

- migliorata
- invariata
- peggiorata
- non saprebbe

Se ha risposto “ peggiorata” alla domanda 7:

“Quanto è d’accordo con le seguenti opinioni espresse da altri medici ospedalieri?  
( 1=per niente d’accordo, 10=del tutto d’accordo )

## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Il compenso economico non è adeguato all'impegno richiesto al medico dipendente  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| lavorare nella sanità pubblica significa rinunciare ad avere una vita privata  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| il ruolo del medico dipendente e del dirigente sanitario ha uno scarso riconoscimento sociale                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| il coinvolgimento dei medici dipendenti nella politica sanitaria e nella governance delle aziende sanitarie è scarso       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| la dipendenza del singolo medico e dirigente sanitario dalle gerarchie professionali e amministrative è eccessiva          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| molte norme finalizzate a migliorare la sicurezza e la qualità delle cure sono in realtà strumenti volti a ridurre i costi |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| il carico burocratico è eccessivo  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### Questionario motivazionale

8. "Come valuta il suo livello retributivo in relazione al suo impegno lavorativo?"

- Molto soddisfacente
- Soddisfacente
- Abbastanza soddisfacente
- Poco soddisfacente
- Molto insoddisfacente

9. "Indichi per ognuno dei seguenti aspetti del lavoro quanto si ritiene soddisfatto":  
distribuzione dei carichi di lavoro ( 1= molto insoddisfatto, 10= molto soddisfatto )

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| prospettive di carriera                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| organizzazione del lavoro                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| flessibilità lavorativa                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| aggiornamento e formazione                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| rapporti con gli organi di direzione               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| rapporti con i pazienti                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| dotazioni tecnologiche                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| livello qualitativo della struttura per cui lavora |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

10. "Per quanto riguarda la possibilità di conciliare la sua vita privata con il suo lavoro lei si definirebbe..."

- molto soddisfatto

## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

- soddisfatto
- abbastanza soddisfatto
- poco soddisfatto
- molto insoddisfatto

11. "Complessivamente nell' ambito lavorativo lei si considera..."

- molto soddisfatto
- soddisfatto
- abbastanza soddisfatto
- poco soddisfatto
- molto insoddisfatto

12. "Come definirebbe i suoi rapporti con i colleghi di lavoro":

( 1=molto cattivi, 10= molto buoni )

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| a livello di clima organizzativo          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| a livello di collaborazione professionale |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| a livello di relazioni personali          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

### Questionario sulla situazione contingente

13. "Nel

periodo dell'emergenza Covid-19 lei ritiene" :

( 1= poco; 10= molto)

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| di aver svolto un ruolo importante   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| che il suo lavoro sia stato valorizzato  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| di essere stato adeguatamente formato  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| di essere stato convenientemente e tempestivamente informato                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| che le sue opinioni siano state prese in considerazione nel processo decisionale |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

14. "Nel periodo dell'emergenza Covid-19, nella struttura dove lavora, il personale sanitario è stato dotato dei dispositivi di protezione individuale idonei ad affrontare l'emergenza in modo: ( 1= per niente, 10= molto)

## DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

|                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| qualitativamente adeguato  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| quantitativamente adeguato |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

15. " L'emergenza Covid-19 ha determinato per quanto riguarda le sue condizioni di lavoro un..."

- miglioramento
- peggioramento
- ha lasciato tutto invariato

16. "In questi mesi si è rivolto ad un Professionista per avere un supporto psicologico?"

- Sì
- No

17. "Pensa che dovrebbe chiedere un supporto psicologico?"

- Sì
- No
- Sono indeciso

18. "Pensa che le criticità emerse con l'emergenza Covid-19 incidano sulla sua permanenza nel SSN?"

- Sì
- No

### Questionario "turnover intention"

19. "Dove prevede di lavorare tra 2-3 anni?"

- Nello stesso ospedale
- Nello stesso ospedale ma in altro reparto
- In altra struttura
- Sarò pensionato

Se ha risposto "in altra struttura" alla domanda 19 specifichi:"

- ospedale pubblico
- ospedale private
- estero
- libero professionista
- settore convenzionato

DEMOTIVAZIONE ED ABBONO DELLA PROFESSIONE MEDICA OSPADELIERA

20. “ Se dovesse scegliere di lasciare l’ ospedale pubblico indichi tra queste le motivazioni che ritiene rilevanti”: ( 1= poco; 10 = molto )

|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| retribuzione inadeguata   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| peggioramento condizioni di lavoro                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| mancato coinvolgimento nei processi decisionali                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| deficit di sicurezza  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| impossibilità di conciliazione con esigenze personali o familiari |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| mancanza di prospettive di carriera                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE**

Il progetto prevede di sottoporre ai Dirigenti Medici, periodicamente ed in forma anonima, il questionario per verificare lo stato di “ benessere” di partenza nell’ ambito lavorativo e verificare i benefici che ha apportato l’ applicazione di correttivi da parte del Management.

Chiaramente, a fronte di un modulo base di domande, che renda i risultati confrontabili, a seconda delle circostanze che possono essere legate ad eventi eccezionali ( com’ è stato ed ancora è per quanto riguarda la pandemia), o a situazioni contingenti locali ( quali la necessità di prestare servizi in sedi diverse della stessa ASST ), si possono aggiungere domande specificamente tese ad indagare eventuali difficoltà emergenti, anche solo a livello locale, con funzione di supporto alla gestione, fornendo spunti ai top-manager aziendali sui punti percepiti come critici dai Dirigenti Medici, al fine di promuoverne la sicurezza e la motivazione mediante rispetto e coinvolgimento nelle decisioni, comunicazione bidirezionale, trasparenza e feedback, apprezzamento, riconoscimento e ricompense, riduzione delle carenze di personale e dei carichi di lavoro, aumento ed ottimizzazione della disponibilità di risorse, dove possibile e necessario.

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Proporre un simile questionario on-line a livello aziendale, magari inserendone la compilazione tra gli obiettivi di Budget, ed analizzarne gli esiti ha un costo irrisorio e tale compito potrebbe anche essere svolto dal Personale già in servizio presso la Direzione delle Risorse Umane, se disponibile.

Per contro, aumentare la motivazione dei Dirigenti Medici e ridurre la turn-over intention produrrebbe vantaggi sia economici, per l’ Azienda e per l’ intero SSN, che di qualità dei Servizi offerti, difficilmente quantizzabili monetariamente, anche se ipotizzabili con ogni verosimiglianza come rilevanti; tali risultati sono infatti dipendenti dell’ efficacia, ma anche dagli eventuali costi, dei correttivi applicati.

## RISULTATI ATTESI

L' attesa è quella di prendere atto della situazione attuale, analizzare le componenti che maggiormente impattano sulla turnover intention e, quindi, valutare come aumentare l' attrattività delle Strutture Ospedaliere pubbliche sui Professionisti, ridurre gli abbandoni precoci e le altre forme di disaffezione, incrementando il legame affettivo e professionale dei Dirigenti Medici con la propria struttura, giungendo conseguentemente a migliorare anche la qualità e la quantità dei servizi forniti. A tale scopo appare comunque necessaria l' adozione di un atteggiamento teso a maggior coinvolgimento e sostegno dei Dirigenti Medici, con interazioni, scambi di opinioni e ascolto reciproco.

Per la natura stessa del Servizio Sanitario, non è, di fatto, possibile optare per un Stile manageriale Direttivo, né peraltro è previsto nei modelli classici di gestione delle Aziende Sanitarie, [ 23 ] in quanto i Dirigenti Sanitari sono riconosciuti, in tutti i modelli, appunto, " Dirigenti" e non semplici "dipendenti" e che i Medici sono il motore del Sistema Sanitario, in difetto dei quali, le Aziende Sanitarie non avrebbero modo di esistere così come il loro management e le loro tecnostrutture.

In forza di questo, sia che i vertici aziendali vogliano conformarsi ad uno Stile Relazionale o, piuttosto, ad uno Situazionale, a fronte di un primo questionario conoscitivo, che l' Azienda Sanitaria dovrebbe ripetere a cadenza fissa, almeno annuale, adattandolo alle mutevoli situazioni che si dovessero verificare, i vertici stessi, dovrebbero, con i propri Dirigenti, almeno con quelli di II livello, approfondire i punti riconosciuti di maggiore criticità, con colloqui o questionari dedicati e procedere ad escogitare le azioni di contrasto ai fenomeni negativi riscontrati, quando non a progettare azioni tese a migliorare la motivazione degli Operatori e, quindi, delle performance.

L' interlocuzione del Top-management con i Dirigenti Sanitari potrebbe essere alla base anche una più equilibrata allocazione delle risorse disponibili, per fornire le prestazioni a maggiore impatto clinico, e quindi sociale, sul territorio, evitando squilibri che spesso riconoscono, come causa, solo la convenienza politica del momento; per esempio, nel caso di una Unità Operativa chirurgica, aumentare a dismisura le prestazioni ambulatoriali e quindi il reclutamento di Pazienti senza avere le risorse per provvedere alle procedure operative indicate, porta al crearsi di lunghe liste di attesa per gli interventi con la conseguente frustrazione sia dei Medici che dei Pazienti, che impatta sia sulla motivazione degli Operatori Sanitari che sulla fiducia della popolazione nei confronti del SSN e dei suoi dipendenti.

Nei fatti, procedure di dialogo, simili a quelle auspiccate, sono già applicate con successo in Aziende che si occupano di Sanità, convenzionate con il SSN, quale l' Humanitas Research Hospital che ha adottato un sistema di Human Resource management nella formazione, sviluppo e gestione delle risorse umane, che prevede aggiornamenti trimestrali per i Dirigenti Medici ed addirittura quindicinali con i Direttori di Struttura Complessa.

## INDICATORI

Suggerirei di considerare i seguenti come indicatori dello stato di benessere dei Dipendenti del SSN , articolati anche per ogni ASST ed ogni UOC ; tali rilievi dovrebbero essere presi in considerazione almeno annualmente, per permettere la formulazione e l' applicazione di correttivi, che si dovessero rendere necessari in tempi che consentano una risposta sufficientemente agile ad impedire un aggravamento del disagio e quindi la creazione di un loop dannoso.

- Turn-over per dimissioni
- Turn-over per trasferimento
- Richieste di Certificazioni di Stati di Servizio per Concorsi in altre sedi
- Prepensionamenti
- Assenze per malattia
- Segnalazioni al Medico Competente per richieste di giudizi di limitazione
- Provvedimenti disciplinari
- Audit per errori clinici riconosciuti

Tali riscontri, suddivisibili anche per ogni Unità Operativa, potrebbero rilevare uno stato di disagio dell' intero SSN, di una ASST, piuttosto che di una singola Unità Operativa ed indicare quindi a quale livello sia necessario intervenire.

## CONCLUSIONI

Già nel presente e, prevedibilmente, nel futuro, in modo ancora più acuto e numericamente più importante, stanno venendo a mancare le risorse umane per mantenere in efficienza il nostro SSN.

L' allarme per la carenza di Medici è ormai palese a tutti: mancano sia i Medici di Medicina Generale che gli Specialisti negli Ospedali; queste carenze si fanno più acute nelle realtà più svantaggiate, al di fuori dei grandi centri urbani, o nelle loro periferie, e negli ospedali e territori di provincia, dove le condizioni di lavoro, logistiche e di guadagno sono meno favorevoli.

La logica dei numeri chiusi alle Facoltà di Medicina e delle scarse disponibilità di Borse di Studio nelle Scuole di Specializzazione deve essere necessariamente superata se la volontà politica è quella di mantenere un Servizio Sanitario Nazionale funzionante ed efficiente.

Per formare un Medico di Medicina Generale sono necessari 9 anni di Studi, mentre per uno Specialista, che possa essere assunto a pieno titolo in un ospedale, ne sono necessari 11; quindi, anche se venissero presi provvedimenti immediati, ci vorranno anni per poter ritornare ad una situazione di equilibrio.

Nel frattempo è, a mio parere, mandatorio escogitare i modi per arginare quella che sta ormai diventando una vera emorragia di Professionisti e sarebbe inoltre auspicabile ripensare al rapporto tra Medici sul territorio e Medici ospedalieri e rivedere radicalmente il ruolo dei primi e le loro possibilità sia di funzionare efficacemente come filtro che di collaborare istituzionalmente con i secondi.

## BIBLIOGRAFIA

1. //www.rgs.mef.gov.it/\_Documenti/VERSIONE-I/CIRCOLARI/2020/16/ALLEGATO-2019.pdf
2. Kai-Peng Gan et Al. “ Public service motivation and turnover intention: testing the mediatic effects of job attitudes” *Frontiers in Psychology*, 2020
3. World Health Organization. *Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO’s Framework for Action*. Geneva: World Health Organization; 2007. p. 44.
4. Wen et al. “ Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross sectional study in Chongqing, China” *Human Research for Health* ( 2018) 16:10
5. Ashim Roy et Al. “ Relationships of work characteristics of job satisfaction, turnover intention and burnout among doctors in the district public-private mixed health system of Bangladesh” *BMC Health Service Research* 2017) 17:421
6. Okello et Al. “Exploring the influence of trust relationships on motivation in health sector: a systematic revue” , *Human resources for Health* ( 2015) 13:16
7. Vroom VH. *Work and Motivation*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1964.
8. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2002;54(8):1255–66.
9. Dieleman M, Gerretsen B, Van Der Wilt GJ. Human resource management interventions to improve health workers’ performance in low and middle income countries: a realist review. *Health Res Policy Sys*. 2009;7(7):1–13.
10. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol*. 2000;25(1):54–67
11. Eisenberger R, Rhoades L, Cameron J. Does pay for performance increase or decrease perceived self-determination and intrinsic motivation? *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(5):1026.
12. Adams O, Hicks V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. *Hum Resour Dev J*. 2000;4(3):25.
13. Frey BS, Jegen R. Motivation crowding theory. *J Econ Surv*. 2001;15(5):589–611.
14. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004;364(9449):1984.
15. Simonet D. The New Public Management theory and European health-care reforms. *Can Public Adm*. 2008;51(4):617–35.
16. Newman S, Lawler J. Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing. *J Soc*. 2009;45(4):419–32.25. Simonet D. The new public management theory in the British health care system: a critical review. *Admin Soc*. 2013. doi:10.1177/0095399713485001.
17. Henderson L, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Hum Resour Health*. 2008;6(1):18.
18. Fritzen S. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? *Hum Resour Health*. 2007;5(1):4.
19. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for

health. *Lancet*. 2004;364(9443):1451–6.

20. Hagopian A, Zuyderduin A, Kyobutungi N, Yumkella F. Job satisfaction and morale in the Ugandan health workforce. *Health Aff*. 2009;28(5):w863–75.

21. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):247.

22. Bach S. Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? *Bull World Health Organ*. 2004;82(8):624–5.

23. Mintzberg, H. (1981)“ Organization design: fashion or fit?” *Harvard Business Review*

24. Blaauw D, Ditlopo P, Maseko F, Chirwa M, Mwisongo A, Bidwell P, et al. Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Global Health Act*. 2013;6:19287.

25. Salvatore et Al. “ Physicians’ professional autonomy and their organizational identification with their hospital”; *Health Service Research* (2018), 11:775

26. Igor Portoghese et al. “ Job demand-control-support latent profiles and their relationships with interpersonal stressors, job burnout and intrinsic work motivation”; *International Journal of Environmental Research and Public Health*; Dic 2020

27. Pasquale Caponnetto et Al. “ Quality of life, work motivation, burn-out and stress perceptions benefits of a stress management program by autogenic training for emergency room staff: a pilot study”; *Mental Illness* 2018; vol. 10:7913

28. Suhyun Oh et Al. “ Turnover intention and its related factors of employed doctors in Korea” *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 2019

29. Giuliano Antoniciello:”Il lavoro in ospedale ai tempi del Covid  
Indagine sulle condizioni lavorative dei medici ospedalieri  
e sull’impatto dell’emergenza COVID-19 sul Sistema Sanitario Nazionale”  
ANAAO-ASSOMED (2020)

30. Eisenberger R, Rhoades L, Cameron J. Does pay for performance increase or decrease perceived self-determination and intrinsic motivation? *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(5):1026.

