



JOBSHARING: UN'OPPORTUNITÀ ORGANIZZATIVA PER LA GESTIONE DEL TEMPO DEI MEDICI IN OSPEDALE

Angelica Lepori, Emiliano Soldini, Danuscia Tschudi
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (SUPSI)

I cambiamenti sul piano della visione della professione del medico e le sfide organizzative quali l'apertura del Master in Medicina pongono al centro dell'attenzione dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) la questione del tempo di lavoro dei medici.

Le nuove generazioni di donne e uomini medici sono maggiormente attente all'equilibrio tra vita privata e professionale e richiedono un'organizzazione del lavoro che permetta loro di conciliare queste due sfere della vita. Questo presuppone un cambiamento importante del modello organizzativo in seno agli ospedali. In quest'ottica l'EOC ha sostenuto la ricerca-azione qui presentata e svolta dal Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS) della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Lo studio fornisce una fotografia della situazione professionale dei medici attivi all'EOC e attraverso una serie di interviste e focus group riporta percezioni e aspettative dei medici sul tempo di lavoro e la sua organizzazione, cercando di mettere in evidenza le soluzioni che i singoli medici trovano per rispondere alle esigenze di conciliazione.

Obiettivo della ricerca è capire in che modo l'organizzazione può venire incontro alle esigenze dei medici e se modelli alternativi di organizzazione del tempo di lavoro, come il jobsharing (JS), possano rispondere a queste aspettative senza pregiudicare la qualità delle cure e del servizio offerto.

In questo articolo si presentano i dati emersi da una ricerca-azione sul tema del *jobsharing* (JS) per i medici, svolta da un gruppo di ricerca del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS) della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)¹, con il partenariato dell'Ente Ospedaliero cantonale (EOC)².

L'EOC è confrontato con diversi cambiamenti che pongono al centro dell'attenzione la questione dell'organizzazione del tempo di lavoro. In primo luogo, il processo di femminilizzazione della professione e il ricambio generazionale portano a un aumento delle richieste di diminuzione del tempo di lavoro. Oggi si assiste a un abbandono dell'ospedale o addirittura della professione medica, soprattutto da parte delle donne, dovuto alla difficoltà di conciliare tempi di lavoro e carriera con i tempi di vita

extraprofessionale. Inoltre, le nuove generazioni di donne e uomini medici sono maggiormente attente all'equilibrio tra vita privata e professionale. In tale contesto, in cui esiste una penuria di medici, l'EOC desidera favorire la possibilità di conciliare la professione di medico e la carriera in ospedale con la vita privata. In secondo luogo, in Ticino è prevista l'apertura del Master in Medicina presso l'USI, quindi alcuni medici dovranno armonizzare il lavoro in corsia con i compiti di formazione: una nuova sfida in merito all'organizzazione del lavoro in seno ai reparti.

JS questo sconosciuto

Con il termine di *jobsharing* (JS) si definisce la condivisione di un posto di lavoro a tempo pieno tra due o più persone con attività interdipendenti.

¹ Il team di ricerca è composto da: Danuscia Tschudi (capo-progetto), Angelica Lepori, Roberto Raveglia, Emiliano Soldini, Anja Gafner e Carlo De Pietro.

Tutto il processo di ricerca è stato coadiuvato da un gruppo di accompagnamento formato da: il Prof. Domenico Ferrari e il Prof. Spartaco Greppi, responsabili delle unità di ricerca rispettivamente di economia e lavoro sociale SUPSI-DEASS; la Prof.ssa Carmen Vaucher de la Croix, responsabile della formazione continua e membro di direzione del DEASS; Piero Luraschi, capo area RU e vicedirettore EOC; Simona Minotti Cristiano, responsabile RU dell'Ospedale regionale Bellinzona e Valli; Olivier Giannini, viceprimario, rappresentante del corpo medico e Colette Balice, infermiera di ricerca, rappresentante dell'Area infermieristica EOC. Il gruppo di accompagnamento è intervenuto nelle diverse fasi del processo, in particolare per la preparazione delle interviste e dei focus group e per la valutazione finale del rapporto. In tutto il percorso il gruppo di ricerca ha potuto contare sul supporto delle RU dell'EOC.

² Il progetto ha beneficiato del finanziamento del fondo per le pari opportunità nelle SUP della Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI).



pendenti e una responsabilità comune (Krone-Germann, de Chambrier 2015). Le forme che questa condivisione può assumere sono diverse. Si parla, per esempio, del *jobsplitting* quando le due persone coinvolte sono specializzate in due ambiti affini e si ripartiscono i dossier in base alle competenze reciproche, pur ricoprendo un ruolo di responsabilità in comune. Oppure si parla di *jobpairing* quando le due persone sono perfettamente intercambiabili, quindi sia il datore di lavoro che i possibili clienti, o nell'ambito medico i pazienti, possono rivolgersi a entrambi indifferente. Inoltre si definisce *split-level sharing* il modello che coinvolge persone che hanno un diverso grado di qualifiche e competenze, che può essere molto proficuo in caso di nuove assunzioni o pensionamenti gradualmente. Il *top-sharing*, infine consiste nella condivisione di un ruolo di quadro e permette alle due persone coinvolte di costruire una carriera professionale e occupare posti di responsabilità a tempo parziale.

Si tratta di modelli e definizioni che nella loro concretizzazione pratica possono assumere forme ibride; in ambito medico, per esempio, sono state osservate formule intermedie. Per i medici quadri vi sono progetti e dossier che possono essere allocati piuttosto a uno dei due partner, mentre per quanto concerne la relazione con i pazienti si predilige una configurazio-

ne di *jobpairing*, nella quale al momento del passaggio delle consegne la trasmissione delle informazioni concernenti lo stato di salute del paziente diventa fondamentale.

Il JS non si risolve semplicemente aggiungendo due 50% per avere un 100%, esso infatti comporta l'introduzione di una serie di cambiamenti profondi del modello organizzativo basati essenzialmente sulla responsabilità e l'autonomia. Ed è proprio partendo da queste considerazioni che è stata impostata la ricerca che viene presentata di seguito.

Il JS all'EOC: tra autonomia e responsabilità dei singoli e dell'organizzazione

Il JS può essere una prima risposta al desiderio dei medici attivi all'EOC di un maggiore equilibrio tra i diversi ambiti della vita, così come una valida soluzione alla sfida organizzativa posta dall'avvio del Master in medicina. Esso però può comportare anche alcuni rischi come la deriva verso la precarietà e il sovraccarico di lavoro. Se il peso della riuscita del JS poggia sulle sole spalle dei partner, vi è il rischio che questi, sotto pressione, subiscano un sovraccarico di lavoro, e non riescano più a delimitare un confine chiaro tra vita privata e lavoro finendo con il lavorare gratuitamente (oltre i termini del contratto di lavoro).

Affinché il JS abbia successo, è quindi fondamentale capire come supportare e sostenere l'introduzione del lavoro condiviso affinché sia una reale opportunità per i medici, donne e uomini, attivi professionalmente e per l'organizzazione. Sotto la lente vi sono quindi non solo i partner in JS, i loro interessi d'autonomia e la loro responsabilità, ma anche gli interessi e la responsabilità dell'organizzazione. Nell'implementazione del JS sono coinvolti non solo i due partner ma anche i loro superiori e i loro colleghi (Mücke et al. 2006). Si tratta quindi di considerare tutti gli elementi che concorrono alla definizione di desideri e aspettative legate alla gestione del tempo di lavoro e del tempo di vita tenendo conto di tre fattori fondamentali.

Prima di tutto è bene ricordare che le differenze di genere e generazione hanno un impatto sulla percezione del tempo (tempi di vita e di lavoro) e quindi sulla negoziazione dello stesso. In secondo luogo, lo statuto della professione di medico, caratterizzato da una grande autonomia all'interno dell'organizzazione (Bergamaschi, 2000), ha un'influenza sulle relazioni di potere nella gestione del tempo di lavoro. E infine bisogna considerare che nelle fasi della vita attraversate da importanti avvenimenti (per es. ottenimento del titolo FMH, cambiamento di funzione, nascita di un figlio) si verificano maggiormente cambiamenti concernenti la gestione del tempo di lavoro.

La ricerca all'interno dell'EOC ha previsto inizialmente una fase di analisi del contesto sanitario a livello nazionale e cantonale e un'analisi organizzativa dell'EOC. In questo ambito, prendendo in considerazione la banca dati degli episodi contrattuali dei medici dal 2005 al 2015, si è analizzata la situazione del personale medico attivo all'EOC per fornire una fotografia degli effettivi presenti secondo il genere, la classe d'età, il numero di figli, la durata del contratto (indeterminata o meno), la percentuale di occupazione e la disciplina di attività. Si è, inoltre, fatta un'analisi degli effettivi per ogni singolo ospedale (Lugano, Bellinzona, Locarno, Mendrisio). In una seconda fase, per meglio comprendere le pratiche individuali e collettive che i medici adottano rispetto all'organizzazione del lavoro, si è optato per una metodologia qualitativa, utilizzando gli strumenti dell'intervista semi-strutturata e del focus group. Sono stati intervistati 37 medici, sia uomini che donne, attivi nelle diverse funzioni e in diverse specialità. Sono stati organizzati 3 focus group omogenei per funzione (medici assistenti, capiclinica, capiservizio) per condividere quanto emerso dalle interviste e riflettere su interventi atti a favorire la messa in pratica del JS. In seguito, sono stati organizzati due focus group con il personale del corpo infermieristico, partendo dalla consapevolezza che l'introduzione del JS tra i medici influenza il lavoro di tutto il personale di reparto.

L'EOC e i suoi medici

L'EOC gestisce l'Ospedale Regionale di Lugano, l'Ospedale Regionale di Bellinzona e valli, l'Ospedale Regionale di Locarno, l'Ospedale Regionale di Mendrisio, la Clinica di Riabilitazione di Novaggio, l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana e il Neurocentro della Svizzera italiana. La funzione di organizzazione delle risorse umane è centralizzata per tutti i siti EOC, dunque le condizioni di lavoro e di contratto sono gestite in modo unitario. Qui di seguito viene presentata una fotografia degli effettivi medici e i loro percorsi di carriera basata sulla banca dati degli episodi contrattuali dei medici per il periodo 2005-2015. Con questa indagine si è voluto, da una parte, osservare il fenomeno della femminilizzazione del lavoro medico all'EOC, dall'altra, analizzare i percorsi di carriera. Prima di entrare nel merito dei dati è utile presentare brevemente le diverse funzioni e i vari passaggi di carriera previsti in ambito medico all'EOC.

La carriera medica all'EOC

La carriera medica all'EOC inizia con la posizione di medico assistente, nella quale si coniuga la pratica professionale con la formazione per ottenere la specializzazione FMH auspicata. Generalmente dopo l'ottenimento del titolo FMH ci si può candidare per la funzione di capoclinica, considerata un punto di riferimento essenziale per il reparto:

«Il capoclinica è la figura chiave: gli assistenti quando non sanno cosa fare chiedono ai capiclinica, i pazienti chiedono ai capiclinica, gli infermieri chiedono al capoclinica, il capo o i capiservizio chiedono ai capiclinica. E il capoclinica sa tutto quello che sta succedendo, ha in mano tutto, tira tutti i fili» (intervista medico quadro, uomo).

Sia i medici assistenti sia i medici capiclinica hanno un contratto di durata determinata. I primi hanno solitamente un contratto di un anno rinnovabile, in quanto la loro permanenza in un dipartimento piuttosto che in un altro è determinata dal percorso di formazione scelto e dal titolo di FMH al quale aspirano. I secondi hanno un con-

tratto a tempo determinato (fino a 3 anni, rinnovabile una volta) dal momento che la funzione di capoclinica è concepita per dare la possibilità di fare esperienza sul campo dopo il conseguimento del titolo FMH. In seguito alla funzione di capoclinica, si aprono le seguenti possibilità: rimanere in ambito ospedaliero per fare carriera (e ottenere un contratto a tempo indeterminato come caposervizio, viceprimario, primario), diventare medico ospedaliero (contratto indeterminato), assumere altre funzioni in seno all'EOC oppure uscire dall'EOC per aprire uno studio privato.

Come si può evincere dalla figura [F. 1], la funzione di medico capoclinica è un punto di snodo centrale per la carriera all'interno dell'EOC. La funzione di caposervizio, non presente in tutti i reparti, può in alcuni casi essere dovuta alla volontà di promuovere un/a buon/a capoclinica o medico aggiunto nell'attesa che prenda poi il ruolo di primario al momento del pensionamento di quest'ultimo/a. L'EOC non ha l'obbligo di concorso per la funzione di assistente e di capoclinica. Vi è invece l'obbligo di concorso per i primari e viceprimari scelti anche sulla base di un assessment che contempla sia la verifica delle competenze tecniche sia la verifica delle competenze soft.

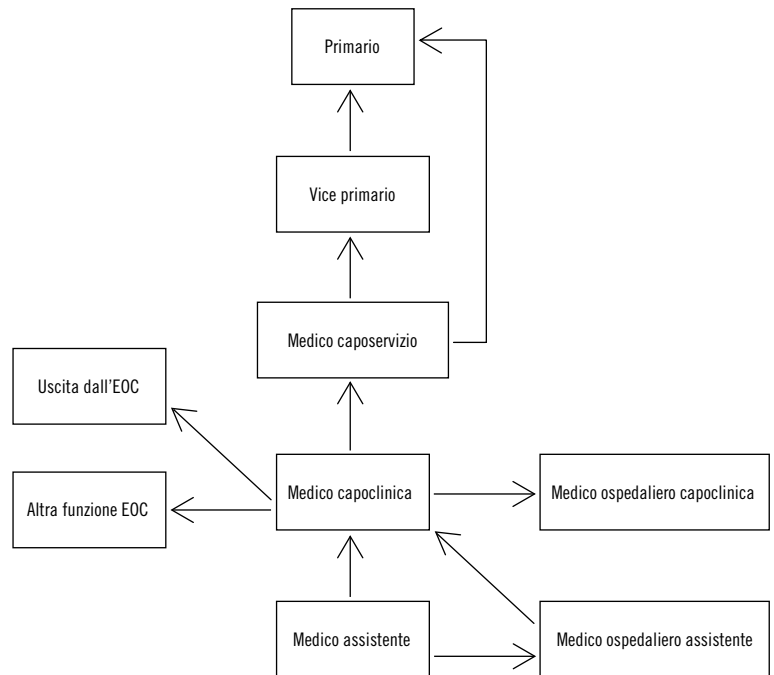
La figura centrale nel processo di sviluppo e di formazione dei medici è il/la primario, come è stato confermato dalla letteratura (Rosende, 2008) e dalle interviste che si sono svolte con i medici. Questo è dovuto anche al modello formativo FMH che è essenzialmente basato sull'acquisizione di competenze tecniche.

La femminilizzazione del corpo medico

In totale, nella banca dati sono riportati 5.040 episodi contrattuali corrispondenti a 1.618 persone, per un numero medio pari a 3,1 episodi contrattuali a persona (minimo=1, massimo=26).

Le analisi sono state eseguite unicamente per alcune funzioni d'interesse, e cioè "Medico assistente", "Capoclinica", "Caposervizio", "Viceprimario" e "Primario"³. In questo modo si considerano 1.598 persone su un totale di 1.618, cioè il 99%.

F.1
Possibilità di carriera all'interno dell'EOC



Fonti: EOC; SUPSI

Considerando unicamente le persone presenti nella banca dati alla fine del 2015 (cioè coloro con una data di fine contratto uguale o superiore al 31 dicembre 2015), si riscontra un totale di 662 episodi contrattuali che coinvolgono 611 persone. La discordanza tra il numero di episodi e il numero di persone deriva dal fatto che 52 di esse sono contraddistinte da 2 episodi contrattuali [T. 1].

Si constata un'importante presenza femminile nel corpo medico (44,7% del totale dei medici sono donne), ma si osserva una preponderanza di donne tra i medici assistenti (ospedalieri o meno), mentre si riscontra invece una prevalenza maschile nelle altre funzioni. La maggiore proporzione di uomini è molto marcata per le funzioni di "Primario", "Viceprimario" e "Medico caposervizio", mentre è meno accentuata tra i medici capoclinica.

I dati relativi all'EOC non si discostano da quanto osservato a livello nazionale, dove le donne rappresentano quasi il 50% del corpo medico ospedaliero, ma la presenza femminile diminuisce in modo importante più si sale nella gerarchia: «l'analisi dettagliata per funzione mostra che le posizioni situate nei piani alti della gerarchia, come quelle dei medici quadri e dei caposervizio, sono da 7 a 8 volte su 10 occupate da uomini»⁴ (OFS 2015). Inoltre, nelle traiettorie professionali all'interno delle strutture ospedaliere, si osserva che un quarto delle donne medico ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni, ma la presenza femminile in ospedale diminuisce a partire dai 40 anni. La curva delle presenze dei medici uomini comincia invece a

³ Tra questi non si considerano le persone con un'occupazione ausiliaria (in totale 108 episodi contrattuali che coinvolgono 69 persone).

⁴ Estratto tradotto dal francese: «l'analyse par fonction détaillée montre que les postes situés en haut de la hiérarchie, comme ceux de médecins cadres et chefs de services, sont 7 à 8 fois sur 10 occupés par des hommes».

T.1
Personale medico dell'EOC, situazione a fine 2015

	Totale ¹	Assistente	Capoclinica	Caposervizio	Viceprimario ²	Primario ²
Genere	611	233	179	80	28	45
Uomo	44,7%	61,4%	46,4%	25,0%	4	3
Donna	55,3%	38,6%	53,6%	75,0%	24	42
Età	611	233	179	80	28	45
Fino a 35 anni	37,2%	77,3%	24,6%	2,5%	–	–
Da 36 a 40 anni	19,1%	12,4%	36,9%	15,0%	1	–
Da 41 a 45 anni	16,5%	6,0%	24,6%	21,3%	7	3
46-50 anni	7,9%	2,2%	5,0%	20,0%	7	7
51-55 anni	9,2%	1,3%	6,7%	18,7%	5	15
56 anni e oltre	10,1%	0,8%	2,2%	22,5%	8	20
Numero figli	611	233	179	80	28	45
0	54,2%	79,0%	53,1%	32,5%	5	11
1	13,3%	10,7%	16,8%	13,8%	2	4
2	19,8%	7,3%	22,9%	28,7%	9	12
3	9,8%	1,3%	6,7%	21,3%	8	13
4	2,4%	0,9%	–	3,7%	4	5
5 o più	0,5%	0,8%	0,5%	–	–	–
Durata contratto³	662	246	196	90	34	46
Determinata	67,7%	99,6%	99,0%	4,4%	0	1
Indeterminata	32,3%	0,4%	1,0%	95,6%	34	45
% occupazione	611	233	179	80	28	45
Fino al 20%	1,3%	1,3%	1,1%	3,8%	–	–
21-50%	8,3%	4,3%	11,7%	8,7%	–	6
51%-69%	2,5%	0,0%	4,5%	2,5%	–	–
70%-80%	7,5%	2,2%	16,2%	10,0%	–	–
81-99%	3,0%	0,4%	3,4%	7,5%	2	3
100%	77,4%	91,8%	63,1%	67,5%	26	36

¹ Nel totale sono conteggiati anche 18 medici assistenti ospedalieri e 28 medici capoclinica ospedalieri.

² Per le funzioni "Primario" e "Viceprimario" vengono riportate le frequenze assolute e non quelle percentuali a causa dell'esiguo numero di osservazioni che contraddistingue queste categorie.

³ Il totale delle osservazioni riguardanti la variabile "Durata contratto" è superiore a quello delle altre variabili poiché si fa riferimento agli episodi contrattuali e non alle persone (52 persone hanno due episodi contrattuali). Non si trova invece questa discrepanza per quanto riguarda la percentuale di occupazione, poiché in questo caso si fa riferimento alla percentuale globale di occupazione di una persona.

Fonti: EOC; SUPSI

decreocere solo a partire dai 55 anni. Il fenomeno è in parte dovuto a un fattore generazionale, in quanto negli anni '90 le donne che ottenevano un titolo FMH erano in media ogni anno 150, mentre sono 290 a partire dal 2010 (ibidem), ma è anche legato al tipo di organizzazione del tempo di lavoro che risulta essere più penalizzante per le donne. Si osserva, infatti, come a partire dai 35 anni, siano soprattutto le donne a esercitare la professione medica negli studi privati piuttosto che in ambito ospedaliero.

L'età dei medici

Le categorie dei medici assistenti e dei medici capiclinica sono contraddistinte da età medie più basse (rispettivamente 32,6 e 39,8 anni), mentre per le altre funzioni le età medie sono decisamente più alte (Medico caposervizio: 48,8 anni; Medico ospedaliero assistente: 47,4 anni; Medico ospedaliero capoclinica: 48,1 anni; Primario: 54,6 anni; Viceprimario: 50,1). L'età media dei medici a livello svizzero si attesta a 46 anni, mentre la percentuale di medici con più di 55 anni raggiunge quota 33%. Un dato che, pur essendo in linea con quello di molti altri paesi europei, ha messo in allarme la Federazione dei medici svizzeri (FMH) e l'Associazione svizzera dei medici assistenti e

capiclinica (ASMAC) che denuncia un problema di ricambio di personale a medio lungo termine. La difficoltà nel reperire giovani medici è legata, secondo le due associazioni, alle condizioni di lavoro poco attrattive nel settore ospedaliero, nel quale si richiedono ritmi di lavoro molto elevati e carichi amministrati importanti, e si riscontrano difficoltà nel conciliare vita professionale e vita privata. (<http://asmact.ch>).

Tipo di contratto e tempo di lavoro

La quasi totalità dei medici assistenti e dei medici capiclinica hanno contratti a tempo determinato che generano a volte delle difficoltà nel corpo medico, soprattutto in termini di pianificazione della carriera e della vita privata. Gli spostamenti di sede (anche in diverse regioni della Svizzera), connessi al perfezionamento professionale per ottenere il titolo FMH e alla professione, sono considerati indubbiamente come arricchenti a livello professionale, ma mal si conciliano con le esigenze delle famiglie e di sicurezza del posto di lavoro. Questa situazione viene vissuta a volte con un po' di frustrazione e incertezza.

Questo anche perché spesso l'elaborazione dei piani di carriera viene lasciata alla libera iniziativa del singolo che non sempre riesce a trova-



re soluzioni adeguate e a pianificare con un certo anticipo la sua traiettoria professionale. Come suggerito anche da una nostra intervistata che occupa una posizione di quadro, «quando non si sa dove si è, cioè dov'è il prossimo posto di lavoro fra un anno, come si fa ad organizzarsi con un bimbo. Si tratterebbe di avere un collegamento con altre università, altre istituzioni universitarie, per avere un piano di formazione comune in modo che si possa sapere in anticipo dove si va negli anni successivi e quindi pianificare tutto meglio» (intervista medico quadro, donna).

La grandissima maggioranza dei medici assistenti (91,8%) è occupata al 100%. Nelle interviste è emerso il desiderio condiviso di finire al più presto la formazione lavorando a tempo pieno (a tempo parziale la formazione si allunga). Un maggior margine di manovra sembrano averlo i capiclinica, anche se nelle interviste è stato rilevato che il tempo parziale a volte diventa un freno per la carriera. Per i medici quadro, tra i capiservizio vi è una presenza di tempi parziali (poco più della metà di essi sono alti, superiori al 70%). I viceprimari lavorano invece prevalentemente a tempo pieno (26 persone su 28 impiegate al 100%). Per i primari, la presenza di tempi parziali si riscontra essenzialmente nelle discipline per le quali il sistema retributivo e la tradizione rendono difficile l'accettazione di un lavoro a tempo pieno presso l'ospedale (p.es. oftalmologia), per poter mantenere anche uno studio privato al di fuori.

Anche a livello nazionale il lavoro a tempo parziale è generalmente alto e poco diffuso, nelle funzioni mediche in media il grado di occupazione è dell'80% (OFS, 2015; Rosende, 2008).

Si può quindi affermare che il tempo parziale è ancora difficile nella professione medica, in particolare se si auspica una carriera. Si conferma l'impressione che in diversi ospedali e reparti l'organizzazione del lavoro sia ancora improntata alla rigidità e ancorata alla visione tradizionale del medico che deve essere sempre presente.

«È peccato che spesso le rinunce sono dovute al fatto che non si trova un tempo parziale, in alcuni ospedali i medici quadri hanno formalmente detto che i tempi parziali non vengono presi in considerazione» (intervista medico capoclinica, donna).

Chi lavora a tempo parziale riferisce come molto spesso il tempo parziale comporti in realtà un impiego del tempo maggiore di quello stabilito dal contratto e risulta quindi essere poco vantaggioso in termini finanziari.

Il tempo parziale viene percepito come un freno alla carriera ospedaliera nei reparti dove ancora vigono modelli tradizionali di valutazione del lavoro e dove la presenza risulta essere fondamentale.

«Pregiudicare direttamente no, però è chiaro che, diciamo, per essere competitivi all'interno dell'ambito medico, secondo me, bisogna lavorare di più rispetto alla percentuale che uno normalmente ha da contratto» (intervista medico quadro, uomo).

Esistono anche esempi positivi nei quali il tempo parziale viene concesso e promosso in modo esplicito, senza nulla togliere alle difficoltà che questo comporta ma riconoscendone anche i vantaggi in termini di benessere dei medici e di arricchimento professionale per le *equipe*.

Fotografia percorsi di carriera durante il periodo 2005-2015

Dopo aver illustrato la situazione alla fine del 2015 ci possiamo ora interrogare sui percorsi di carriera – con particolare attenzione ai passaggi tra le funzioni di medico assistente, capoclinica, caposervizio, viceprimario e primario – dei 1.598 medici repertoriati nella banca dati contrattuale tra il 2005 e il 2015. Le persone presenti nella banca dati hanno conosciuto mediamente 2,9 episodi contrattuali⁵.

Sui 208 “assistenti” promossi a “capoclinica”, nel periodo considerato, si nota una grande maggioranza di persone nate tra il 1966 e il 1985

⁵ È importante sottolineare che ogni episodio contrattuale può riguardare più di un contratto se una persona stipula almeno due diversi contratti alla stessa data.



foto: In Press / Gabriele Putzu

e una presenza equivalente di uomini (52%) e di donne (48%). La metà di questi medici non ha figli, mentre circa il 40% ne ha al massimo ⁶. I tre quarti dei medici promossi alla funzione di “capoclinica” lavorano al 100%. In seguito alla promozione, il 76% dei medici ha mantenuto invariata la propria percentuale lavorativa. Circa il 20% ha invece ridotto la percentuale di occupazione di una percentuale equivalente o superiore al 20%.

Nei passaggi dalla funzione di “capoclinica” alle funzioni di “caposervizio”, “capoclinica ospedaliero” e “un’altra funzione EOC”⁷ il quadro diventa meno equilibrato per quanto concerne la proporzione di donne e di uomini.

Nel passaggio da “capoclinica” a “caposervizio”, che rappresenta il primo scalino gerarchico dei medici quadri, si constatano solo 10 donne su 46 medici promossi. Di queste 10 donne solo 2 hanno beneficiato di un congedo maternità⁸ nel periodo considerato.

La percentuale femminile aumenta nel passaggio da “capoclinica” a “capoclinica ospedaliero” (funzione che presuppone un contratto indeterminato ma abitualmente non prevede possibilità di carriera) con 15 donne su 42 medici promossi.

Nel passaggio verso “un’altra funzione EOC” ritroviamo nuovamente un equilibrio tra donne e uomini (rispettivamente 16 e 14), mentre tra coloro che decidono di lasciare l’EOC (336 persone) si constatano 41% di donne e 59% di uomini.

I passaggi da “medico capoclinica” a “medico caposervizio”, “medico ospedaliero capoclinica” e ad “un’altra funzione EOC” contraddistinguono principalmente le persone nate tra il 1956 e il 1975, mentre l’uscita dall’EOC riguarda persone un po’ più giovani (prevalentemente nate tra il 1966 e il 1985).

Le persone che sono andate ad occupare le funzioni di “medico caposervizio” e “medico ospedaliero capoclinica” sono generalmente impiegate con un’alta percentuale lavorativa, mentre è il contrario per quanto riguarda il passaggio ad “un’altra funzione EOC”. Poche delle persone che sono andate a occupare le funzioni

di “medico caposervizio” e “medico ospedaliero capoclinica” hanno modificato la loro percentuale lavorativa, mentre un terzo di coloro che sono passati a “un’altra funzione EOC” l’hanno modificata (generalmente riducendola).

Come negli altri ospedali svizzeri, anche all’EOC più si sale nella gerarchia più la presenza di donne medico diminuisce: sulle 39 promozioni in seguito alla “funzione di caposervizio”, solo tre coinvolgono donne medico⁹ e nessuna di esse ha avuto un congedo maternità e figli nel periodo considerato. Sui 36 uomini invece solo 2 non hanno figli. Praticamente tutti i medici considerati lavorano a tempo pieno salvo due persone con un tempo parziale alto superiore al 70%.

Da questa fotografia emerge che più si sale nella gerarchia e meno vi sono donne, e che sono generalmente le donne a lavorare a tempo parziale (solitamente alto). Come già affermato, il tempo parziale è generalmente poco diffuso tra i medici, e il suo utilizzo diminuisce al crescere della funzione nella scala gerarchica. Il tema del tempo di lavoro è strettamente legato alla questione della conciliazione dei tempi professionali e di vita. Nelle testimonianze emergono anche degli stereotipi nocivi per le carriere femminili e per gli uomini che vorrebbero dedicare più tempo alla famiglia. Questi da una parte delegano la conciliazione esclusivamente alle donne medico e dall’altra sostengono che la carriera sia possibile solo a tempo pieno. La seguente citazione ne è un buon esempio.

«Ci sono lavori che non si conciliano con l’essere madri. Se uno, per esempio, vuole fare il chirurgo non può fare anche la mamma, come ci sono alcuni lavori che i papà non possono fare. Devi fare delle scelte, se vuoi fare l’astronauta e stare cinque anni su una navicella spaziale e avere i tuoi figli con te è inimmaginabile...» (intervista medico quadro, uomo).

La maternità sembra essere vissuta come un evento che impatta sulla carriera in maniera molto forte, e anche la percezione dei colleghi e dei superiori nei confronti delle colleghe si modifica al momento dell’annuncio di una maternità.

⁶ Il numero di figli si riferisce a quelli per i quali di medici ricevono l’assegno familiare, ci possono quindi essere delle discrepanze con il numero reali di figli. Questa discordanza non è stata ritenuta tale da pregiudicare il ragionamento complessivo.

⁷ Con la designazione “altra funzione EOC” si intendono altre funzioni in seno all’EOC diverse da quelle enunciate prima ossia “medico assistente”, “capoclinica”, “capoclinica ospedaliero”, “caposervizio”, “viceprimario”, “primario”.

⁸ Tra il 2005 e 2015, 110 donne hanno beneficiato di un congedo maternità, 86 ne hanno avuto uno, 24 più di uno per un totale di 141 congedi maternità. Tenendo presente le funzioni di interesse e la coerenza con l’analisi dei percorsi di carriera, si sono ritenute per l’analisi 96 donne che hanno avuto almeno un congedo maternità nel periodo considerato, 652 donne che invece non l’hanno avuto e 850 uomini.

⁹ Nel passaggio dalla funzione di medico caposervizio alla funzione di viceprimario, si rilevano due donne su 22 promossi; dalla funzione di caposervizio alla funzione di primario, 10 uomini e dalla funzione di viceprimario a quella di primario una sola donna su 7 promossi.

«*Ero fidanzata ma non ero sposata, non avevo figli ma adesso le cose cambiano, nel senso adesso tutto e tutti mi spingono verso (...) uno studio fuori, finire la specializzazione e poi (...) installarmi fuori. Invece prima della maternità tutti e tutto mi spingevano verso il ruolo di capoclinica...*» (intervista medico assistente, donna).

Questa proiezione delle difficoltà organizzative in caso di maternità non si pone solo nella funzione di capoclinica, ma anche nella funzione di assistente, nella quale per finire la formazione nel minor numero di anni possibile spesso la maternità viene rimandata.

In alcuni casi la maternità – reale o proiettata perché negli scalini gerarchici più alti le donne, anche senza figli, sono poche – diventa un elemento potenzialmente discriminatorio, che rimette in discussione i percorsi di carriera,

«*Le donne sono in genere capoclinica e caposervizio, ma non ce ne è una che ha figli a parte una che fa l'80%. Lei è riuscita a diventare capo servizio perché è veramente brava. Però (...) ha fatto fatica, ci ha messo il doppio degli altri*» (intervista medico capoclinica, uomo).

Queste affermazioni vengono confermate anche da alcuni dati statistici. Se osserviamo i capiservizio possiamo constatare che su 80, 20 sono donne. Di queste 13 non ha figli, lo stesso numero di uomini non ha figli mentre 47 uomini hanno almeno un figlio. In media gli uomini caposervizio hanno 1,8 figli a testa, mentre per le donne la media è di 0,5 (da osservare che una donna ha tre figli, dato che alza la media generale). Il divario appare ancora più importante se si osservano i dati dei vice primari e primari.

Dal quadro attuale all'introduzione del JS

Dalle interviste, come anche dai focus group, è emerso un desiderio di avere più tempo a disposizione per gestire la propria vita privata e un certo interesse per il JS, mostrato sia dalle nuove leve che dalle figure con una lunga esperienza e un ruolo di gestione dei reparti. La grande differenza che si nota tra le generazioni è la possibilità stessa di applicare un periodo di JS alla propria carriera lavorativa: per assistenti e capoclinica la

possibilità è reale se ci fosse la disponibilità da parte dell'organizzazione, mentre per caposervizio e soprattutto primari emerge un'apertura verso i medici del proprio reparto, ma difficilmente per sé stessi. Tale atteggiamento è motivato dalla ormai lunga esperienza con una determinata organizzazione del tempo di lavoro e visione della professione medica. Se si considerano le 15 interviste ai medici quadri¹⁰ emergono 12 medici quadri potenzialmente aperti a considerare la possibilità di introdurre il JS e 3 medici invece contrari. Nel focus group vi sono due medici favorevoli al JS. I tre scettici riconoscono che in futuro si andrà sempre di più verso il tempo parziale e il JS, ma sostengono che questo non è possibile per alcune posizioni e specializzazioni. Questi numeri non devono trarre in inganno, sono state evidenziate infatti anche diverse resistenze al tempo parziale e al JS. Vi sono, da una parte, medici quadro con una visione organizzativa del reparto basata sulle eccellenze individuali e una concezione tradizionale del lavoro del medico sempre presente al 100% (e oltre) in reparto, mentre dall'altra troviamo medici quadro con una visione organizzativa del reparto basata su un'ottica di team, attenta alla diversità e non tanto alla presenza quanto al raggiungimento di obiettivi condivisi. I secondi sono più aperti e interessati a sperimentare il JS.

Se si prende in considerazione la percezione di donne e uomini, le prime sono molto interessate a partecipare in modo attivo alla sperimentazione del JS, mentre i secondi lo sono in maniera inferiore e in modo diverso, anche se ne riconoscono pienamente il bisogno all'interno del corpo medico. Gli uomini auspicano l'introduzione del JS, ma più difficilmente ne esplicitano l'interesse in prima persona per la conciliazione tra famiglia e lavoro. Tra gli uomini è più facile che emerga quale giustificazione dell'interesse per il JS la possibilità di poter condividere un posto in un reparto lavorando al 50% e avere l'altro 50% per lavorare su un progetto di ricerca o sviluppare competenze in un altro reparto. Tra le funzioni, emerge che i capiclinica ritengono molto interessante il JS da un lato per la posi-

¹⁰ Tra i quadri vengono considerati capiservizio, viceprimari e primari.

zione lavorativa e dall'altro perché è nella fascia d'età classica dei capiclinici (30-40) che viene presa la decisione di costruire una famiglia e/o avere figli. In generale comunque tra gli aspetti positivi viene citata la possibilità di gestire meglio il carico di lavoro, di poter condividere esperienze, conoscenze e responsabilità e evitare quindi anche il rischio di sovraccarico lavorativo che può portare a patologie, come quella del *burn out*. Tra i rischi del JS, invece, viene spesso citato quello della mancanza di continuità delle cure e la perdita di informazioni preziose per una presa in carico adeguata dei pazienti che, però, come hanno sottolineato i favorevoli al JS, non sono rischi presenti solo per i medici attivi a tempo parziale e in JS, ma per l'insieme della professione medica.

Nell'applicazione del JS è certamente importante l'affinità tra i due partner, che devono condividere un modo di agire e una stessa filosofia della medicina, ma anche il ruolo dell'organizzazione che deve fornire i mezzi necessari (p.es. strumenti di comunicazione e obiettivi condivisi all'interno del team, contratti per il JS, ecc.) per far funzionare al meglio il binomio e garantire il suo inserimento a vantaggio del lavoro dell'insieme del reparto.

A conclusione dello studio si può affermare che non esiste un modello universale di JS. Le parole chiave di questa modalità di lavoro sono autonomia e libertà – da parte dei partner in JS nello scegliere come organizzarsi, sempre negoziando le soluzioni con i medici quadro e i colleghi – e responsabilità, sia da parte dei partner in JS (in particolare nel momento critico del passaggio delle consegne) sia da parte dell'organizzazione. Diventa perciò fondamentale individuare alcuni elementi chiave e alcuni strumenti che possano fornire un quadro d'azione generale dentro il quale l'autonomia e la responsabilità possano trovare la loro articolazione migliore. Le esperienze di JS incontrate nell'arco di questa ricerca-azione hanno chiaramente mostrato come questa modalità di lavoro possa essere un successo per i medici e per l'organizzazione solo se quest'ultima si impegna direttamente nell'im-

plementazione del JS, senza lasciare soli i due partner, i loro capi e colleghi. Se il JS è applicato in un reparto che non è in sotto organico può dispiegare i suoi effetti positivi per la qualità di vita dei medici e la qualità delle cure dei pazienti.

Si è rilevato che il JS “è solo l'inizio”, una bella sfida che permette di riesaminare alcuni temi fondamentali per la professione di medico, come ad esempio la continuità delle cure, e di ripensare l'organizzazione non solo del reparto ma anche dell'ospedale, interrogandosi sull'evoluzione delle diverse funzioni mediche. Inoltre, il JS non porta solo a ripensare l'organizzazione di un reparto o ospedale, ma pone anche interrogativi di rilevanza politica su di un piano più macro (contenuti e tempi per l'ottenimento del titolo FMH, limite delle 50 ore settimanali, ecc.)

In questo senso, durante la presentazione pubblica dei risultati della ricerca nella primavera del 2017, l'EOC si è dichiarato pronto a raccogliere la sfida e a lanciare alcuni progetti pilota di JS per i medici nei reparti interessati a partire dal 2018.

Bibliografia delle opere citate nel testo

BERGAMASCHI M. (2000), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, MacGraw Hill.

KRONE-GERMANN I., DE CHAMBRIER A. (2015), *Le jobsharing : deux expertises pour le prix d'une*, <http://www.go-for-jobsharing.ch/js/kcfinder/upload/files/Guide%20JS%20FR-web.pdf> [consultato il 7.3.2017]

MÜCKE A. et al., (2006), *Balance, Teilzeitmodelle und Jobsharing für dozierende*, Basel: Edition gesowip

OFS (2015), *Personnel hospitalier 2013*, Neuchâtel

ROSENDE M., (2008), *Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine*, Zürich : SEISMO

Sitografia

<http://www.go-for-jobsharing.ch>, [consultato il 7.3.2017]

<http://asmact.ch> [consultato il 31.3.2017]