

Medici a Verona 2

Indagine sui fattori di benessere/malessere dei professionisti veronesi (Parte seconda)

Gruppo di ricerca del Centro di Ricerca psico-sociale nei Servizi alla Persona, Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia, Università degli Studi di Verona¹ Comitato di Bioetica presso l'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Verona²

Sommario

Questo secondo articolo presenta altri dati relativi alla pratica professionale, emersi dall'elaborazione delle risposte a un questionario sulle cause di malessere e benessere dei medici ed odontoiatri veronesi

Tra i molti risultati quelli più significativi indicano un minore interesse per la **comunicazione-relazione con i pazienti** nei professionisti che maggiormente avvertono il **peso della responsabilità** nei confronti dei loro pazienti e in quelli che maggiormente si preoccupano per le possibili denunce di questi ultimi.

Viceversa, due fattori di malessere

come la preoccupazione per la **sofferenza dei pazienti e la solitudine professionale** si accompagnano a una maggiore propensione alla **relazione** e quindi a una maggiore attenzione a **comportamenti eticamente rilevanti**, con un ricorso minore alla medicina difensiva. Esiste inoltre una relazione tra **fattori di malessere** del medico e ricorso alla **medicina difensiva**, intesa sia come eccesso che come difetto di prestazioni.

In sintesi, è stato rilevato un nesso stretto tra **modalità di comunicazione con i pazienti**, livello di **soddisfazione dei professionisti** della cura e ricorso alla **medicina difensiva**.

In letteratura esistono già dati che dimostrano il rapporto tra **modalità di comunicazione e soddisfazione del paziente**, e rispettivamente **tra comunicazione ed efficacia delle cure** (dati recenti stimano una riduzione degli errori di circa il 50% per il miglioramento della comunicazione interna ai reparti e una riduzione dei ricoveri di circa il 30% per il miglioramento della comunicazione tra strutture specialistiche e del territorio).

Altri dati della letteratura evidenziano l'esistenza di **correlazioni molto strette tra modalità di comunicazione e contenzioso da parte di pazienti** (è noto che circa il 70% dei casi di contenzioso in medicina sono dovuti a cattiva comunicazione).

Anche i risultati di questo studio confermano **la necessità e l'urgenza di un forte impegno nella formazione pre e post-laurea per il miglioramento delle competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari, questo al fine di migliorare efficacia ed efficienza delle cure e soddisfazione sia dei pazienti che dei medici.**

1) I fattori di malessere

Nel fascicolo numero due del giugno ultimo scorso³ abbiamo iniziato a presentare i risultati dell'indagine sui fattori di benessere/malessere dei medici e odontoiatri veronesi, condotta dal gruppo di ricerca psico-sociale del Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia dell'Università degli Studi di Verona, su iniziativa del Comitato di Bioetica presso l'Ordine dei Medici e Odontoiatri della nostra provincia.

In quella relazione, alla quale rimandiamo il lettore, avevamo riferito sulla connotazione anagrafica degli oltre 1200 professionisti che hanno risposto al questionario on-line, sulla percezione personale e sociale di medici e odontoiatri del proprio ruolo professionale,

Tabella 1

Regressione lineare tra fattori di malessere e comportamenti eticamente rilevanti da parte del medico.

Valore del coefficiente angolare e significatività

Temi etici	credo di non avere più doveri di cura nei confronti di un paziente che non ascolta i miei consigli	penso che occuparsi degli aspetti psicologici della relazione con il paziente sia una perdita di tempo per il medico...	ritengo che i racconti liberi del paziente disturbino il mio processo diagnostico e terapeutico	mi informo sulle differenze culturali per sapere come rapportarmi verso i miei pazienti	ritengo che la cura degli aspetti psicologici che aiutano a gestire la relazione con il paziente dovrebbe essere parte integrante del percorso formativo di ogni medico
Fattori di malessere definibili come					
SOFFERENZA DEL PAZIENTE		-0,099**	-0,092*		+0,072*
DECLINO DELL'IMMAGINE DEL MEDICO			+0,213**		
AMMINISTRAZIONE & BUROCRAZIA	+0,152 **			-0,122*	
ASPETTI ECONOMICI				+0,074*	
SOLITUDINE PROFESSIONALE	-0,129 *		-0,083*	+0,198**	+0,194**
PESO DELLA RESPONSABILITA'	+0,174**	+0,159**	+0,216**	-0,161**	-0,124**

ogni scala sui temi etici varia da un minimo di 1 (per niente d'accordo) ad un massimo di 6 (totalmente d'accordo) nei componenti dei fattori di malessere la risposta varia da 1 (per nulla rilevante) a 6 (importantissimo)

** p<0,005 * p<0,05

sui fattori percepiti di malessere professionale e sui comportamenti etici dei responder.

In particolare l'indagine aveva rilevato sei fattori di malessere, che in ordine decrescente di percezione soggettiva si possono così riassumere:

- *la sofferenza del paziente* nelle sue manifestazioni, in particolare come conseguenza della comunicazione di informazioni sgradevoli;
- *il declino dell'immagine pubblica della professione*, la quale si manifesta con la visibilità mediatica degli episodi di malasanità, con la litigiosità dei pazienti, con la perdita del ruolo sociale della professione medica in generale, ma anche con il ricorso dei pazienti alle informazioni mediche su Internet e in tv;
- *i rapporti con l'amministrazione e l'eccesso di pratiche burocratiche*, che si concretizzano nella criticità dei rapporti e nella difficoltà a lavorare con personale amministrativo, ma anche nella compilazione di moduli burocratici e nella necessità di informatizzare i dati dei pazienti;
- *gli aggravati economici*, consistenti soprattutto nelle spese per contributi pensionistici e premi assicurativi personali;
- *la solitudine professionale*, peraltro avvertita da tutte le categorie di medici (precari, convenzionati, dipendenti, liberi professionisti) nel sostanziale isolamento dovuto alle difficoltà di comunicazione con i colleghi, e che viene in parte attribuito alla scadente formazione universitaria alle competenze relazionali;
- *il peso della responsabilità avvertita nei confronti dei propri pazienti*, aggravata soprattutto da relazioni poco gratificanti con essi, con i loro familiari e per una parte anche con lo staff di assistenza, a cui si aggiunge la preoccupazione di denunce, che può provocare comportamenti di medicina difensiva.

2) Rapporti tra fattori di malessere e comportamenti eticamente rilevanti

In questo resoconto, al quale altri seguiranno man mano che la vasta messe di dati raccolti verrà opportunamente elaborata per trarne i principali significati, presentiamo le relazioni causali tra ciascuno dei sei fattori di malessere sopra enumerati e i comportamenti

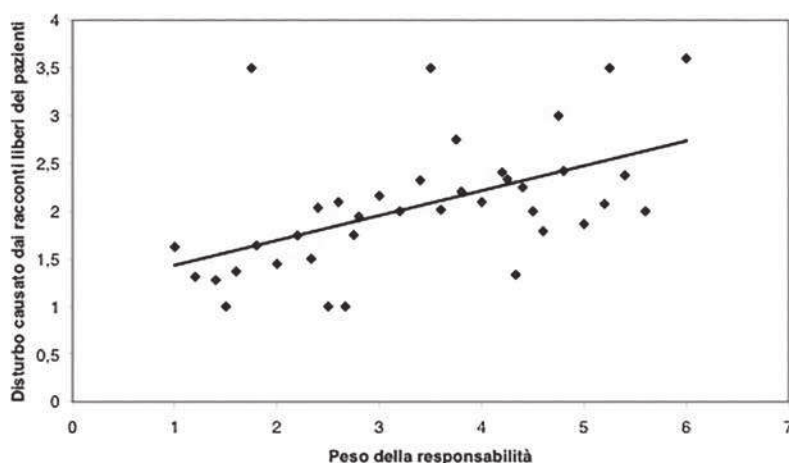
eticamente rilevanti della professione. Le relazioni tra le diverse variabili sono riassunte nella Tab. 1 e riportate come regressioni lineari: i coefficienti con segno positivo (+) indicano una relazione causale positiva (all'aumento dei valori di una variabile corrisponde un aumento anche nell'altra); quelli con segno negativo (-) indicano una relazione causale negativa (all'aumento dell'una corrisponde una diminuzione dell'altra). In Fig. 1 è riportata come esempio la retta di regressione che esprime la relazione tra il peso della responsabilità avvertita dal medico e il disturbo (valore medio)

con il paziente. Non incidono invece la sofferenza del paziente, il declino dell'immagine o gli aspetti economici come si nota dalla mancanza di relazioni (caselle bianche nella tab. 1).

2.2) Un **secondo quesito** recitava: *"penso che occuparsi degli aspetti psicologici della relazione con il paziente sia una perdita di tempo per il medico, poiché va a discapito dell'attenzione per gli aspetti clinici/scientifici"*.

Anche questa convinzione è risultata influenzata dal malessere che i medici avvertono a causa del peso della responsabilità nei confronti dei propri

Fig. 1: Relazione tra peso della responsabilità avvertita dal medico e disturbo (medio) sull'operato del medico determinato dai racconti liberi dei pazienti



sull'operato del medico determinato dai racconti liberi del paziente.

2.1) Il primo dei quesiti posti dal questionario nella sua sezione riguardante comportamenti eticamente rilevanti recitava: *"credo di non avere più doveri di cura nei confronti del paziente che non ascolta i miei consigli"*.

Le risposte fornite indicano che i medici, quando avvertono maggiormente come fattori di malessere il peso della responsabilità nei confronti dei propri pazienti e l'eccesso di pratiche burocratiche, sono maggiormente propensi a ritenere di non dover sobbarcarsi ulteriori fatiche nei confronti di pazienti che di fatto rifiutano le loro cure.

Per contro, quando un medico soffre a causa della solitudine professionale cerca con maggior tenacia il rapporto

pazienti, mentre il malessere dovuto alla sofferenza del paziente porta il medico a ritenere più importanti gli aspetti psicologici della relazione con esso.

2.2.1) Sono in parte simili le risposte registrate al **quesito**: *"ritengo che i racconti liberi del paziente disturbino il mio processo diagnostico e terapeutico"*.

Sembra inoltre che i medici associno una diminuita immagine professionale al dare troppo spazio alla libera espressione dei loro pazienti.

Effetto contrario avviene quando un medico soffre per la percezione di **solitudine professionale**, la quale è associata a maggiore importanza data ai racconti liberi del paziente.

Dalle risposte si evidenzia inoltre che

i medici che soffrono per la **solitudine professionale** e per gli **aggravi economici** hanno una maggiore disponibilità a farsi carico delle differenze culturali nei rapporti con i pazienti immigrati; d'altro canto, i colleghi che soffrono per il **peso della responsabilità e per i rapporti con l'amministrazione**, che possiamo definire come altri fattori "esterni" di disturbo, sono meno propensi a informarsi sulle differenze culturali.

Inoltre, i medici che soffrono maggiormente a causa della solitudine professionale e per le manifestazioni di sofferenza dei pazienti sono quelli che desidererebbero una maggiore attenzione per gli aspetti relazionali nel percorso formativo di ogni professionista sanitario.

Invece, quelli che soffrono per il peso della responsabilità professionale indicano questo elemento come meno importante.

2.3) Riassumendo, relativamente al malessere dei medici, dai dati raccolti sembra che la **solitudine professionale** porti i medici a richiedere una **maggiore preparazione all'impatto psicologico della relazione con i pazienti**, e in particolare con quelli di cultura differente, e anche per questo non considerano negativamente i racconti liberi dei pazienti e sono più tolleranti nei confronti dei pazienti che non ascoltano i loro consigli.

Al contrario il malessere dovuto al **peso della responsabilità** nei confronti dei pazienti porta i medici a essere **meno disponibili alla relazione** con il paziente.

È interessante notare, e sicuramente positivo, il fatto che **nessun fattore di malessere sembra influire** sull'opportunità di ricorrere alla prescrizione di oppiacei per sostenere la qualità di vita del **paziente terminale/morente**.

Una differenza significativa tra i generi rispetto ai temi etici compare per tre dei sei quesiti, e precisamente: le donne ritengono più importanti rispetto agli uomini una migliore formazione universitaria alla relazione e l'informazione sulle differenze culturali dei pazienti immigrati, mentre gli uomini risultano maggiormente disturbati nel processo diagnostico e terapeutico dai racconti liberi dei pazienti: in altri termini *sembra che le donne attribuiscono maggiore importanza agli aspetti relazionali*.

3) Rapporti tra medicina difensiva, fattori di malessere e comportamenti eticamente rilevanti

La seconda serie di risultati dei quali qui riferiamo sinteticamente riguarda le relazioni causali tra i fattori di malessere sopra considerati e i comportamenti di medicina difensiva.

Tali comportamenti sono sostanzialmente due:

a) la tendenza a prescrivere test diagnostici o consulenze specialistiche in quantità maggiore del necessario, definita come ricorso a eccesso di prescrizioni;

b) la propensione a non curare i pazienti ad alto rischio o problematici e a evitare alcune procedure rischiose. I risultati sono rappresentati sinteticamente nella Fig. 2.

3.1) Se si considerano questi comportamenti nelle diverse categorie di professionisti, i medici precari sono i più propensi all'iperprescrizione.

Invece i liberi professionisti sembra che preferiscano non correre rischi con procedure considerate pericolose, e tendano a selezionare i propri pazienti privilegiando quelli meno rischiosi.

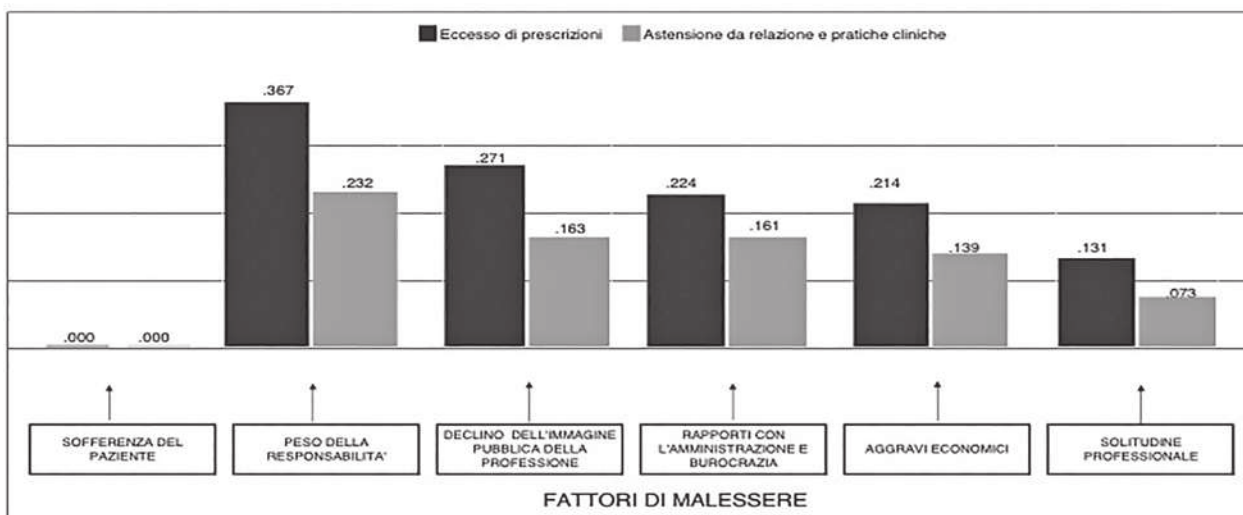
Il ricorso a eccesso di prescrizioni si riscontra a livelli più elevati rispetto alla media dell'intero campione *soprattutto nei professionisti che soffrono maggiormente per il peso della responsabilità dei propri pazienti e in quelli che peggio sopportano il declino dell'immagine sociale del medico*.

Anche la tendenza a evitare i rischi professionali è comprensibilmente più frequente nei medici che avvertono maggiormente il peso della responsabilità professionale (come si è rilevato per i liberi professionisti).

3.2) Il fattore di malessere legato alla **sofferenza del paziente** non sembra influenzare i comportamenti di medi-

Figura 2: Influenza dei fattori di malessere sui comportamenti di medicina difensiva.

I valori esprimono l'entità del coefficiente angolare nella regressione tra fattore di malessere e comportamenti di medicina difensiva



cina difensiva. I medici che traggono maggiore soddisfazione dal proprio lavoro sono quelli che ricorrono meno facilmente a comportamenti di medicina difensiva.

I colleghi che non curano volentieri i pazienti "disobbedienti" evitano di prendere decisioni pericolose e di curare i pazienti ad alto rischio, mentre quelli che non gradiscono i racconti liberi dei loro pazienti **praticano maggiormente entrambi i comportamenti di medicina difensiva.**

Significativo è il fatto che i medici, sia uomini che donne, facciano ricorso nella stessa misura all'eccesso di prescrizioni; invece *l'astensione si caratterizza come una strategia tipicamente maschile.* Infine l'evitare decisioni rischiose non si correla con l'età dei medici, mentre *la tendenza all'iperprescrizione diminuisce con il crescere dell'età,* cioè con la maggiore esperienza professionale; ma ciò è statisticamente significativo soltanto per le dottoresse, che peraltro hanno un'età mediamente inferiore a quella dei colleghi maschi.

4) Conclusioni

4.1) Nel già citato **articolo precedente** in Verona Medica l'elaborazione dei risultati considerava *singolarmente* i sei fattori di malessere, cioè non li metteva in relazione con i comportamenti eticamente rilevanti: la sofferenza del paziente risultava al primo posto nella graduatoria dei fattori di malessere soggettivamente percepiti dai medici veronesi, mentre il peso per le responsabilità professionali si collocava all'ultimo posto in questa graduatoria.

In **questo articolo**, dove invece si tiene conto di tali relazioni, **il fattore di malessere che influisce** in modo più rilevante e negativamente sui comportamenti etici risulta essere **il peso della responsabilità avvertita nei confronti dei propri pazienti**, che si manifesta in buona parte con la preoccupazione per le conseguenze giudiziarie delle proprie decisioni professionali; decisioni che comunque in medicina – come in tutte le attività umane complesse – sono sempre sottoposte al rischio dell'errore.

Tuttavia il rapporto significativo tra fattori di malessere e comportamenti etici risulta differente da fattore a fattore, in alcuni casi con variazioni dipendenti

dal sesso e solo in parte dall'età. I fattori di malessere legati alla sofferenza del paziente e alla solitudine professionale sono quelli che più di altri spingono il professionista a coltivare la relazione con il paziente.

Forse al di sotto di quanto ci si poteva aspettare come fattore di malessere sembra essere l'influenza dovuta all'aggravio delle **incombenze burocratiche.**

Probabilmente provoca fastidio, più che un vero malessere, anche **il declino dell'immagine pubblica** della professione, fattore che verrà esaminato più approfonditamente nel prossimo report sui risultati.

Ancor meno influenti sembrano gli aggravii economici, fatto salvo probabilmente il disagio per il crescente **carico assicurativo**, che rappresenta la reazione di difesa più appropriata nei confronti dei rischi professionali.

4.2) È sicuramente un rilievo interessante quello che segnala **atteggiamenti più virtuosi delle dottoresse** rispetto ai colleghi maschi, sia nei comportamenti eticamente rilevanti che in quelli legati alla medicina difensiva.

Le donne maggiormente hanno manifestato il desiderio di un accresciuto impegno formativo nell'educazione universitaria e professionale alla relazione. **Il miglioramento delle relazioni interpersonali** tra i medici e i loro pazienti è di per sé un aiuto alla cura efficace, perciò è auspicabile un **maggiore impegno istituzionale** nell'educazione relazionale sia nella formazione pre-laurea, sia in quella continua, impegno che abbia la capacità di incidere significativamente sui comportamenti dei medici.

4.3) In sintesi ci sentiamo di affermare che occuparsi del benessere/malessere dei medici è l'espressione della necessità di dare risposte concrete a bisogni ancora molto spesso negletti. Infatti, i dati mostrano in maniera inequivocabile **una stretta relazione tra il benessere/malessere dei medici (in tutte le condizioni professionali), i comportamenti eticamente rilevanti e il ricorso alla medicina difensiva.** Questa relazione, spesso indicata ma poco dimostrata, produce effetti concreti che influenzano la qualità, l'efficacia e anche i costi dell'assistenza sanitaria.

Per ora si ferma qui la nostra relazione dei risultati raccolti con il questionario

on line, anche per consentire ai lettori di poterli considerare con attenzione e, se possibile, senza annoiarsi troppo.

Ulteriori approfondimenti saranno presentati nel prossimo rapporto, che probabilmente riguarderà, oltre alla percezione della propria immagine professionale presso i pazienti, anche i seguenti temi: **la comunicazione** con i colleghi, con l'istituzione di appartenenza e con la politica; la considerazione dei **rapporti tra impegni familiari e attività lavorativa** (distinti per genere ed età); i fattori di discriminazione e **le aspettative verso l'Ordine.** Proprio traendo spunti da questi rilievi, il Comitato di Bioetica potrà impegnarsi nel cercare e stimolare iniziative e interventi migliorativi.

NOTE

- 1) Monica Pedrazza, Sabrina Berlanda, Elena Trifletti, Arianna Motteran, Claudio Capiluppi.
- 2) Arnaldo Petterlini, Franco Alberton, M. Antonietta Bassetto, Giovanni Bonadonna, Elisa Bertazzoni, Franco Bressan, Giorgio Carrara, Pasquale D'Ascola, Fabio De Nardi, Roberto Fostini, Andrea Gaino, Maria Gabriella Landuzzi, Sabrina Lovato, Ezio Padovani, Marina Repola, Bianca Rosa, Mario Giulio Schinaia, Gaetano Trabucco, Luciano Vettore.
- 3) Verona Medica (2015), 2:17-19. Medici a Verona: Indagine sui fattori di benessere/malessere dei professionisti veronesi.

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

- a) denunciare all'Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;
- b) informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

Si riporta per ulteriori reminiscenza, l'Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

- 1) Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;
- 2) Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.