

TEMA

*Lavoro autonomo e professioni*

# Professionalismo medico e rappresentanza: quale ruolo per gli Ordini professionali?

*Giovanna Vicarelli, Elena Spina\**

## 1. Premessa

Il d.d.l. n. 1324 contenente disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie è stato presentato dal ministro Lorenzin al Senato nel febbraio 2014 e approvato il 24 maggio 2016. Attualmente è in discussione alla XII Commissione della Camera (Atto 3968). L'articolo 3 del capo II propone un riassetto della normativa risalente alla legge di ripristino degli Ordini professionali dopo la soppressione in epoca fascista (d.l.c.p. del 13 settembre 1946, n. 233)<sup>1</sup>. Se lo scopo enunciato è quello «di rendere, in maniera immediata, il sistema più aderente alle esigenze odierne e assicurarne la funzionalità anche nell'interesse dei cittadini utenti» (si veda la Relazione introduttiva), a parere di molti la norma si presenterebbe come un semplice ammodernamento delle regole esistenti che verrebbero estese a tutte le professioni sanitarie e non solo a quelle riconosciute come tali dalla legge n. 455 del 10 luglio 1910 (i medici-chirurghi, i veterinari e i farmacisti). Nello specifico, si sarebbe persa, o si starebbe perdendo, l'occasione di adeguare il

\* Giovanna Vicarelli è docente di Sociologia economica e direttore del Centro di ricerca e servizio sull'integrazione socio-sanitaria dell'Università politecnica delle Marche; Elena Spina è ricercatore di Sociologia economica presso l'Università politecnica delle Marche.

Pur nel necessario coordinamento tra le due autrici i paragrafi 2, 3 e 4 sono stati scritti da Giovanna Vicarelli, il paragrafo 5 da Elena Spina, i paragrafi 1 e 6 sono invece attribuibili a entrambe in eguale misura.

<sup>1</sup> In quella data furono ripristinati gli Ordini e i Collegi professionali che preesistevano al fascismo con funzioni invariate rispetto a quelle fissate per la prima volta nel 1874 con la legge che regolamentava le professioni forensi: custodia dell'Albo e controllo delle credenziali, potere di disciplina, tutela della deontologia professionale, regolamentazione delle tariffe. Tuttavia dell'ordinamento introdotto durante il regime fascista fu salvaguardata la normativa relativa all'esame di Stato, il riconoscimento della funzione pubblica delle professioni e l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo. Il regime repubblicano ha esaltato, inoltre, l'autonomia amministrativa, normativa e giurisdizionale degli Ordini sottoposti alla vigilanza dello Stato, attraverso il ministro di Grazia e giustizia e dell'Interno (Malatesta 2010).

ruolo e le funzioni ordinistiche alle profonde trasformazioni che vanno coinvolgendo la professione medica. In questo contesto, ci si può chiedere quale sia la posizione dei giovani medici che, entrati da poco nella professione, ne saranno i maggiori esponenti nei prossimi decenni. I risultati di una indagine svolta presso un campione di medici della Provincia di Ancona, getta uno sguardo su un tema tanto rilevante quanto poco affrontato dalla letteratura di settore.

## 2. Il malessere dei medici tra managerialismo e consumerismo

Dagli anni novanta, in Europa e negli Stati Uniti, sono in aumento le ricerche sul lavoro dei medici, con una attenzione particolare alle loro percezioni e al loro modo di svolgere la professione (Vicarelli 2016). Come ha rilevato di recente Thomas Konrad (2015) *burn out*, stress, demoralizzazione (Gabel 2012), alienazione (McKinlay, Marceau 2011), benessere (Wallace, Lemaire 2007), resilienza (Zwack, Schweitzer 2013) sono alcuni dei termini utilizzati per comprendere il modo in cui i medici dichiarano di vivere il proprio lavoro.

La maggior parte delle ricerche svolte ritiene che, sul piano interpretativo, la dimensione da privilegiare sia soprattutto quella individuale e che vi sia una predisposizione soggettiva a sviluppare sentimenti di disagio (Maslach, Jackson 2013; Gleichgerricht, Decety 2013). Tuttavia, nella letteratura più recente il malessere della categoria viene collegato ai mutamenti strutturali e socio-culturali degli ultimi decenni che avrebbero come risultato un profondo cambiamento del professionalismo nelle sue componenti basilari (Aasland 2015). Su quest'ultimo versante, il dibattito si incentra sulle riforme neoliberiste che avrebbero trasformato il lavoro professionale imponendo condizioni di lavoro più controllate in termini economico-finanziari e di risultati attesi. Nello specifico, le interpretazioni sviluppate dalla sociologia delle professioni identificano tre grandi filoni di analisi: le teorie della crisi, della resistenza e del mutamento.

Sul primo versante si ritiene che le nuove forme regolative abbiano determinato una proletarizzazione dei medici (Filc 2006; McKinley, Stoekle 1988) ossia la perdita della loro autonomia tecnica e socio-economica. Altri autori (Haug 1972; Ritzer, Walczak 1988) notano come la progressiva razionalizzazione e burocratizzazione dei sistemi sanitari conduca a una ine-

sorabile de-professionalizzazione della categoria che si esprime in una etica e in una forma mentale sempre più di carattere formale e su attività di tipo burocratico-routinario.

Una seconda chiave di lettura è data dalle teorie della resistenza. Lo stesso Freidson (2001) aveva sostenuto l'idea che la professione medica potesse resistere ai cambiamenti di fine Novecento attraverso un processo di ristrutturazione interna. Un gruppo ristretto di medici assumerebbe ruoli gestionali e dirigenziali come strategia per mantenere i privilegi e la posizione di dominanza della categoria. In questa stessa direzione, la presenza dei medici in alcuni ruoli istituzionali e politici (in Parlamento, nel governo centrale e nei governi regionali) starebbe a dimostrare un loro riposizionamento anche nelle linee del potere pubblico, con la volontà di resistere alle logiche manageriali o di governarle (Pavolini, Vicarelli 2013). Secondo altri studi, la resistenza alla aziendalizzazione della sanità si dimostrerebbe nell'opposizione, più o meno esplicita, all'utilizzo della strumentazione manageriale. Sarebbero da collocare in questa categoria le modalità di rifiuto, da parte di alcune categorie mediche se non di tutte, delle linee guida, dei sistemi informatici e informativi o di quant'altro voluto dal management (Parker, Dent 1996; Martinussen, Magnussen 2011). Né va esclusa la possibilità che i medici aderiscano solo in modo formale ai nuovi strumenti e valori manageriali, dimostrando forme di isomorfismo solo formale (Levay, Waks 2009; Audet *et al.* 2005).

Un terzo filone di analisi porta l'attenzione sulle trasformazioni che deriverebbero dall'interazione tra medici e manager. La cooptazione delle logiche aziendali condurrebbe, cioè, a una modifica del professionalismo tradizionale a favore di modalità ibride (Noordegraaf 2007 e 2011; Causer, Exworthy 1998; Muzio *et al.* 2011). Al posto della resistenza e dell'opposizione del passato le nuove strategie della categoria condurrebbero alla creazione di «professionals as managers and to manage by normative techniques» (Evetts 2011, p. 412). La crisi della professione medica si risolverebbe in una trasformazione morfologica verso un professionalismo nuovo i cui caratteri debbono essere ancora ben identificati.

È all'interno di questo quadro problematico, dunque, che andrebbero posti i risultati delle ricerche sul malessere dei medici, interpretato come una delle conseguenze più evidenti della crisi, della resistenza o del cambiamento nel profilo professionale. Un tema che appare ripetutamente nelle indagini svolte è, infatti, quello del gap tra aspettative e realtà. I medici, for-

mati secondo un modello professionale di tipo tradizionale, debbono far fronte a una realtà lavorativa dissonante di cui non riescono a cogliere i fattori di positività (Aasland 2015). In questa prospettiva, dovrebbero essere studiate anche le influenze derivanti dalle differenze strutturali tra i sistemi sanitari o all'interno degli stessi. Né andrebbero sottovalutate le combinazioni che, nei diversi contesti nazionali e istituzionali, possono crearsi tra managerializzazione e risposte alla crisi economica degli ultimi anni. In Italia, a esempio, i tagli alla spesa sanitaria, il blocco del turn over, il pensionamento anticipato vanno creando situazioni lavorative critiche, fortemente incidenti sulla identità professionale dei medici e sul loro malessere (Vicarelli 2016). Basti qui citare i risultati di una indagine condotta da uno dei maggior sindacati medici italiani secondo cui il 73 per cento dei 6100 intervistati ritiene che il proprio lavoro sia da ritenersi solo burocratizzato nell'ottica degli adempimenti di natura legislativa e manageriale da svolgere (Cimo 2013).

Nella ricerca delle cause del malessere dei medici non può essere sottovalutata una ulteriore dimensione di analisi che riguarda le aspettative dei cittadini nei riguardi della salute e del sistema sanitario (Vicarelli 2006). Dal momento in cui il concetto di salute si è dilatato fino a includere non solo la condizione psico-fisica dell'individuo, ma il suo benessere in termini globali, le domande verso i medici sono andate fortemente cambiando. Le generazioni nate nel primo dopoguerra rappresentano, oggi, i clienti principali del sistema sanità, in quanto richiedono servizi di cura per sé e per i propri genitori anziani. Queste generazioni, tuttavia, non solo sono più colte e istruite, non solo possiedono maggiori informazioni, ma condividono un'idea di salute che le porta a esprimere una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica cioè di significati e simboli legati alla loro stessa identità. Ne consegue che l'individuo che si rivolge al medico è costantemente alla ricerca di una risposta che non è mai compiuta, proprio perché scaturisce da un desiderio di salute totale. Al medico si richiede una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che, tuttavia, contrasta con la profondità della domanda, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente disagio e con fenomeni sempre più ampi di burn out (Vicarelli 2010). Il medico delle società post-moderne, infatti, condivide la spinta culturale al benessere e alla salute totale, ma di fronte a essa riconosce i propri limiti e la mancanza di risposte non solo adeguate, ma spesso anche solo coordinate con altri o-

operatori in grado di offrirle. Né va dimenticato che nella relazione medico-cittadino l'associazionismo dei pazienti diviene, con il tempo, capace di maggiore rappresentanza e difesa delle aspettative di salute, sia direttamente, sia indirettamente attraverso i mass media (Spina 2012). Infine, ancor più problematica appare l'influenza culturale derivante dal mito dell'ideologia scienziata. Anche se il mito del progresso è crollato e il futuro è diventato imprevedibile, l'ideologia scienziata non solo è ancora presente nelle società occidentali, ma in un certo senso si è resa autonoma, proclamando come un'evidenza incontrovertibile che «tutto è possibile» o che dovrebbe esserlo (Benasayag, Schmith 2003). D'altro canto essa è andata coniugandosi negli ultimi decenni del Novecento con l'ideologia neoliberista secondo cui il principio di libertà ha un valore superiore al principio di uguaglianza e di fraternità, trovando il suo fondamento nei rapporti di tipo contrattuale. Questi ultimi stabiliscono una relazione simmetrica tra medico e paziente in quanto non esiste tra i due una differenza in grado di instaurare automaticamente un'autorità e di costituire un senso e un contesto propizi alla relazione. Una società, tuttavia, in cui i meccanismi di autorità sono indeboliti, lungi dall'inaugurare un'epoca di libertà entra in un periodo di arbitrarità e di confusione. Questa società, infatti, oscilla costantemente tra due tentazioni, quella della coercizione e quella della seduzione di tipo commerciale. Ne deriva che la domanda di salute tende a essere libera poiché svincolata da ogni limite morale, oltre che economico, e illimitata poiché sempre nuove appaiono le frontiere che la tecnica e la scienza sembrano in grado di abbattere. Una situazione che accresce il disagio della professione.

### **3. Tre nodi concettuali per il nuovo «contratto sociale» dei medici**

I processi di trasformazione in atto e le difficoltà che i medici esprimono in rapporto alla propria professione portano con sé almeno tre conseguenze in termini concettuali. Se è vero, infatti, che i moderni sistemi sanitari hanno creato condizioni di crisi per la professione medica, è ancorché possibile che da esse scaturiscano nuove opportunità. Infatti, sono i caratteri delle stesse domande di salute dei cittadini, corrispondenti al crescente dominio di nuove tecniche e scienze in campo sanitario e gestionale, che sembrano richiedere un nuovo «contratto sociale» tra medici e Stato.

La prima conseguenza concettuale connessa al principio della responsabilità riguarda il senso dell'altro e cioè la relazione come principio fondante ogni società. Da questo punto di vista si tratta di andare al di là di una concezione che fa perno sulla società come totalità, così come di una concezione che fa perno sulla pluralità dei singoli, per trovare, come scrive Elias, «la società degli individui» cioè delle configurazioni che costantemente si creano e si distruggono in termini di relazioni sociali (Elias 1990). In questa prospettiva, la responsabilità terapeutica del medico deve accettare i limiti e le opportunità di una società dinamica, plurale, entro cui tutti i soggetti della relazione sono in movimento poiché stabiliscono contatti e connessioni meno rigide che in passato, ma non per questo prive di significato. Si tratterà, dunque, per i medici di interpretare e forgiare la responsabilità terapeutica mediante contratti meno vincolanti e univoci, ma non privi di regole, né tantomeno di valori sociali condivisi.

Tale idea di responsabilità conduce, nel secondo livello di analisi, al concetto di agire organizzativo (Thompson 2002), cioè di dialettica continua tra il soggetto-attore e la costruzione delle sue azioni. Se è vero, infatti, che gli individui attraverso le loro relazioni costruiscono reti stabili e routinarie di azioni, creando organizzazioni, istituzioni, sistemi sociali, è altrettanto vero che tali strutture relazionali spesso costituiscono il contesto e la barriera ad azioni e relazioni future che ne sono influenzate. Ne deriva che le organizzazioni sono configurazioni relazionali e decisionali in cui non prevalgono né le logiche sistemiche, né quelle individuali, ma processi di interazione continua tra nuove e vecchie routine, nuove e vecchie modalità di risposta a esigenze che vengono reinterpretate da attori capaci di rispondere con le proprie strategie ai vincoli posti dal contesto. È in questi termini, dunque, che la *clinical governance* e il management sanitario si propongono come nuove opportunità di scelta, valutazione e cambiamento delle organizzazioni sanitarie che partono dalle finalità del benessere collettivo, ma che non prescindono dai limiti economici e finanziari degli attuali sistemi di welfare. Una modalità, cioè, processuale di cui i medici possono essere i primi attori assieme a tutti gli altri operatori del pianeta salute.

Da qui nasce l'importanza di una razionalità ancorata a valori condivisi e accettati dalle configurazioni sociali presenti. La razionalità rispetto al valore, in altri termini, diviene, forse, la forma di razionalità cui guardare oggi in un mondo che ha lasciato alle spalle il dominio dell'azione tradizionale e che sperimenta ormai da troppo tempo il solo dominio dell'azione razionale

rispetto allo scopo (razionalità economica) (Weber 1974). Proprio in quanto posta a metà tra l'uno e l'altro dominio, essa può divenire la guida di una società che tenta di evitare i rischi delle appartenenze ascrittive, ma anche i pericoli delle libertà assolute. In questa logica i sistemi di welfare in quanto forme di risposta ai problemi intrinseci di sicurezza e benessere sociali sembrano strumenti di «razionalità rispetto al valore» che vanno continuamente costruiti e decostruiti, ma non certamente abbandonati. Di nuovo, i medici possono essere di tali sistemi uno, ancorché non l'unico, dei pilastri principali, essendo più di altri i diretti interpreti del bisogno di salute della popolazione e della sua costante ricerca di soluzione.

In definitiva, se allo sforzo effettuato dai governi europei negli anni novanta di innovare e non eliminare o ridurre i sistemi di protezione sociale avviati all'inizio del Novecento, corrisponderà da parte delle professioni mediche un eguale sforzo di rivisitazione e innovazione del proprio ruolo professionale e sociale, è probabile che l'Europa e l'Italia con essa riescano a garantire ancora ai propri cittadini un livello adeguato di copertura sanitaria e, probabilmente, una salute più rispettosa dei diritti fondamentali degli uomini.

#### **4. La riforma degli Ordini per le professioni sanitarie**

È in questo contesto che l'attuale riforma degli Ordini professionali, in discussione alla Camera, appare parzialmente inadeguata. In primo luogo la ridenominazione degli attuali Collegi (ad esempio delle ostetriche, degli infermieri ecc.) in Ordini professionali risulta essere una operazione nominalistica poiché dal punto di vista giuridico statutario e organizzativo i due enti sono già identici. Quindi è una operazione priva di esiti pratici, ma che potrà essere oggetto di una propaganda ingannevole nell'ottica di chi teorizza il «riscatto» degli infermieri rispetto ai medici, enfatizzando una relazione più conflittuale che collaborativa o di distanziamento su posizioni reciprocamente corporative piuttosto che di effettivo lavoro integrato per il bene dei cittadini (Cavicchi 2017).

In secondo luogo, la proposta di legge è volta a riconoscere gli Ordini come enti pubblici sussidiari. Ciò significa che accanto alle funzioni tradizionali di governo deontologico, governo dell'albo, tutela della professione verrebbero a porsi funzioni più amministrative relative alla formazione e alla sua certificazione. Si tratta di attività che potrebbero avere un valore strate-

gico se fossero finalizzate a comprendere e modificare i processi organizzativi entro cui i medici si trovano a lavorare, attraverso una nuova riflessività in merito ai cambiamenti nel professionalismo medico. Tuttavia questo percorso richiederebbe una costruzione di relazioni e di reti meso-organizzative tra soggetti diversi (gli Ordini, le università, le aziende sanitarie, le regioni) che non è prevista nella normativa e che a tutt'oggi risulta particolarmente difficile vista l'autoreferenzialità dei diversi attori in campo. Il rischio è che le nuove funzioni diano adito a procedure più o meno formali, con esiti certificativi (e di valore economico) più che a nuova regolazione della professione.

Infine, la normativa affida al codice deontologico un ruolo cruciale con aspettative forse eccessive sul piano organizzativo. Come fa notare Benci (2016) se da un lato si vuole combattere il fenomeno del pluralismo deontologico affidandone l'attribuzione solo alla Federazione nazionale degli Ordini, dall'altro, il legislatore tenta di attribuire ai codici deontologici – nel caso degli Ordini multialbo – un compito che il codice di per se non avrebbe laddove prevede di fargli «definire aree condivise tra le diverse professioni» con il dichiarato scopo di identificare sia le «attività svolte da équipe multiprofessionali», sia le relative responsabilità che devono essere «chiaramente identificate ed eticamente fondate».

Ancor più grave appare il fatto che le nuove norme non sembrano andare nella direzione di rivitalizzare gli Ordini professionali rendendoli la casa comune dei professionisti che se ne sentono effettivamente rappresentati. Il d.d.l. Lorenzin lascia, infatti, inalterato il sistema elettorale che prevede l'elezione dei membri solo a livello territoriale (che resta quello provinciale) e solo per il Consiglio direttivo e per i revisori dei conti. Sarà poi il Consiglio direttivo a distribuire le cariche di presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere. Solo i presidenti di Ordine voteranno il livello centrale – chiamato ancora Comitato centrale – di quindici persone e solo le quindici persone voteranno i vertici. In questa prospettiva il nodo storico tra Ordini medici e sindacati continua a restare irrisolto. Se, infatti, in epoca fascista furono i sindacati a inglobare le attività ordinistiche, nel secondo dopoguerra lo schema venne rovesciato poiché furono gli Ordini locali ad aiutare in molti casi la formazione dei nuovi sindacati di categoria. Anzi, la convergenza tra gli Ordini e i sindacati si rafforzò anche grazie alla sovrapposizione delle cariche direttive sindacali con quelle ordinistiche (Malatesta 2010). Negli ultimi anni, la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del Servizio sanitario

hanno profondamente mutato gli equilibri della rappresentanza sanitaria, accrescendo di nuovo la forza dei sindacati che influiscono ora sulle stesse cariche ordinistiche. Non aver affrontato in modo diretto il tema delle modalità di elezione degli organi degli Ordini, lascia dunque aperta questa problematica.

È in questo quadro, dunque, che ci si può interrogare sul modo in cui i giovani medici si avvicinano agli Ordini professionali poiché saranno loro a vivere, ancor più degli altri, la nuova normativa ora in discussione

## **5. I giovani medici e la rappresentanza. Una ricerca empirica**

Nell'aprile 2013 il Centro di ricerca e servizio sull'Integrazione socio-sanitaria (Criss) dell'Università politecnica delle Marche, insieme all'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Ancona, ha realizzato una ricerca che ha coinvolto i medici iscritti nel decennio 2001-2011. La ricerca è derivata da due ordini di motivazioni. Il primo è riconducibile alla volontà di conoscere il modo in cui i giovani medici, cresciuti all'interno di un contesto sanitario profondamente trasformato rispetto al passato, si relazionano con la realtà professionale nella quale sono inseriti; il secondo rimanda alla necessità di valutare la percezione dei medici rispetto all'unitarietà della professione, al senso di appartenenza e all'autonomia professionale<sup>2</sup>. È in questa sezione della ricerca che sono stati raccolti dati sull'associazionismo sindacale e sugli Ordini.

I giovani medici che hanno partecipato alla ricerca mostrano, in primo luogo, un forte radicamento nel territorio di appartenenza: sono nati nella regione Marche, vi hanno frequentato l'università e i corsi di formazione post-laurea e vi svolgono in modo prevalente la loro attività, sebbene presentino un elevato livello di internazionalizzazione testimoniato dall'attività di formazione svolta all'estero e dalla conoscenza di lingue straniere. Essi evidenziano, in secondo luogo, un elevato tasso di auto-reclutamento, ovve-

<sup>2</sup> Utilizzando un database contenente l'universo di coloro che si sono iscritti all'Ordine di Ancona nel periodo prescelto (2001-2011), è stato effettuato un campionamento probabilistico del 20 per cento mantenendo la proporzionalità rispetto alla variabile di genere e all'anno di iscrizione. Ai professionisti selezionati (pari a 131, di cui 84 femmine, e con un'età media di 33,7 anni) è stato somministrato un questionario, appositamente realizzato, composto da 95 quesiti suddivisi in quattro sezioni (Spina 2013).

ro una elevata presenza di medici nel sistema parentale, che fornisce capitale sociale e culturale, facilitando l'accesso al mondo del lavoro e il percorso di carriera. Risulta confermata anche, come terzo elemento identificativo, la progressiva tendenza alla femminilizzazione della professione (le donne medico rappresentano il 64,1 per cento del campione), anche se la scelta di carriera non compromette più, come in passato, la dimensione di vita personale (le donne si sposano più dei colleghi e fanno mediamente più figli).

Benché il periodo di tempo atteso per raggiungere la posizione lavorativa attualmente ricoperta si attesti mediamente attorno ai tre anni, appare buona l'occupabilità offerta dal settore, considerato come soltanto il 2,3 per cento dei medici non eserciti l'attività. Tra quanti lavorano il 72,1 per cento lavora nel settore pubblico, il 14 per cento si divide tra il settore pubblico e quello privato e il 7,8 per cento opera esclusivamente in quest'ultimo ambito; guardando all'ente di appartenenza la maggior parte dei medici lavora in ospedale (40,2 per cento), seguiti da quanti esercitano presso gli ambulatori di medicina generale (12,6 per cento) e presso le Asl (8,7 per cento).

Oltre il 40 per cento dei giovani medici anconetani ritiene di lavorare più ore di quanto dovrebbe: vedono mediamente 53 pazienti a settimana, lavorano oltre 39 ore, dedicano all'attività lavorativa circa 8 ore del loro tempo libero e a ciò si aggiungono turnazioni talvolta pesanti svolte di notte e nel week end. Ciò determina alti livelli di stress il quale si manifesta nella sensazione, piuttosto frequente, di sentirsi emotivamente svuotati dal lavoro, usati, eccessivamente sotto pressione e stanchi all'idea di dover affrontare un altro giorno sul posto di lavoro. A rendere ulteriormente pesante la situazione vi è la percezione di svolgere una quantità eccessiva di lavoro burocratico (61,9 per cento) e di routine (50 per cento) e di dedicare all'attività clinica poco tempo rispetto a quello riservato ad adempimenti non assistenziali (59,8 per cento).

Guardando alle relazioni instaurate nei luoghi di lavoro, esse appaiono complessivamente soddisfacenti. I pazienti rappresentano gli interlocutori da cui viene tratta la maggiore soddisfazione; questi, tuttavia, vengono visti come una minaccia all'autonomia professionale dal 69,5 per cento dei medici. Soddisfacenti anche i rapporti con i colleghi, sia con quelli che lavorano nella medicina generale, sia con i medici di altre specializzazioni; il 66,7 per cento dei medici ritiene inoltre di ricevere un buon supporto dai colleghi più esperti, mentre il 63,6 per cento si sente supportato dal personale infermieristico. A fronte della soddisfazione tratta dai rapporti interperso-

nali, soltanto un quarto dei medici intervistati, tuttavia, ritiene di essere sostenuto dall'organizzazione sanitaria e poco più del 40 per cento valuta soddisfacenti i rapporti con l'ospedale.

L'indagine evidenzia un indebolimento dell'autonomia professionale, che appare minacciata, più che in passato, da una serie di sfide. Il pericolo principalmente avvertito sembra riguardare la sfera organizzativa, gestionale e politica del lavoro, considerando come i medici si sentono minacciati dai manager sanitari (81 per cento), dalla legislazione nazionale (73 per cento) e dal ceto politico locale (71,2 per cento). Anche il pericolo consumista appare particolarmente avvertito: i pazienti e i loro familiari, le associazioni di tutela dei diritti del malato e i mass media sembrano mettere in discussione l'autonomia professionale dei giovani professionisti (rispettivamente 70,8, 61,1 e 80,3 per cento). Non sembra, invece, rappresentare una fonte di indebolimento del potere medico il processo di crescita professionale vissuto dalle occupazioni sanitarie non mediche: oltre la metà degli intervistati ritiene che tali profili abbiano acquisito la loro autonomia professionale anche se dovrà passare del tempo prima che si realizzino cambiamenti sostanziali.

Guardando al modello di sistema sanitario emerge come, nonostante il 72 per cento dei medici lavori in ambito pubblico, resti ferma al 57 per cento la percentuale di quanti manifestano la preferenza per questo tipo di sistema sanitario; il 29 per cento è proteso verso un modello misto e appena l'8,5 per cento si schiera in favore della sanità privata. Molti degli intervistati pensano, infine, che l'attuale sistema sanitario debba essere contraddistinto da una maggiore organizzazione finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi; viene altresì richiamata l'opportunità che esso presti maggiore attenzione all'utenza e ai bisogni che essa manifesta, che sia quindi più accessibile e fruibile, che garantisca l'equità e che mantenga un carattere universalistico.

Come è noto il personale medico può contare su un doppio canale di rappresentanza: quello professionale, offerto dall'Ordine, che è espressione delle istanze di legittimazione e posizionamento sociale, e quello di tipo scientifico e sindacale, più attivo nella difesa dei diritti dei lavoratori e nel miglioramento delle pratiche e conoscenze cliniche. Se, nel primo caso, l'adesione è obbligatoria e propedeutica alla possibilità di esercitare la professione, nel secondo caso l'iscrizione è del tutto libera. Guardando a questo secondo canale di rappresentanza, dall'indagine emerge come il 55 per cen-

to degli intervistati non sia mai stato iscritto ad alcuna associazione professionale né a un sindacato, percentuale che sale al 58 per cento se si sommano quanti sono stati iscritti in passato ma non lo sono più attualmente. Soltanto il 10,7 per cento è iscritto sia a un'associazione che a un sindacato, il 22,1 per cento aderisce a una società scientifica mentre il restante 9,2 per cento è iscritto soltanto al sindacato. Le donne mostrano un maggior grado di adesione a tali realtà associative.

Il questionario cercava di far emergere l'opinione degli intervistati chiedendo loro di esprimere il grado di accordo o disaccordo rispetto all'eventualità che l'Ordine professionale si occupasse di una serie di questioni (tabella 1). In questo quadro appare piuttosto sentita dai rispondenti l'esigenza che l'Ordine si occupi delle problematiche previdenziali oltre che della definizione del fabbisogno di professionalità mediche e del futuro occupazionale (rispettivamente 99,2 per cento e 97,6 per cento). Guardando al primo aspetto si può supporre che a incidere sul dato siano in particolare due fattori: il primo va individuato nella crisi economica attraversata dal paese che, seppur in misura minore rispetto ad altri settori occupazionali, interessa anche la professione medica; il secondo fattore, strettamente collegato al precedente, è riconducibile all'aumento del precariato, legato al maggiore ricorso a forme contrattuali flessibili. In relazione al problema, piuttosto sentito, della programmazione del fabbisogno di professionalità si può ipotizzare, invece, che derivi dallo scarso raccordo tra il ministero della Salute e quello dell'Università, come è stato più volte denunciato anche dal vicepresidente del Sindacato italiano giovani medici (Sigm). Se, infatti, il ministero della Salute programma tale fabbisogno di concerto con le regioni, è il ministero dell'Università a stabilire il numero di accessi alle scuole di specialità, adottando come criterio le capacità formative delle scuole stesse, spesso non corrispondenti con le esigenze programmatiche del servizio sanitario. A fronte di tali difficoltà non stupisce che i giovani professionisti anconetani chiedano all'Ordine di intervenire sulla questione per orientarli nelle scelte di carriera, indicando loro i settori specialistici in cui si manifesta il più elevato fabbisogno (Vicarelli, Pavolini 2015).

Un ulteriore aspetto sul quale, secondo i rispondenti, l'Ordine dovrebbe impegnarsi attivamente riguarda la predisposizione di un adeguato sistema formativo-professionalizzante che sia in linea con gli standard europei (96 per cento). Superiore al 90 per cento è la percentuale di quanti si dichiarano d'accordo rispetto alla eventualità che l'Ordine si impegni nel reperimento

*Tab. 1 – Percezione rispetto all'impegno che l'Ordine dovrebbe avere in relazione agli aspetti indicati, per professione (%)*

	MOLTO/ ABBASTANZA	POCO/ PER NIENTE
LA SENSIBILIZZAZIONE RISPETTO ALLE PROBLEMATICHE PREVIDENZIALI	99,2	0,8
LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PROFESSIONALITÀ MEDICHE E FUTURO OCCUPAZIONALE	97,6	2,4
LA PREDISPOSIZIONE DI UN ADEGUATO SISTEMA FORMATIVO-PROFESSIONALIZZANTE IN LINEA CON GLI STANDARD UE	96,1	3,9
IL REPERIMENTO DI RISORSE NECESSARIE ALLA FORMAZIONE, ALLA RICERCA E ALLA FORMAZIONE IN FUNZIONE DELLA PRODUTTIVITÀ E DEL MERITO	92,9	7,1
LE MODALITÀ DI ACCESSO AL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	78,0	22,0

*Fonte:* nostra elaborazione.

di risorse necessarie alla formazione e alla ricerca e che le investa in funzione della produttività e del merito degli iscritti. Relativamente meno avvertito, invece, è il bisogno che l'Ordine si occupi delle modalità di accesso ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione (78 per cento).

Passando a osservare l'interazione diretta tra professionisti e Ordine è bene ricordare che l'iscrizione all'Ordine è una prassi necessaria per poter esercitare la professione medica, tuttavia, la partecipazione alle attività che esso organizza non è affatto scontata. Oltre il 90 per cento degli intervistati conosce il sito internet dell'Ordine provinciale, che viene visitato con una certa assiduità, e circa il 70 per cento è iscritto alla mailing list, ricevendo puntualmente la newsletter. Tuttavia, il 65,3 per cento non ha mai votato per il rinnovo delle cariche ordinistiche e piuttosto ridotta risulta essere anche la percentuale di quanti hanno partecipato almeno una volta all'assemblea annuale dell'Ordine provinciale, di poco inferiore al 30 per cento; in entrambi i casi sono gli uomini a essere meno partecipativi rispetto alle colleghe. Piuttosto scarsa risulta essere anche l'interazione diretta tra i professionisti e il loro organismo di rappresentanza: l'82,3 per cento dei medici non si è mai rivolto all'Ordine per la risoluzione di problematiche inerenti la professione e il 94,6 per cento non ha mai richiesto un colloquio con il Presidente. Il 67,4 per cento non ha mai usufruito, infine, dei servizi messi a disposizione: tra quanti lo hanno fatto prevalgono nettamente le donne sugli uomini (37,3 e 23,9 per cento).

I dati appena discussi possono essere integrati dagli esiti del quesito che lasciava ai rispondenti la libertà di indicare le tre funzioni prioritarie che l'Ordine professionale dovrebbe avere. Pur nella difficoltà di accorpare le risposte fornite, data l'eterogeneità e il grado di dispersione che queste hanno fatto registrare, si è tentato di classificarle all'interno di alcune macrodimensioni.

Tra i medici è piuttosto avvertita la necessità che l'Ordine svolga le funzioni per cui è stato originariamente costituito ovvero quelle di tutela, intesa come difesa degli interessi professionali, e di rappresentanza della categoria. Molto sentita tra gli iscritti è l'esigenza che tale organismo veicoli le informazioni professionali, rendendole fruibili attraverso canali di comunicazione agevoli; non è un caso che la quasi totalità dei rispondenti conosca e visiti con una certa frequenza il sito internet. Anche la funzione di supporto è ritenuta particolarmente importante; in questo caso il sostegno è inteso in modo ampio: dalle forme di supporto per l'inserimento nel mondo del lavoro, fino all'aiuto nella risoluzione di problematiche di natura legale o burocratica. Molti ritengono, inoltre, che l'Ordine debba rappresentare un punto di riferimento per quanto riguarda le possibilità di formazione e di aggiornamento delle conoscenze/competenze professionali. Molti, infine, credono che l'Ordine debba avere funzioni di vigilanza sull'operato professionale e di controllo sul rispetto della deontologia, garantendo così il mantenimento del prestigio e del decoro della professione medica.

## **6. Quale futuro per la rappresentanza professionale? Alcune considerazioni**

L'indagine, seppur circoscritta territorialmente e limitata in termini quantitativi, rimanda l'immagine di giovani medici complessivamente soddisfatti dell'attività svolta e delle relazioni instaurate nei luoghi di lavoro, benché stanchi e stressati dal notevole carico di lavoro. I dati relativi alla rappresentanza ordinistica ci dicono che i giovani partecipano poco alla vita associativa e la principale ragione risiede, oltre che nella scarsità di tempo a disposizione, nella sfiducia nutrita in istituzioni che considerano autoreferenziali e obsolete nel loro funzionamento. Essi, tuttavia, non escludono un impegno in tal senso in futuro, animati dalla speranza di poter contribuire a un reale miglioramento dell'organismo di rappresentanza, sia nel merito delle funzioni cui è deputato, sia in termini di un rinnovamento generale, incluso quello gene-

razionale. In molti, infatti, si sono detti disponibili a prendere parte a una eventuale task force ordinistica in grado di attivarsi rapidamente su problematiche sanitarie, dimostrando un senso di responsabilità personale nel contribuire al miglioramento delle dinamiche professionali. Le motivazioni prevalenti sono ascrivibili, da un lato, alla necessità che l'Ordine dia risposte più rapide di fronte al disagio dei giovani medici e che valorizzi e risolva problematiche quali a esempio quelle legate al precariato e/o alla maternità. Dall'altro, l'impegno deriva anche dall'esigenza di mettersi in gioco, con le proprie capacità, per migliorare il sistema nel suo complesso. Altri giovani, tuttavia, non credono che si possa effettivamente avviare un cambiamento di quella che un intervistato ha definito «una struttura burocratica che, per sua stessa natura, non può agire in modo rapido» senza il reale interesse dei poteri politici; in definitiva, per usare ancora le parole dei giovani medici, un eventuale impegno sarebbe escluso perché non si ha fiducia «nella possibilità di significativi cambiamenti che non siano imposti dall'alto».

Queste le percezioni dei giovani medici di Ancona rispetto all'Ordine professionale, valutazioni raccolte, è bene ricordarlo, prima della riforma attualmente al vaglio. Viene spontaneo chiedersi, dunque, come i rispondenti potranno accogliere le norme di riforma, se vedranno in esse una reale opportunità di cambiamento o se, per contro, esse deluderanno le loro aspettative contribuendo a frenare ulteriormente ogni intento partecipativo. È sperabile che non si vada verso quest'ultima posizione.

### Riferimenti bibliografici

- Aasland O.G. (2015), *Healthy Doctors - Sick Medicine*, in *Professions & Professionalism*, vol. 5, n. 1, pp. 1-14.
- Audet A.M. et al. (2005), *Measure, Learn, and Improve: Physicians' Involvement in Quality Improvement*, in *Health Affairs*, vol. 24, n. 3, pp. 843-853.
- Benasayag M., Schmith G. (2003), *L'epoca delle passioni tristi*, Milano, Feltrinelli.
- Benci L. (2016), *Riforma degli Ordini. Vera riforma o solo restyling?*, in *QuotidianoSanità*, 12 giugno 2016, [http://www.quotidianosanita.it/stampa\\_articolo.php?articolo\\_id=40595](http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=40595).
- Causer G., Exworthy M. (1998), *Professionals as Managers across the Public Sector*, in Exworthy M., Halford S. (a cura di), *Professionals and Managers in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press, pp. 83-101.

- Cavicchi I. (2017), *Riforma degli Ordini. Quella in discussione è una proposta molto al di sotto dei problemi reali*, in *QuotidianoSanità*, 12 gennaio, [http://www.quotidianosanita.it/stampa\\_articolo.php?articolo\\_id=46803](http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=46803).
- Cimo - Coordinamento italiano medici ospedalieri (2013), *Indagine riguardo le aspettative, le risorse e le reali possibilità che offre oggi la professione medica*, [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=17103](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=17103).
- Elias N. (1990), *La società degli individui*, Bologna, il Mulino; ed. or.: *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1987.
- Evetts J. (2011), *A New Professionalism? Challenges and Opportunities*, in *Current Sociology*, vol. 59, n. 4, pp. 406-422.
- Filc D. (2006), *Physicians as «Organic Intellectuals». A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate*, in *Acta Sociologica*, vol. 49, n. 3, pp. 273-285.
- Freidson E. (2001), *Professionalism, the Third Logic*, Cambridge, Polity Press.
- Gabel S. (2012), *Demoralization: A Precursor to Physician Burnout*, in *American Family Physician*, vol. 86, n. 9, pp. 861-862.
- Gleichgerrcht E., Decety J. (2013), *Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress In Physicians*, in *PLoS One*, vol. 8, n. 4, pp. 615-626.
- Haug M.R. (1972), *Deprofessionalization: an Alternate Hypothesis for the Future*, in *The Sociological Review Monograph*, vol. 20, n. 1, May, pp. 195-211.
- Konrad T.R. (2015), *Measures, Methods, and Models of Doctor Satisfaction: Future Research Challenges*, in *Professions & Professionalism*, vol. 5, n. 1, pp. 1-16, [www.professionsandprofessionalism.com](http://www.professionsandprofessionalism.com).
- Levay C., Waks C. (2009), *Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare*, in *Organization Studies*, vol. 30, n. 5, May, pp. 509-527.
- Malatesta M. (2010), *Il riconoscimento pubblico della professione: la costituzione e la ricostituzione degli Ordini dei medici*, in *La professione. Medicina, scienza, etica e società*, vol. 2, n. 2, pp. 127-147.
- Martinussen P.E., Magnussen J. (2011), *Resisting Market-Inspired Reform in Healthcare. The Role of Professional Subcultures in Medicine*, in *Social Science & Medicine*, vol. 73, n. 2, July, pp. 193-200.
- Maslach C., Jackson S.E. (2013), *Burnout in the Health Professions. A Social Psychological Analysis*, in Sanders G.S., Suls J. (a cura di), *The Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, pp. 222-254.
- McKinlay J.B., Marceau L.D. (2011), *New Wine in an Old Bottle. Does Alienation Provide an Explanation of the Origins of Physician Discontent?*, in *International Journal of Health Services*, vol. 41, n. 2, pp. 301-335.

- McKinley J., Stoekle J. (1988), *Corporatization and the Social Transformation of Doctoring*, in *International Journal of Health Services*, vol. 18, n. 2, April, pp. 191-205.
- Muzio D. et al. (2011), *Professions, Organizations and the State. Applying the Sociology of the Professions to the Case of Management Consultancy*, in *Current Sociology*, vol. 59, n. 6, November, pp. 805-824.
- Noordegraaf M. (2007), *From «Pure» to «Hybrid» Professionalism: Present-day Professionalism in Ambiguous Public Domain*, in *Administration and Society*, vol. 39, n. 6, pp. 761-785.
- Noordegraaf M. (2011), *Remaking Professionals? How Associations and Professional Education connect Professionalism and Organizations*, in *Current Sociology*, vol. 59, n. 4, July, pp. 465-488.
- Parker M., Dent M. (1996), *Managers, Doctors and Culture. Changing an English Health District*, in *Administration & Society*, vol. 28, n. 3, November, pp. 335-361.
- Pavolini E., Vicarelli G. (2013), *Una danza generativa: lo studio della sanità in Italia fra management, professioni e politica*, in Rivista delle politiche sociali (a cura di), *Classe dirigente pubblica*, Ediesse, Roma, pp. 187-209.
- Ritzer G., Walczak D. (1988), *Rationalisation and the Deprofessionalisation of Physicians*, in *Social Forces*, vol. 67, n. 1, September, pp. 1-22.
- Spina E. (2012), *L'auto-mutuo aiuto: lineamenti storici in una prospettiva internazionale*, in Giarelli G. et al. (a cura di), *La sfida dell'auto-mutuo aiuto. Le associazioni di cittadini e il sistema sociosanitario*, Roma, Carocci, pp. 17-67.
- Spina E. (2013), *Identità, pratica professionale e aspettative dei giovani medici chirurghi e odontoiatri dell'Ordine provinciale di Ancona*, in *Medici&Medici*, n. 12, pp. 1-46.
- Thompson J.D. (2002), *L'azione organizzativa*, Milano, Isedi.
- Vicarelli G. (2006), *Le domande dei cittadini e le responsabilità dei medici. Verso un nuovo contratto sociale tra medici e welfare in Europa*, in Giarelli G., Geyer S. (a cura di), *Prospettive europee sui sistemi sanitari che cambiano*, Milano, Franco Angeli, pp. 83-100.
- Vicarelli G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma, Carocci.
- Vicarelli G. (2012), *[Medici e manager]. Verso un nuovo professionalismo?*, in *Cambio*, vol. 2, n. 3, pp. 125-136.
- Vicarelli G. (2016), *Stress, burnout e insoddisfazione dei medici: un campo di indagine aperto*, in *Prisma*, in corso di stampa.
- Vicarelli G., Pavolini E. (2015), *Health Workforce Governance in Italy*, in *Health Policy*, n. 119, pp. 1606-1612.

- Wallace J.E., Lemaire J. (2007), *On Physician Well Being you'll get by with a Little Help from Your Friends*, in *Social Science & Medicine*, vol. 64, n. 12, pp. 2565-2577.
- Weber M. (1974), *Economia e società*, Milano, Edizioni di Comunità.
- Zwack J., Schweitzer J. (2013), *If Wvery Fifth Physician is affected by Burnout, what about the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians*, in *Academic Medicine*, vol. 88, n. 3, pp. 382-389.

### ABSTRACT

*Il d.d.l. n. 1324 contenente disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie, approvato dal Senato nel maggio 2016, è attualmente in discussione alla Camera. A parere di molti la nuova normativa non sarebbe in grado di cogliere le trasformazioni che vanno coinvolgendo la professione medica, da un lato, e i sistemi sanitari, dall'altro. In questo contesto, ci si può chiedere quale sia la posizione dei giovani medici che, entrati da poco nella professione, ne saranno i maggiori esponenti nei prossimi decenni. I risultati di una indagine, svolta presso un campione di medici della provincia di Ancona, getta uno sguardo su un tema tanto rilevante quanto poco affrontato dalla letteratura di settore.*

### MEDICAL PROFESSIONALISM AND REPRESENTATION: WHAT ROLE FOR PROFESSIONAL ASSOCIATIONS?

*The draft law n. 1324, that was approved by the Senate in May 2016, contains provisions for the reorganization of health professions. It is currently under discussion in the Chamber of Deputies. Several experts in this field think that the new rules would not be able to gather the changes that are involving both medical profession and health systems. In this context, one may ask what is the stance of young doctors who, having recently entering the profession, will be the main actors in the next decades. The results of a survey, that was carried out among young doctors of the province of Ancona, casts a glance on an issue that is as important as little addressed in the existing literature.*