



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Ancona**

CRISS

Centro di ricerca e servizio
sull'integrazione socio-sanitaria

Identità, pratica professionale e aspettative dei giovani medici chirurghi e odontoiatri dell'Ordine provinciale di Ancona



Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice Direttore

Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di Redazione

Marco Silvestrelli

Vice Coordinatori

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

Redazione

Maria Chiara Brugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Maria Beatrice Bilò

Segretario

Arcangela Guerrieri

Tesoriere

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Vincenzo Berdini

Francesco Braccioni

Anna Campanati

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Giovanni Petrucci

Bice Previtera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Revisore dei conti supplente

Maddalena Vichi

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Brugnami

Francesco Maria Montecchiani

Roberto Tartuferi

Presentazione

di Fulvio Borromei e Federico Fabbri4

Il perché di una ricerca

di Giovanna Vicarelli5

I giovani medici anconetani e il rapporto con la professione

di Elena Spina

1 Un ritratto7

2 Il percorso formativo10

2.1 Le motivazioni della scelta professionale10

2.2 L'università e la formazione post-laurea12

3 L'attività professionale16

3.1 L'ambito di lavoro e le tipologie contrattuali16

3.2 Il carico di lavoro e lo stress18

3.3 I contenuti dell'attività professionale21

3.4 Il rapporto con i pazienti23

3.5 L'ambiente di lavoro: le reti di relazione e le pari opportunità25

3.6 La soddisfazione lavorativa e il work-life balance29

4 I rapporti con l'Ordine professionale32

5 L'unitarietà professionale e l'identità corporativa37

6 Le sfide all'autonomia professionale41

Bibliografia

a cura di Stefania Sottili44

Questo numero è stato chiuso il

15 novembre 2013

Non ci si assume la responsabilità

di eventuali errori di stampa

La nostra ricerca

Quando il Consiglio dell'Ordine (OMCeO) di Ancona ha pensato di realizzare questa ricerca: "Identità, pratica professionale e aspettative dei giovani medici chirurghi e odontoiatri dell'Ordine provinciale di Ancona" si era posto come obiettivo di conoscere in maniera più dettagliata chi fossero gli iscritti all'Ordine nel decennio 2001-2011 affinché, da questa conoscenza potesse scaturire un progetto professionale per questi giovani professionisti che rappresentano il futuro della nostra sanità.

Ci si proponeva di offrire alla politica con questa identificazione dettagliata, puntuale, scientifica, scaturita da una importante collaborazione con il CRISS (Centro Interdisciplinare per la ricerca sulle integrazioni socio sanitarie) della professoressa Giovanna Vicarelli, un quadro preciso delle giovani professioni mediche e odontoiatriche della provincia.

Ritenevamo e riteniamo che sia ETICO interessarsi dei giovani professionisti partendo dal loro riconoscimento delle loro abilità professionali, dalla loro preparazione, dalle loro aspettative ed in sintesi di tutte le loro potenzialità affinché si possa progettare un futuro servizio sanitario regionale e nazionale consono ai principi etici che accompagnano da sempre la classe medica nel suo insieme.

La lettura di questa ricerca vi dirà il resto.

Il Presidente CAO
Dott. Federico Fabbri

Il Presidente OMCeO
Dott. Fulvio Borromei

*Care Colleghe e Colleghi,
Vi informo che dopo questa pubblicazione il Bollettino "Medici&Medici" sarà rinnovato nel suo formato e nel suo contenuto affinché possa essere sempre più uno strumento di conoscenza e di vicinanza dell'Ordine a tutta la professione.*

Il Coordinatore di Redazione
Dott. Marco Silvestrelli

Il perchè di una ricerca

Nell'aprile del 2011 l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Ancona ha siglato una convenzione con il Centro di ricerca e servizio sull'integrazione socio-sanitaria (CRISS) dell'Università Politecnica delle Marche, per la realizzazione di una ricerca sugli iscritti all'Ordine nel decennio 2001-2011.

La ricerca nasce da due ordini di motivazioni. Il primo è riconducibile alla volontà di conoscere il modo in cui i giovani medici ed odontoiatri, cresciuti all'interno di un contesto sanitario profondamente trasformato rispetto al passato, si relazionano con la realtà professionale nella quale sono inseriti: come vivono il rapporto con i pazienti, come valutano le relazioni con i colleghi e con le altre professioni sanitarie, come giudicano il carico di lavoro richiesto dalle organizzazioni presso le quali esercitano, quale è il grado di soddisfazione che ricavano dalla pratica quotidiana. Il secondo ordine di motivazioni rimanda alla necessità di valutare la percezione dei medici rispetto all'unitarietà della professione, al senso di appartenenza e all'autonomia professionale: dimensioni che sono alla base del professionalismo in generale e di quello medico in particolare. A tale scopo si è cercato di cogliere la posizione assunta dai neo-iscritti nei riguardi dell'Ordine professionale, per comprendere se esso venga o meno considerato come un interlocutore privilegiato, come un soggetto capace di accogliere le loro istanze, di rispondere alle loro esigenze e di favorire la coesione tra i membri; in definitiva, per valutare se vedano in esso un soggetto realmente rappresentativo. Di fronte alle sfide provenienti da un sistema sanitario e da una società in continua trasformazione il fine ultimo che l'Ordine professionale di Ancona si è posto è stato quello di aprire un dialogo con i giovani medici, offrendo loro la possibilità di esprimere le proprie posizioni, di manifestare eventuali criticità e di avanzare proposte affinché l'organismo deputato alla rappresentanza professionale possa mantenere il suo ruolo di guida e restare vicino alle esigenze dei propri iscritti.

L'indagine è stata condotta utilizzando una tecnica metodologica di tipo quantitativo, basata sulla auto-somministrazione di un questionario semi-strutturato da parte di un campione di medici e odontoiatri iscritti all'Ordine provinciale nel decennio 2001-2011. Stando ai dati FNOMCeO, aggiornati al Marzo 2012, l'Ordine della Provincia di Ancona conta complessivamente 3.390 iscritti (rappresentando lo 0,8% del totale dei medici in Italia che ammonta a 403.054 unità) con una composizione per genere e fasce di età che non si discosta di molto dal dato nazionale. Si è proceduto, quindi, ad effettuare un campionamento probabilistico a scelta ragionata, così da avere una popolazione di indagine che è risultata alla fine composta da 156 professionisti, di cui 131 medici e 25 odontoiatri, distribuiti, in percentuale del 20%, sia in base all'anno di iscrizione che al genere.

Il questionario è stato appositamente realizzato dall'unità di ricerca sulla base degli obiettivi perseguiti ed indicati dall'Ordine dei Medici provinciale e ai fini della lettura dei dati, i

due campioni, quello dei medici e quello degli odontoiatri, sono stati tenuti distinti per le peculiarità che caratterizzano ciascuna professione. Benché i dati raccolti siano stati, infatti, elaborati con la stessa metodologia e con l'utilizzo del medesimo dispositivo informatico (il programma statistico SPSS), essi sono stati disposti entro due database ed interpretati separatamente.

Per l'elaborazione dei dati si è scelto di procedere in modo da tener conto tanto dello status socio-economico della famiglia di origine sulla base dell'occupazione svolta dai genitori dei rispondenti, quanto dell'età dei rispondenti. Queste operazioni hanno permesso di individuare due variabili, quella di status socio-economico e quella di generazione (generazione X, ovvero i nati nel periodo compreso tra il 1965 e il 1977 e generazione Y, i nati nel periodo compreso tra il 1978 e il 1995) alla quale è stata aggiunta la variabile di genere.

Nel complesso, la ricerca di cui vengono qui presentati i primi risultati può ben essere considerata come una indagine, tra le prime nel suo genere, che si pone l'obiettivo di capire come saranno i medici del futuro tanto in termini di orientamenti ed aspettative verso il sistema sanitario pubblico che di posizioni nei riguardi delle strutture associative e di rappresentanza.

Giovanna Vicarelli

Direttore del CRISS, Università Politecnica delle Marche

I giovani medici anconetani e il rapporto con la professione

1. UN RITRATTO

Il primo dato significativo che emerge dall'indagine conferma la tendenza alla progressiva femminilizzazione della medicina: il 64,1% dei medici intervistati appartiene infatti al genere femminile. A riguardo va osservato come gli appartenenti al campione si siano iscritti all'università tra la metà degli anni '80 e i primi anni del 2000 quando si assiste, in Italia, ad un progressivo aumento delle iscrizioni femminili, la cui percentuale passa, come ricostruisce Vicarelli (2008a), dal 39% dell'anno accademico 1984-1985 al 60% di quello 2000-2001. Confrontando le due generazioni di medici emerge, tuttavia, una lieve riduzione della percentuale relativa ai camici rosa, che passa dal 65,5% della generazione X al 63,1% di quella Y. Benché si sia avviato da meno tempo, il processo di femminilizzazione sta interessando anche l'odontoiatria considerato come su 25 intervistati 11 siano femmine e 14 maschi (rispettivamente 44% e 56%). Tale dato è in linea con le rilevazioni dell'Ufficio statistica del MIUR che mostrano un incremento costante della quota di donne sul totale degli abilitati alla professione (le cui percentuali passano dal 35,9% del 2005 al 43,5% del 2009). Anche dai dati Fnomceo emerge una sostanziale parità di genere tra gli odontoiatri con meno di 29 anni (rispettivamente 787 e 783), nonostante che sul totale degli iscritti i camici rosa rappresentino soltanto il 23,1% (12.874 contro 42.822), dimostrando come tale settore occupazionale abbia iniziato ad interessare le donne in tempi relativamente recenti¹.

L'età media dei medici è di 33,7 anni, senza differenze tra uomini e donne; tra gli appartenenti alla generazione X il valore medio dell'età è di 37,7 anni, mentre, quanti appartengono alla generazione Y hanno 30,8 anni in media. Passando ad osservare il campione degli odontoiatri l'età media scende a 32,5 e risulta leggermente inferiore per le donne (31,8 contro 33 anni dei colleghi maschi).

Su 102 medici che hanno risposto al quesito volto a conoscere la cittadinanza, 101 hanno dichiarato di essere italiani, uno soltanto, invece, è cittadino libanese; l'80% è nato nella provincia di Ancona, percentuale che sale all'84% estendendo il luogo di nascita all'intera regione Marche. Tra gli odontoiatri 23 sono nati nella regione Marche (di cui 21 nella provincia anconetana) e 20 hanno dichiarato di avere la cittadinanza italiana (5 non hanno risposto al quesito).

Guardando allo stato familiare dei rispondenti emerge come il 65,1% dei medici sia coniugato o convivente, il 32,6% ha dichiarato di essere single e, infine, 3 sono separati o divorziati. Disaggregando il dato in base al genere degli intervistati si osserva come le donne co-

1. Dalla serie storica in possesso della Fnomceo emerge infatti come le dentiste over 59 siano solamente 544 contro 6.575 colleghi maschi a conferma di come fino agli anni Sessanta le donne prendessero scarsamente in considerazione questo tipo di carriera. A livello europeo la situazione sembrerebbe essere diversa. Nonostante i dati non siano ancora ufficiali, il gruppo di lavoro ERO (2012), *Women in dentistry*, sostiene che la percentuale femminile si attesti attorno al 60%: se nell'Europa occidentale (Svezia e Finlandia escluse) la professione è esercitata prevalentemente da uomini, nel resto dell'Unione sono in maggioranza donne, con picchi massimi in Estonia, Lituania e Polonia in cui le percentuali superano l'80%.

niugate/conviventi costituiscano il 72,6% del campione femminile mentre tra i colleghi maschi la percentuale di quanti hanno effettuato tale scelta è ferma al 51,1%. Benché circa i due terzi del campione siano sposati o convivano con il proprio partner, soltanto il 56,6% ha affermato di vivere nella famiglia che si è costruito, il 28,7% è rimasto all'interno del nucleo familiare d'origine mentre l'11,6% vive solo. Circa il 26% degli intervistati (pari a 33 unità) ha figli a carico: di essi poco più della metà ne ha uno, il 38,9% ne ha due e il restante 5,6% ne ha più di due. Anche in questo caso sono le donne a far registrare i valori percentuali più elevati rispetto ai colleghi (rispettivamente 30,1 % e 17,8%), valori che aumenterebbero ulteriormente se si aggiungessero le sei intervistate che hanno dichiarato di aspettare un figlio al momento della rilevazione. Il risultato emerso appare di indubbio interesse considerato come esso sia in controtendenza rispetto ad un passato non troppo lontano, quando le donne che sceglievano la carriera medica rinunciavano spesso alla vita matrimoniale e alla maternità. (Vicarelli, 1989:2003)

Passando ad osservare il campione composto dai dentisti, l'indagine evidenzia come 14 di essi, pari al 56% del totale, siano sposati mentre il restante 44% ha affermato di essere single; le donne coniugate sono percentualmente di più rispetto ai colleghi e più elevata è anche la percentuale di quante hanno dichiarato di vivere nella famiglia che hanno costruito con il partner. Complessivamente soltanto 6 professionisti su 25 hanno figli; sono le donne a far registrare a riguardo percentuali più elevate (44% contro 14,3% dei maschi).

Guardando allo status socio-economico della famiglia d'origine dei rispondenti, i dati emersi sembrano coerenti con i risultati portati alla luce da altri studi, italiani ed internazionali (FIMMG, 2002; Freidson, 2002; Adams, 1953), che ravvisano nella medio-alta borghesia il principale bacino di provenienza dei professionisti: 19 odontoiatri su 25 appartengono al ceto alto e i restanti 6 a quello medio. Il fatto che nessuno tra gli intervistati provenga da famiglie con uno status socio-economico basso appare abbastanza scontato se si considera come, in Italia, l'odontoiatria venga esercitata al 92% in regime libero-professionale (Fnomceo, 2011) e richieda dunque cospicui investimenti per improntare l'attività professionale. Tra i medici si osserva, in proposito, una minore chiusura sociale testimoniata dalla provenienza di alcuni di essi dal ceto meno abbiente: il 29% proviene da famiglie con uno status socio-economico alto, il 56,6% da famiglie con uno status medio, il 12,2% appartiene a famiglie con uno status sociale basso².

Al fine di osservare se vi sia la tendenza all'auto-reclutamento e per valutare, quindi, se siano attivi meccanismi di ereditarietà nella scelta professionale, si è scesi ad un maggior dettaglio esaminando l'occupazione svolta dai genitori dei rispondenti. Tale aspetto è, del resto, particolarmente indagato negli studi che hanno ad oggetto le professioni considerando come l'auto-reclutamento costituisca un parametro significativo nella valutazione dell'identità collettiva di un gruppo professionale. Guardando alla trasmissione diretta, l'indagine evidenzia come il 14,6% dei medici provenga da una famiglia in cui almeno uno dei genitori esercita la stessa professione medica, figura che nell'89,4% dei casi coincide con quella paterna (in un solo caso si tratta della madre, così come in un solo caso entrambi i genitori sono medici). Il dato sembra corrispondere con quello emerso da una ricerca condotta circa dieci anni fa in cui si osservava una crescita dell'auto-reclutamento negli ultimi 30 anni³. Se si analizza infatti il trend storico di tale tasso, ricostruito da Vicarelli (2008b), si nota

2. Per il 2,3% dei rispondenti, pari a 3 medici, lo status risulta indefinito poiché non è stata indicata l'occupazione svolta dai genitori.

3. La ricerca in questione è stata svolta nell'ambito di un Progetto di Rilevante Interesse Nazionale cofinanziato dal MUR nel 2002 e condotta effettivamente nel 2004. Nell'ambito di tale indagine sono state condotte due distin-

come esso assuma un andamento ad U: da molto elevato negli anni '30 del '900, tende a diminuire negli anni '60 e '70 per aumentare nuovamente nei decenni successivi. Speranza (2008) attribuisce le ragioni di tale trend ai cambiamenti sociali verificatisi in questo arco temporale: sul finire della prima delle tre fasi storiche individuate si sarebbero infatti attenuate le chiusure sociali che la caratterizzavano determinando, di conseguenza, una parziale riduzione delle disuguaglianze delle opportunità (Pisati, 2000). All'inversione di rotta verificatasi successivamente e, quindi, alla riaccutizzazione delle disuguaglianze e all'aumento dei tassi di auto-reclutamento, avrebbe contribuito la maggiore disoccupazione/sottoccupazione che ha interessato il settore della medicina. Ad affrontare un corso di studi relativamente lungo e dalle prospettive di lavoro non immediate sarebbero, quindi, nella fase tuttora in atto, quanti possono contare sui legami forti (Granovetter, 1974) garantiti dai loro genitori, detentori di informazioni e di capitale sociale da utilizzare per sostenere i figli nel percorso di carriera.

Se poi si estende l'osservazione al sistema allargato di parentela, la ricerca mostra come il 33,3% degli intervistati dichiara la presenza di altri medici in famiglia, confermando, come sostiene Vicarelli (2008b), l'esistenza di una rete professionale fitta ed estesa attorno ai medici. Si evidenziano in questo caso differenze di rilievo legate al genere dei rispondenti: il 38,6% delle donne contro il 23,9% degli uomini proviene infatti da famiglie di medici. Il dato può essere collegato alla progressiva femminilizzazione della medicina e al fatto che essa non pregiudica più, come accadeva in passato, il meccanismo di ereditarietà della professione.

Anche tra gli odontoiatri il tasso di auto-reclutamento appare piuttosto significativo: 7 su 25 provengono infatti da famiglie in cui il padre svolge, o ha svolto in passato, la professione medica/odontoiatrica⁴ e 11 intervistati hanno dichiarato che nel sistema allargato di parentela vi è la presenza di un collega. Non si dispone di serie storiche ufficiali per poter confrontare l'andamento di questo tasso nel tempo; si può presumere, tuttavia, che esso sia sempre stato piuttosto consistente e che a favorire l'ereditarietà della professione possano aver contribuito il carattere prevalentemente privato della pratica odontoiatrica e il conseguente investimento necessario per approntare l'attività.

Una informazione ancora più interessante è quella relativa al caso in cui il partner sia a sua volta medico, circostanza che interessa il 48,6% dei medici intervistati e il 28,6% degli odontoiatri (pari a 4 unità). Come segnala Bronzini (2006), la ragione principale che spiega l'elevata ricorrenza della doppia carriera in medicina deriva dalla natura della professione medica e dalle criticità che emergono nel coniugarla con la vita familiare: "la professione medica richiede, infatti, un forte investimento in termini di orari di lavoro e comporta un intenso coinvolgimento emotivo. Pertanto, la possibilità di conciliare un simile impegno con la prospettiva familiare risulta spesso problematica" (pp.127-128).

Il dato relativo ai medici si discosta in misura rilevante da quello emerso dalla già citata indagine in cui la percentuale di omogamia professionale dei medici anconetani era ferma al 10,3%, coinvolgendo le donne nel 15,4% dei casi e i maschi nell'8,2%. Dalla presente ricerca risulta, invece, come siano gli uomini a sposare di più donne che esercitano la loro

te survey. La prima ha coinvolto un campione di 1.162 medici di medicina generale estratti dalle relative liste ed operanti in alcune province di 10 regioni italiane. Gli esiti di tale survey, sono stati pubblicati in Cipolla, Corposanto, Tousijn (2006) cui si rimanda per ulteriori approfondimenti. L'altra survey ha coinvolto 891 medici iscritti agli Ordini provinciali di Torino (411) Ancona (100) e Cosenza (380). I risultati di tale indagine sono confluiti in un volume scritto da Speranza, Tousijn e Vicarelli (2006).

4. Tale occupazione non è svolta in nessun caso dalle madri degli intervistati.

stessa professione rispetto a quanto non facciano le colleghe (rispettivamente 43,5% e 19,7%). Guardando alla variabile di status rileva, invece, come per quanti provengono da famiglie dell'alta borghesia il tasso di omogamia professionale sia doppio rispetto a quanti appartengono ai ceti medio-bassi.

Oltre all'omogamia in senso stretto, l'indagine evidenzia un elevato tasso di omogamia "di classe" mostrando come nell'oltre la metà dei casi i partner abbiano uno status socio economico alto (56% dei medici e 57% degli odontoiatri).

2. IL PERCORSO FORMATIVO

2.1 Le motivazioni della scelta professionale

Per risalire alle motivazioni poste alla base della scelta di iscriversi alla facoltà di medicina e di odontoiatria e comprendere quale peso abbiano avuto i diversi aspetti che caratterizzano la professione medica, nel questionario è stata prevista un'apposita domanda. Il quesito elencava 13 diversi items, rispetto a ciascuno dei quali, è stato espresso dagli intervistati il grado di importanza attribuito⁵. Di seguito vengono presentati i risultati emersi partendo dalle risposte fornite dal campione composto dai medici.

L'ideale filantropico legato alla prospettiva di essere utili agli altri rappresenta il risultato preponderante che l'analisi evidenzia: il 93,1% dei medici ritiene infatti che tale motivazione sia stata molto o abbastanza importante nella scelta professionale (Tab. 2.1). Benché l'orientamento altruistico rappresenti un fattore che connota la professione e dal quale l'identità medica non può prescindere, va considerato come l'elevata percentuale fatta registrare da tale motivazione potrebbe essere condizionata dalla "tendenza a rispondere favorevolmente ad alternative sociali accettabili (chi non sarebbe disposto a dichiarare di aver scelto Medicina per essere utile agli altri?)" (Speranza, 2008:20-21). Le altre motivazioni rispetto alle quali è stato espresso un elevato grado di importanza fanno riferimento all'interesse verso la biologia umana e le scienze naturali (rispettivamente 93,9% e 89,2%), nonché al desiderio di lavorare sulle persone (81,4%). L'interesse a svolgere un lavoro autonomo e indipendente ha pesato molto nel 71,8% dei casi; si osserva tuttavia uno scarto rilevante tra le donne (67,9%), meno influenzate da tale aspetto, e gli uomini (78,7%) per i quali invece esso ha rappresentato un forte incentivo. Anche il prestigio sociale di cui gode la professione, la possibilità di trovare lavoro facilmente e quella di ottenere guadagni elevati, benché complessivamente non abbiano pesato moltissimo (rispettivamente 38,5%, 49,2% e 48,9%), risultano essere fattori che differenziano significativamente i sessi, essendo stati più importanti per gli uomini che per le donne. Poco rilevanti ai fini della scelta appaiono, inoltre, le aspettative della famiglia d'origine: l'85% dei rispondenti ritiene che il desiderio dei genitori di avere un figlio medico sia stato influente sulle loro decisioni. Altrettanto poco determinante è stato, a detta degli intervistati, il condizionamento esercitato dalla presenza di altri familiari medici (22,1%), fattore che ha pesato più nelle scelte maschili (36,2%) che in quelle femminili (14,3%). Tuttavia è evidente come tale condizionamento possa essere stato indiretto. Coerentemente con quest'ultimo dato, il consiglio di persone fidate è stato importante soltanto nel 23,7% di casi, ancora una volta più per gli uomini (29,8%) che non per le donne (20,2%). Senza differenze significative tra i sessi, infine, il 62,3% del campione ha attribuito una certa importanza alla possibilità di fare ricerca.

5. La scala di misurazione prevedeva 4 modalità di risposta: molto importante, abbastanza importante, poco importante e per niente importante. Si è scelto di accorpare le opzioni molto/abbastanza importante e poco/per niente importante per rendere maggiormente significative le risposte.

Dall’articolazione per generazioni si nota come le principali differenze emergano in relazione alla prospettive professionali future, sia in termini di occupabilità sia in termini di stabilità e sicurezza. Tali fattori hanno infatti inciso molto di più per i giovanissimi medici (rispettivamente 58,7% e 68,4%) rispetto ai colleghi appartenenti alla generazione precedente (35,8% e 49,1%). Un ulteriore elemento di differenziazione è riscontrabile nella motivazione legata al prestigio professionale alla quale, ancora una volta, hanno attribuito maggiore importanza i medici più giovani (+19,4%). Anche in relazione alla dimensione economica, riconducibile alla prospettiva di guadagni elevati e al desiderio di svolgere un lavoro autonomo e indipendente, si osserva una forbice tra le risposte fornite dalle due generazioni: entrambi i fattori hanno influito maggiormente nella scelta professionale dei più giovani. Da ultimo va osservato come anche lo status socio-economico della famiglia d’origine sembra essere stato discriminante. Per coloro che provengono da famiglie con uno status alto ha decisamente contato la presenza di altri medici in famiglia (60,5% contro poco più del 6% di quanti hanno uno status medio e basso), così come sono stati più importanti il consiglio di persone fidate (36,8% contro 18,8% tra quelli di status basso e 17,6% tra coloro di status medio) e le aspettative riposte dai genitori nei figli (rispettivamente 31,6%, 12,5% e 6,8%). Per contro, per quanti appartengono a famiglie con uno status socio-economico basso hanno pesato un po’ di più la prospettiva di avere un lavoro stabile e sicuro e la possibilità di ottenere un buon guadagno.

	Medici	Odontoiatri
L'opportunità di svolgere un lavoro autonomo e indipendente	94 71,8%	23 92,0%
Un interesse generale per le scienze naturali	116 89,2%	20 83,3%
Il desiderio di essere utile agli altri	122 93,1%	20 87,0%
La possibilità di trovare lavoro facilmente	63 49,2%	18 75,0%
Il prestigio sociale di cui gode la professione	50 38,5%	11 44,0%
La possibilità di fare ricerca	81 62,3%	9 36,0%
I miei genitori sognavano un figlio medico/odontoiatra	19 14,6%	7 28,0%
La prospettiva di lavorare sulle persone	105 81,4%	14 56,0%
La possibilità di arrivare a guadagnare bene	64 48,9%	18 72,0%
L'interesse verso la biologia umana	123 93,9%	19 79,2%
La prospettiva di un posto di lavoro stabile e sicuro	79 60,3%	15 62,5%
Il consiglio di persone di cui mi fidavo	31 23,7%	9 36,0%
La presenza di altri medici/odontoiatri in famiglia	29 22,1%	13 52,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 2.1 *Motivazioni ritenute molto o abbastanza importanti nella scelta della professione, per professione (v.a., %)*

Parzialmente diversi i dati emersi dall'analisi del campione composto dagli odontoiatri per i quali la prospettiva di svolgere un lavoro autonomo e indipendente (92%) risulta essere stata la motivazione prevalente, ancora più importante del desiderio di essere utile agli altri (87%). Il dato non stupisce se si considera come l'autonomia e l'indipendenza connotino l'odontoiatria più dalla medicina, essendo la prima esercitata prevalentemente in forma privata. Altre motivazioni importanti nell'influenzare la scelta sono quelle scientifiche, in particolare l'interesse per le scienze naturali (83,3%), relativamente più importante per gli uomini, e quello per la biologia umana (79,2%) che, invece, ha pesato più nelle scelte femminili. Scarsamente rilevante è stata invece la prospettiva di lavorare sulle persone (56%) e ancora meno quella di fare ricerca (36%). Anche le motivazioni legate all'occupabilità hanno avuto un certo peso, in particolare la facilità di trovare un lavoro (75%) e la prospettiva di stabilità e di sicurezza da esso garantita (62,5%), entrambe più importanti per i giovani rispetto ai colleghi appartenenti alla generazione X. Significative anche le motivazioni economiche: l'opportunità di guadagnare bene è stata rilevante per il 72% degli intervistati. Soltanto il 52% degli odontoiatri è stato influenzato dalla presenza di altri medici in famiglia (relativamente più le donne e i più giovani), il 36% dal consiglio di persone fidate mentre per il 28%, pari a 7 unità, ha contato l'aspettativa riposta dai genitori (più per i giovani e per le donne). Scarsa l'influenza esercitata, infine, dal prestigio sociale goduto dalla professione, rilevante per 11 odontoiatri (pari al 44%). A riguardo, alcuni studi sostengono che oggi sarebbe messa in discussione la visibilità sociale di tale figura professionale e che sarebbe ridimensionato il valore del servizio svolto: gli odontoiatri sarebbero poco visibili, cioè poco riconoscibili a causa della scarsa chiarezza che caratterizzerebbe il loro ruolo e a causa di una identità poco definita (Cortellazzi, 2011). Lo stesso presidente della Commissione dell'Albo degli Odontoiatri (CAO) di Milano in un'intervista rilasciata nell'aprile scorso, ha sottolineato come manchi un riconoscimento sociale della figura dell'odontoiatra oltre che il rispetto del suo ruolo e come occorra, a riguardo, un intervento attivo da parte dello Stato (<http://www.dentaljournal.it/topnews/intervista-con-valerio-brucoli/>).

2.2 L'università e la formazione post-laurea

Oltre il 90% dei medici che compongono il campione ha frequentato ed ha completato il percorso di studi presso l'Ateneo dorico; anche per gli odontoiatri la scelta rispetto a tale ateneo è stata prevalente (soltanto uno si è iscritto ed ha conseguito il titolo presso l'Università di Bologna).

Il 32,8% dei medici ha conseguito la laurea entro i tempi previsti (6 anni), mentre l'8,6% vi ha impiegato oltre 10 anni; il dato mostra un relativo appiattimento nelle differenze tra la componente maschile e quella femminile. Più della metà degli odontoiatri intervistati ha conseguito la laurea entro i 5 anni di corso di cui consta il relativo percorso universitario; uno ha poi proseguito negli studi accademici iscrivendosi ad un dottorato di ricerca. Soltanto il 26%, pari a 6 unità, ha scelto di prolungare l'attività di formazione universitaria iscrivendosi ad una scuola di specialità: 3 hanno optato per ortognatodonzia (non hanno ancora terminato), 2 per ortodonzia e uno per chirurgia odontostomatologica. Piuttosto bassa, dunque, la percentuale di quanti hanno scelto di specializzarsi, benché alcuni studi abbiano evidenziato come la figura del *dentista generico* stia scomparendo anche e soprattutto a causa della forte competitività che permea il settore e che spingerebbe verso la specializzazione vista sempre di più come una scelta strategica. Tra i restanti 17 odontoiatri che non si sono iscritti ad una scuola di specialità, 3 hanno dichiarato di volerlo fare in futuro, orientando la scelta verso la chirurgia orale (2) e verso l'odontoiatria infantile (1).

Guardando al campione composto dai medici emerge come il 19,5% dei essi abbia optato per il corso di medicina generale, il 76,30% abbia indirizzato il proprio percorso di carriera verso la medicina specialistica⁶, mentre il 4,8%, pari a 6 unità (di cui 4 femmine e 2 maschi) abbia scelto la strada accademica iscrivendosi ad un corso di dottorato di ricerca. Come si può notare sommando le percentuali il totale è maggiore di 100 in quanto 7 tra quanti hanno frequentato il corso di medicina generale si sono anche iscritti ad una scuola di specializzazione e sono stati, quindi, conteggiati due volte. Di essi, 4 sono donne (3 appartenenti alla generazione X e una ancora più giovane) e 3 uomini (appartenenti alla generazione Y) e provengono da famiglie di ceto medio-alto. Soltanto una ha completato sia il corso di Medicina generale, sia la scuola di specializzazione in Malattie infettive cui si era iscritta prima; tra gli altri sei che non hanno ancora completato il corso soltanto una non ha ancora conseguito nemmeno la specializzazione in pediatria. Per 4 intervistati la scelta della medicina specialistica è stata precedente a quella della medicina di base visto che prima hanno conseguito la specializzazione e, successivamente, hanno deciso di frequentare anche l'altro corso; per i restanti 3 è stato il contrario: prima si sono iscritti al corso e poi alla scuola di specializzazione. Il fatto che questi ultimi non abbiano terminato il percorso di studi per diventare medici di base lascia supporre che, non essendo entrati presso la scuola di specializzazione abbiano deciso di iscriversi al corso per medici di medicina generale per poi abbandonarlo una volta superato il test di ammissione presso le relative scuole di specialità. Guardando alle specializzazioni scelte emerge come 2 abbiano orientato la scelta verso la medicina del lavoro, 2 verso pediatria, 1 ha scelto malattie infettive, 1 cardiologia e 1 dermatologia. Infine, è curioso osservare come una donna stia attualmente frequentando anche un corso di dottorato di ricerca.

Rispetto alla scelta compiuta l'88,4% dei medici e l'84% degli odontoiatri si dicono soddisfatti⁷. Entrando più nel dettaglio, l'analisi di genere rivela come siano le donne, in percentuale leggermente maggiore rispetto ai colleghi uomini (20,7% contro il 17,4% degli uomini), ad intraprendere la strada della medicina di base, facendo emergere un relativo aumento della femminilizzazione in questo settore e segnando, almeno nella provincia anconetana, il sorpasso della componente femminile su quella maschile. Il dato sembra particolarmente significativo considerando come, in Italia, il settore sia storicamente caratterizzato da una scarsa femminilizzazione: stando alle informazioni fornite dalla Federazione Italiana dei Medici di Famiglia, seppure ormai datate perché relative all'anno 2000, le donne costituirebbero l'11,6% del Medici di medicina generale. Quest'ultimo dato appariva poco in linea con quello fatto registrare negli altri paesi europei dove la componente femminile sembrava essere sovra-rappresentata in tale ambito occupazionale⁸. Il dato italiano non stupisce però se si considera come la medicina generale assuma da sempre un carattere imprenditivo e come le donne siano tendenzialmente meno propense all'imprenditorialità rispetto agli uomini.

6. Il 42% è tuttora in corso di formazione specialistica.

7. Il dato si riferisce alle risposte fornite al quesito che chiedeva di esprimere la propria soddisfazione in relazione alla specialità scelta. In realtà, poiché hanno risposto anche quanti non hanno scelto la medicina specialistica orientandosi verso altri percorsi (medicina generale o professione accademica), si ha ragione di ritenere che i rispondenti abbiano attribuito alla domanda un senso più generale, interpretandola come soddisfazione verso la scelta di carriera compiuta.

8. A riguardo Riska e Wagar [1993: 78] affermano che "women are overrepresented in those areas of medicine that sociologists have characterized as having low professional status, such as general medicine, family medicine, anaesthetics and pediatrics".

Incrociando i dati dell'analisi di genere con quella effettuata sulle generazioni emerge come, a fronte di una maggiore percentuale di donne appartenenti alla generazione X che sceglie la medicina generale, si registri una più alta percentuale tra gli uomini più giovani. Si può tentare di interpretare il dato in due modi diversi. Da una parte si può pensare che l'accentuazione del carattere imprenditoriale che la medicina generale ha avuto negli ultimi anni, stia tornando a scoraggiare le donne dall'intraprendere tale percorso di carriera. Da un'altra prospettiva, il dato può essere spiegato considerando quella della medicina di base come una seconda scelta. Si può cioè immaginare, benché non si abbiano dati empirici a sostegno di tale ipotesi, che il recente interesse delle donne per le specialità a tradizionale connotazione maschile (ad esempio quelle dell'area chirurgica) e il loro accesso presso le relative scuole, abbiano ridotto le possibilità dei colleghi maschi di specializzarsi in tali sottodiscipline, contribuendo ad orientare i loro percorsi di carriera verso ambiti diversi, tra i quali quello della medicina di base.

A prescindere dalle motivazioni che hanno sostenuto la scelta verso questo tipo di carriera, i dati mostrano come quanti hanno optato per la medicina generale abbiano frequentato il corso nella regione Marche (96%), il 56% dei quali non lo ha ancora completato.

Tra quanti si sono invece orientati verso la medicina specialistica (76,3% dei rispondenti, senza significative differenziazioni delle risposte per età e per genere) si rileva come nel 92% dei casi sia stata scelta una scuola di specialità presente nell'Ateneo dorico. Suddividendo le specializzazioni in base alle aree cui ciascuna di esse afferisce, emerge come tra i 99 medici che hanno specificato la scelta compiuta prevalgano le specialità dell'area medica (40,4%), seguite da quelle dell'area diagnostica e dei servizi (28,3%), dalle specialità dell'area chirurgica (23,2%) e, infine, da quelle afferenti all'area della sanità pubblica (8,1%). Confrontando questi dati con quelli emersi a livello nazionale da una precedente ricerca⁹, appare piuttosto evidente la diversa distribuzione femminile tra le aree di specializzazione: si registra, infatti, una diminuzione delle iscrizioni alle specialità dell'area medica e della sanità pubblica e un forte aumento in quelle dell'area chirurgica e diagnostica. Tale cambiamento sembrerebbe avvalorare la tesi che sostiene il parziale superamento del meccanismo di gender casting (Lambert & Holmboe, 2005; Morrison, 2006): quest'ultimo opererebbe escludendo le donne da alcuni ambiti della medicina, soprattutto quello delle patologie, riservando loro altri segmenti occupazionali quali, in particolare, quelli deputati alla cura delle donne e dei bambini (Riska, 2003).

Tuttavia, benché si osservi una maggiore propensione femminile nell'intraprendere carriere più inconsuete rispetto al passato, dalla indagine emerge come i settori specialistici maggiormente scelti dalle donne continuino ad essere quello pediatrico (12,7%) e quello ostetrico-ginecologico (11,1%). Tra gli uomini prevalgono invece le specializzazioni afferenti all'area della sanità pubblica, in particolare igiene e medicina preventiva (10,8%) e quelle dell'area diagnostica e dei servizi, tra le quali rilevano medicina del lavoro (10,8%) e scienza dell'alimentazione (8,1%).

Quattro intervistati hanno ottenuto o stanno ottenendo una seconda specialità: il dato appare piuttosto significativo considerata la bassa età media dei rispondenti tra i quali 2 (don-

9. Il dato è stato però desunto dal volume *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia* curato da Vicarelli (2008a) dove, per la stesura del capitolo dedicato alle Professioniste del 2000, benché sia stato utilizzato il database costruito in occasione della ricerca PRIN, i dati sono stati rielaborati in una prospettiva di genere. La percentuale, in questo caso, fa riferimento all'intero campione femminile (composto sia dalle donne di medicina generale, sia da quelle iscritte all'ordine) ed è stata calcolata sul totale di coloro che hanno specificato il tipo di specializzazione conseguita, che rappresentano il 74%.

ne) appartengono alla generazione X e 2 sono ancora più giovani (un maschio e una femmina).

Rispetto al tipo di specializzazione scelta la soddisfazione (91% dei casi) prevale sul rimpianto di non aver frequentato un corso diverso¹⁰.

Quanti non si sono iscritti né a corsi di specializzazione, né al corso di medicina generale, né ad un dottorato di ricerca sono complessivamente 12, di cui 7 femmine e 5 maschi; 8 sono giovanissimi mentre 4 appartengono alla generazione X e 1 di questi ultimi non esercita la professione, mentre 10 hanno dichiarato di lavorare (uno non ha risposto). Il 75% di essi (pari a 9 medici), infine, ha manifestato la volontà di volersi iscrivere in futuro ad una scuola di specialità.

Il 22,3% del campione composto da medici ha dichiarato, poi, di aver conseguito un'altra qualificazione professionale (master, corso di perfezionamento, ecc) e il 20% di aver effettuato stage o altre attività di formazione all'estero. In entrambi i casi si registra uno scarto tra maschi e femmine: soltanto il 15,7% di queste ultime ha conseguito un ulteriore titolo (contro il 34% dei colleghi) e nel 6% in meno dei casi esse hanno vissuto un'esperienza formativa all'estero. Appare poco significativo confrontare a riguardo le due generazioni di medici, considerato come i più giovani siano ancora in corso di formazione e potrebbero compiere tali scelte nel prossimo futuro. Nonostante ciò sembra significativo sottolineare come tra questi ultimi, il 10,7% abbia acquisito un ulteriore titolo post-laurea (contro una percentuale del 38,9% dei colleghi più anziani) e il 18,9% si sia recato all'estero per motivi di studio (contro il 21% degli appartenenti alla generazione X). Sembra opportuno evidenziare, infine, come la variabile di status tracci in questo caso un discrimine tra quanti hanno conseguito un'altra qualificazione e quanti non l'hanno fatto: tra i primi 32,4% previene da famiglie più agiate contro il 18,8% di quanti appartengono al ceto basso e il 17,6% al quello medio. Guardando, invece, alle esperienze formative all'estero non emergono differenziali tra gli appartenenti alla medio-alta borghesia le cui percentuali sono simili (rispettivamente 23% e 21,6%) discostandosi, invece, nettamente da quanti provengono da famiglie con uno status socio-economico basso, nessuno dei quali ha avuto un'esperienza formativa in un paese straniero.

Guardando agli odontoiatri, emerge come a fronte di un basso numero di soggetti che hanno optato per un corso di specializzazione, risulti elevata la percentuale di quanti hanno conseguito una qualificazione professionale post-laurea (56%), frequentando master e/o corsi di perfezionamento. Soltanto due rispondenti, invece, sono stati all'estero per effettuare stage o altra attività di formazione (nello specifico un uomo e una donna, entrambi appartenenti alla generazione X).

Coerentemente con l'elevato livello di internazionalizzazione dei professionisti anconetani, la quasi totalità degli intervistati ha dichiarato di conoscere lingue straniere (97% dei medici e 100% degli odontoiatri).

Il 36,7% dei medici ha affermato di aver beneficiato del supporto di una persona significativa che ha contribuito direttamente o indirettamente al proprio percorso formativo, percentuale che sale al 48% nel caso degli odontoiatri. Appare interessante notare come nel 31,9% dei casi i medici abbiano identificato tale figura con un collega, percentuale che sale al 53,1% se si considerano quanti hanno indicato un professore universitario o il tutor di specializzazione. Per il 29,7% tale ruolo è stato svolto da un parente; è curioso a riguardo rilevare come tra quanti compongono quest'ultima percentuale, il 42,8% sia figlio di un medico.

10. Due (donne) tra quanti avrebbero voluto scegliere una specialità diversa indicano psichiatria e due (un uomo e una donna) medicina interna; una donna indica chirurgia pediatrica, una oncologia e una pediatria. Un uomo avrebbe scelto invece, chirurgia generale e uno scienza dell'alimentazione.

3. L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

3.1 *L'ambito di lavoro e le tipologie contrattuali*

Prima di analizzare nel dettaglio le caratteristiche del lavoro svolto dai giovani medici e odontoiatri anconetani, sembra rilevante osservare come soltanto il 2,3% dei primi (corrispondenti a 3 donne, di cui una appartenente alla generazione X e 2 ancora più giovani) abbia dichiarato di non esercitare l'attività professionale.

Su 129 medici che hanno risposto al quesito volto a conoscere l'ambito di lavoro, il 72,1% ha dichiarato di esercitare la professione nel settore pubblico; il 14% si divide tra il settore pubblico e quello privato e, infine, il 7,8% opera esclusivamente in quest'ultimo ambito¹¹. Nel caso degli odontoiatri la percentuale di quanti lavorano nel settore privato sale, come era prevedibile, all'80% mentre le restanti 5 unità (di cui 3 maschi e due femmine) integrano il lavoro svolto presso le strutture pubbliche con quello esercitato all'interno degli studi privati.

Tornando al campione composto da medici ed osservando i dati da una prospettiva di genere, emerge una netta distinzione tra gli uomini e le donne (rispettivamente 67,4% e 74,7%) che, in percentuali maggiori, scelgono il settore pubblico, più garantito e sicuro rispetto a quello privato. Il divario più elevato portato alla luce dall'analisi per generazioni riguarda invece quanti lavorano contemporaneamente nel settore pubblico e in quello privato: i più giovani, spesso assunti nel pubblico con contratti precari, esercitano l'attività professionale anche nel settore privato in misura maggiore rispetto ai colleghi più anziani (rispettivamente 16,4% e 10,9%); questi ultimi, per contro, risultano più orientati verso la libera professione (10,9% e 5,5%). Guardando alla variabile di status rileva, infine, come coloro che appartengono a famiglie meno agiate siano presenti in misura minore nel settore pubblico tout court e come, per contro, si dividano maggiormente tra le strutture pubbliche e quelle private.

Guardando nello specifico all'ente di appartenenza emerge come la maggior parte dei medici intervistati lavori in ospedale (40,2%) seguiti, sulla distanza, da quanti esercitano presso gli ambulatori di medicina generale (12,6%) e presso le ASL (8,7%). Se l'analisi di genere non evidenzia significative differenze a riguardo, suddividendo le risposte in base alla generazione di appartenenza emerge come la percentuale dei più giovani che lavorano presso gli ospedali superi di oltre 18 punti quella dei colleghi più anziani. Tale scarto è compensato dalla maggiore presenza di questi ultimi presso le ASL (+7,5%), presso gli ambulatori di medicina generale (+3,9%) e in quelli specialistici (+3,7%) e, infine, presso le strutture comunali (+3,7%).

Il 78,9% dei medici ha dichiarato di essere in possesso di un contratto di lavoro. Se a livello di generazioni non si registrano scarti significativi, guardando al genere la differenza appare notevole: il 10% in meno delle donne ha un regolare contratto di lavoro, benché, come si è visto, soltanto 3 di esse abbiano dichiarato di non esercitare la professione. Tra gli odontoiatri la percentuale di quanti hanno un contratto di lavoro è ferma al 20% (pari a 5 unità) e corrisponde a quella di quanti hanno dichiarato di esercitare la professione anche nelle strutture pubbliche, alle quali sono legati da contratti libero-professionali.

La tipologia contrattuale prevalente è quella del contratto per la formazione specialistica (40,6%,) seguita da quella a tempo indeterminato (34%); il 12,1% ha contratti di tipo libero-professionale, il restante 13% si divide tra quanti hanno un contratto a tempo determinato e quanti sono legati al datore di lavoro da contratti atipici.

11. Il restante 3,9% ha barrato l'opzione "altro".

Guardando al periodo di tempo atteso per raggiungere la posizione lavorativa attualmente ricoperta, l'indagine evidenzia come per il campione dei medici (considerando esclusivamente quanti hanno un contratto a tempo indeterminato) l'attesa è pari a 3 anni. Tuttavia, coloro che provengono dai ceti meno abbienti hanno avuto maggiori problemi in tal senso avendo atteso 5 anni. Uno scarto analogo si registra tra i maschi, per i quali l'attuale ruolo ricoperto è stato raggiunto dopo 4,5 anni, rispetto alle femmine che hanno dovuto attendere mediamente 2 anni. Infine, guardando all'età, emerge come i più giovani abbiano atteso mediamente un anno in meno rispetto ai più anziani che, invece, hanno conquistato la posizione che detengono oggi dopo oltre 3 anni.

Per gli odontoiatri la ricerca evidenzia come 10 di essi abbia atteso da uno a due anni prima di occupare l'attuale posizione raggiunta; tra i 4 professionisti che non hanno atteso alcun tempo, uno è figlio di un medico ed ha un altro medico nel sistema allargato di parentela, circostanza questa che interessa anche un altro odontoiatra che ha trovato subito occupazione. Sono i più giovani ad aver atteso un tempo maggiore e tale dato sembra essere collegabile all'aumento della competizione nel settore odontoiatrico.

L'88,5% dei medici intervistati non ha mai lavorato all'estero, neanche per brevi periodi, percentuale che raggiunge il 100% nel caso degli odontoiatri i quali, peraltro, soltanto nel 37,5% (pari a 9 unità) hanno dichiarato di aver pensato almeno una volta di trasferirsi definitivamente in un altro paese, contro il 58% dei colleghi medici. Guardando a quanti hanno avuto un'esperienza all'estero e incrociando il dato con la variabile di status, emerge un relativo scarto tra coloro che appartengono alla medio-alta borghesia e quanti provengono da famiglie con uno status socio-economico basso. Anche il divario tra uomini e donne appare piuttosto consistente: il 91,7% di queste ultime non ha mai varcato i confini nazionali e il 63,1% non ha mai pensato di trasferirvisi (contro rispettivamente l'83% e il 48,9% dei colleghi maschi). Il dato femminile non stupisce se si considera come le donne medico del campione siano in molti casi anche mogli e madri e debbano, quindi, conciliare la carriera professionale con la vita privata.

A riguardo è emerso, in effetti, come la vita familiare abbia condizionato in una certa misura il percorso professionale delle donne. Se complessivamente il 38% dei medici ritiene che la sfera privata abbia influito, in termini di sacrifici e rinvii, sulla carriera, la percentuale sale di oltre quattro punti per le donne. Per le odontoiatre, invece, la vita privata non ha determinato un rallentamento della carriera: se per il totale della popolazione campionata la percentuale si approssima a quella fatta registrare dai medici (36%), sono gli uomini a dichiarare di aver maggiormente sacrificato la carriera a causa delle vicissitudini familiari (42,9% contro il 27,3% delle colleghe). Sono state, invece, le scelte professionali ad aver maggiormente influenzato quelle personali: per il 47,8% degli odontoiatri la stabilità familiare è stata minacciata dalla carriera (in percentuali minori per le donne rispetto agli uomini). Nel caso dei medici non sembrano emergere invece differenze di genere in riferimento a tale questione: il dato complessivo evidenzia, tuttavia, il forte impatto che le scelte di carriera hanno avuto sulla vita privata dei giovani medici anconetani, rallentando o impedendo la stabilità familiare (61,2%). A tale riguardo significativi appaiono i differenziali portati alla luce dall'analisi di status: per quanti provengono da famiglie meno agiate la vita familiare ha inciso di più sull'attività professionale così come la professione ha influenzato maggiormente la stabilità familiare.

Il 27,7% dei medici intervistati (29,8% uomini e 26,5% donne) conferma la presenza di una persona particolarmente significativa che contribuisce al proprio percorso lavorativo, circostanza che interessa 10 odontoiatri sui 25. La più elevata percentuale fatta registrare

dai medici appartenenti alla generazione X (+ 11,5%) suggerisce di interpretare il dato alla luce della maggiore esperienza lavorativa di questi ultimi: essendo entrati prima nel mercato del lavoro è più probabile che abbiano intessuto una rete di conoscenze più ampia e che abbiano incontrato una persona che li ha sostenuti nel percorso di carriera. Anche in questo caso la variabile di status fa emergere un significativo differenziale tra quanti appartengono al ceto medio e basso e quanti provengono da famiglie agiate: tra i primi le percentuali sono molto meno elevate rispetto a quelle fatte registrare dai secondi (oltre 20 punti percentuali in meno) lasciando presumere che la rete di conoscenze e il capitale sociale siano fattori che continuano a condizionare le opportunità e i percorsi di carriera. Tra gli odontoiatri si osserva, invece, uno squilibrio in favore dei maschi che nel 50% dei casi hanno dichiarato di fare affidamento su una persona significativa contro il 36,4% delle colleghe. Guardando all'identità di tale figura emerge come per il 38,8% dei medici essa sia rappresentata da un collega e nel 25% da un professore universitario. Il 46,9% di questi ultimi la vede come un coach (33% degli odontoiatri) mentre il 21,9% le attribuisce, invece un ruolo di sprone (44% degli odontoiatri).

3.2 Il carico di lavoro e lo stress

Attraverso alcuni quesiti si è cercato di quantificare il carico di lavoro svolto dai professionisti, misurandolo principalmente in termini di numero di pazienti visitati ogni settimana e di ore mensili lavorate.

Guardando al primo indicatore l'analisi del campione composto da odontoiatri mostra come il numero medio di pazienti visitati ogni settimana sia pari a 27 senza significative differenze tra maschi e femmine. A contenere tale numero è l'elevata presenza di professionisti appartenenti alla generazione Y per i quali il numero medio di pazienti è molto più basso rispetto a quello dei colleghi più esperti (rispettivamente 24,5 e 35,2). Data la sostanziale differenza tra il lavoro odontoiatrico e quello medico non stupisce come per i medici il numero di pazienti settimanali sia sensibilmente più elevato attestandosi attorno alle 53 unità. Anche in questo caso sono i medici più anziani a relazionarsi con un maggior numero di pazienti rispetto ai colleghi neo-laureati (58 i primi e 49 i secondi), ma uno scarto ancora maggiore è dato dal confronto tra i sessi: le donne vedono settimanalmente circa 61 pazienti contro una media di 41 fatta registrare dagli uomini. La spiegazione di questo dato può essere ricercata nel fatto che le donne, in misura superiore agli uomini, lavorano presso gli ambulatori di medicina generale (13,6% e 10,9%), presso le strutture ospedaliere (42% e 37%) e, più in generale, presso le strutture pubbliche, frequentate da un maggior numero di pazienti. Un'ulteriore spiegazione può derivare dal fatto che le specializzazioni prescelte dalle donne sono meno "di nicchia" rispetto a quelle scelte dai colleghi, di conseguenza si suppone che i reparti dove esse lavorano coincidano con quelli ad elevata domanda sanitaria.

Guardando alle ore settimanalmente dedicate al lavoro il questionario distingueva tra l'attività istituzionale, ovvero quella prestata presso i luoghi di lavoro, e l'attività "informale" rappresentata dalle ore dedicate al lavoro nel tempo libero. Mediamente l'impegno profuso all'interno delle sedi istituzionali ammonta per i medici a 39,4 e per gli odontoiatri a 30,8; in entrambi i casi sono gli uomini a lavorare un maggior numero di ore, mentre guardando all'età dei rispondenti si osserva come, al maggiore carico di lavoro sostenuto dai medici più giovani, corrisponda un maggior quantitativo di ore per gli odontoiatri più anziani.

Il maggiore impegno profuso dalle giovani medici presso i luoghi di lavoro è compensato però da un minore quantitativo di tempo dedicato all'attività professionale durante le ore libere; benché soltanto 60 su 131 intervistati (pari al 45%) abbiano risposto al quesito indi-

cando il numero di ore lavorate nel tempo libero¹², questo ammonta mediamente a 8,3 ore. Sono percentualmente di più quanti appartengono alla generazione X e gli uomini ad impiegare una maggiore quantità di tempo libero nello svolgimento dell'attività professionale. Lo scarto evidenziato in proposito tra uomini e donne non stupisce considerando, come si è detto, che queste ultime, oltre ad essere medici sono in molti casi anche mogli e madri e dovranno conciliare i due ruoli. Coerentemente con tale dato si registra, infatti, anche la minore presenza dei camici rosa durante i turni di notte, oltre che nei fine settimana. Sembra maggiore l'impegno dei medici meno giovani, che in percentuali più elevate hanno dichiarato di aver effettuato oltre 10 turni di notte negli ultimi 3 mesi e di aver lavorato oltre 5 week end nello stesso arco temporale.

Il 44,4% dei medici intervistati ritiene di lavorare più ore di quante dovrebbe, percentuale che scende al 28% nel caso degli odontoiatri (pari a 7 unità). Guardando ai primi si osserva come la percentuale maschile superi di 12,5 punti quella femminile; non si evidenziano, invece, differenze di rilievo in relazione all'età dei rispondenti. Anche nel caso degli odontoiatri emerge una netta differenza tra i maschi e le femmine che, nell'81% dei casi contro il 35,7% dei colleghi, non credono di dedicare al lavoro una quantità di tempo eccessiva. Un analogo divario si osserva tra i dentisti più anziani e quelli più giovani laddove i primi avvertono di più la sensazione di lavorare troppo.

Guardando alla correlazione tra il carico di lavoro e lo stress da esso generato (Tab. 3.1), l'indagine porta alla luce come il 29,7% dei medici intervistati si senta più volte al mese emotivamente svuotato dal lavoro (contro il 36% degli odontoiatri) e come il 21,1% avverta tale sensazione più volte a settimana. Ancora più elevate le percentuali di quanti, con la stessa frequenza, si sentono usati per l'intera la giornata lavorativa (rispettivamente 33,6% "più volte al mese" e 24,2% "più volte a settimana"); in questo caso va evidenziato come il 36% degli odontoiatri, pari a 9 unità, abbia indicato di non sentirsi mai "usato", valore che sale al 56% considerando anche coloro che avvertono tale sensazione molto raramente. La differenza tra le risposte dei medici e quelle dei dentisti può essere collegata alla diversa natura delle relazioni contrattuali: i primi esercitano per lo più da dipendenti all'interno di strutture pubbliche, i secondi sono invece nella maggior parte dei casi datori di lavoro di sé stessi per cui più difficilmente potranno avvertire un senso di frustrazione derivante dalla sensazione di sentirsi usati. Altrettanto rilevante la differenza tra le due tipologie di professionisti rispetto alla sensazione di stanchezza provata all'idea di dover affrontare un altro giorno sul posto di lavoro: al 48% degli odontoiatri che avvertono raramente o mai tale percezione si contrappone il 35,9% dei medici che ha dichiarato di avvertire tale sensazione più volte nell'arco di un mese, percentuale che sale al 56,2% se si aggiungono quanti la percepiscono ancora più frequentemente. Coerentemente con questi dati, circa un terzo dei medici intervistati ha dichiarato di sentirsi in effetti troppo sotto pressione mentre è al lavoro, percezione avvertita di meno dagli odontoiatri.

Le situazioni stressanti che quotidianamente i giovani professionisti si trovano a dover affrontare sembra influire su una delle attitudini che più di altre connotano entrambe le professioni, ovvero l'aspetto legato alla sensibilità: soltanto il 40,5% dei medici e il 44% degli odontoiatri non ritengono che la pratica quotidiana abbia ridotto la loro sensibilità nei confronti delle persone e delle problematiche che le riguardano.

12. I restanti 71 intervistati che non hanno risposto al quesito sono nel 68% donne e nel 32% uomini. Non è metodologicamente corretto equiparare quanti non hanno risposto a coloro che hanno dichiarato di dedicare zero ore al lavoro nel tempo libero; tuttavia è plausibile ritenere che in molti casi sia proprio così, considerando come i quesiti precedenti e quelli successivi a quello in questione abbiano ricevuto una risposta.

	MEDICI	ODONTOIATRI
Mai	51	11
	40,5%	44,0%
Un paio di volte all'anno o meno frequentemente	27	5
	21,4%	20,0%
Una volta al mese o meno frequentemente	14	3
	11,1%	12,0%
Poche volte al mese	14	2
	11,1%	8,0%
Una volta a settimana	8	3
	6,3%	12,0%
Poche volte a settimana	6	
	4,8%	
Tutti i giorni	6	1
	4,8%	4,0%
Totale	126	25
	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 3.1 *Frequenza con cui medici ed odontoiatri avvertono di essere diventati più insensibili nei confronti delle persone da quando hanno iniziato questo lavoro (v.a., %)*

Considerando esclusivamente i medici, appare rilevante osservare come quasi il 16% avverta la sensazione di essere diventato più insensibile almeno una volta a settimana; ancora più significativo è rilevare come coloro che hanno tale percezione quotidianamente (6, di cui 4 femmine e 2 maschi) appartengano tutti alla generazione Y e abbiano quindi iniziato da poco a svolgere la professione.

La maggiore sensazione di stanchezza e di stress avvertita dai medici rispetto agli odontoiatri può essere legata, da un lato, al fatto che i primi lavorano, come si è visto, mediamente più ore dei secondi e, dall'altro, al fatto che i medici si concedono un periodo di ferie più breve rispetto ai colleghi dentisti. L'indagine ha fatto emergere a riguardo come, a fronte dei 18 giorni di vacanza di cui i primi hanno usufruito lo scorso anno, la media si attesta per gli odontoiatri attorno ai 30 giorni. Nonostante ciò non si evidenziano scarti significativi tra i due gruppi di rispondenti in relazione alla soddisfazione espressa rispetto alla modulazione delle ferie annuali (si dice soddisfatto il 48,4% dei medici e il 45,8% degli odontoiatri); in entrambi i casi, inoltre, sono le donne e i meno giovani a far manifestare una più elevata soddisfazione in tal senso.

A fronte delle ore effettivamente dedicate all'attività professionale, i medici ravvisano mediamente in 38 ore la quantità ideale di tempo da dedicare al lavoro ogni settimana, contro le 35 ore indicate dai colleghi odontoiatri. Se tra i primi non emergono differenze significative, né scomponendo il dato in base al genere degli intervistati né guardando all'età, nel caso dei dentisti si osserva un relativo scarto tra gli uomini, per il quale il numero ideale di ore dovrebbe attestarsi attorno a 39 e le donne, che esprimono invece un valore medio di 30 ore. Lo stesso divario si osserva guardando alla risposta che gli odontoiatri e le dentiste hanno fornito al quesito che chiedeva di indicare il numero di ore settimanali ritenuto giusto per garantire l'efficacia del lavoro con il benessere individuale: il valore medio complessivo è pari a 35 ore e sale a 38 nel caso dei medici.

3.3 I contenuti dell'attività professionale

Entrando in merito al tipo di lavoro svolto, l'indagine evidenzia come il 74,4% dei medici intervistati, senza scarti significativi tra le due generazioni, non sia attualmente impegnato nell'attività di guardia medica, attività che non coinvolge ovviamente nessuno degli odontoiatri. Per il 64% di quanti hanno dichiarato di prestare questo servizio (in misura percentualmente maggiore le donne, 54,5%, rispetto agli uomini, 45,5%) esso rappresenta un impegno significativo, al quale vengono dedicate oltre 90 ore al mese.

Oltre la metà dei medici intervistati ritiene di essere chiamato a svolgere una quantità eccessiva di lavoro di tipo burocratico e di routine che potrebbe essere svolto da personale senza qualifiche mediche (rispettivamente 61,9% e 50%) e, coerentemente con questi dati, il 59,8% sostiene che il tempo dedicato esclusivamente all'attività clinica sia troppo limitato rispetto a quello riservato alle adempienze non assistenziali (Tab. 3.2). Guardando ai primi due aspetti (lavoro burocratico e lavoro routinario) è il campione maschile a far registrare le percentuali più elevate; se, tuttavia, in relazione all'eccesso di lavoro burocratico il gap con la componente femminile è relativamente contenuto (5,2%), esso raggiunge gli oltre 20 punti percentuali in relazione all'attività di routine, vissuta evidentemente in modo stressante dagli uomini e considerata dequalificante e poco stimolante.

Percentuale di rispondenti che sono d'accordo o pienamente d'accordo	MEDICI	ODONTOIATRI
Sono chiamato a svolgere una quantità eccessiva di lavoro di routine, che potrebbe essere svolto da personale senza qualifiche mediche	62	14
	50,0%	58,3%
Sono chiamato a svolgere una quantità eccessiva di lavoro di tipo burocratico	78	2
	61,9%	8,3%
Ritengo che il tempo dedicato esclusivamente alla attività clinica sia troppo limitato rispetto al tempo dedicato alle adempienze non assistenziali	73	6
	59,8%	26,1%
Sono chiamato a svolgere attività di tipo manageriale per le quali non mi sento adeguatamente preparato	15	9
	12,3%	37,5%
Sono chiamato a svolgere compiti clinici per i quali non mi sento adeguatamente preparato	20	3
	16%	12,5%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 3.2 Grado di accordo con cui le affermazioni indicate, per professione (v.a., %)

L'analisi del campione composto dagli odontoiatri porta alla luce risultati parzialmente diversi. Il 62,5% di questi (pari a 15 unità) non crede di svolgere una un'eccessiva quantità di lavoro di routine che potrebbe essere svolto da personale senza qualifiche mediche; in par-

icolare sono le donne e gli odontoiatri più giovani ad esprimere tale opinione. Un'elevata percentuale ha dichiarato inoltre di non essere né d'accordo né in disaccordo sul fatto di dedicare all'attività clinica un tempo limitato rispetto al quello impiegato per le adempimenti non assistenziali (56,5%); tra quanti hanno tale opinione (26,1%) prevalgono gli uomini e i meno giovani. Risulta invece simile al dato emerso dall'analisi del campione dei medici quello legato all'eccessiva mole di lavoro burocratico. Tale criticità appare piuttosto sentita all'interno della comunità odontoiatrica laddove anche dai vertici dell'Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani (ANDI) viene denunciato come "il 20-30% del tempo venga vanificato in atti burocratici" (Fnomceo, 2011) e come ciò talvolta pregiudichi la percezione di soddisfazione ricavata dallo svolgimento del proprio lavoro (Cortellazzi, 2011). Soltanto il 37,5%, percepisce in effetti di essere sufficientemente preparato per svolgere questo tipo di attività. Se dall'analisi per generazioni non emergono differenziali, rileva, invece, lo scarto portato alla luce dal confronto di genere laddove le donne, in misura decisamente maggiore rispetto ai colleghi, si sentono più competenti (rispettivamente 60% e 14,3%). Più elevate sono le percentuali fatte registrare, a riguardo, dai medici che, nel 58,2% dei casi, ritengono di essere pronti per svolgere questo tipo di attività e, nella stessa misura, ritengono di disporre di una sufficiente competenza per affrontare la parte clinica del loro lavoro. In questo caso, tuttavia, emerge un ampio divario tra gli appartenenti alla generazione X e gli appartenenti alla generazione Y: i più giovani si sentono meno competenti e più insicuri. Il dato appare ovvio se si considera la minore esperienza che essi hanno maturato sul campo; a tale spiegazione potrebbe aggiungersi un ulteriore fattore legato alla "non ottimale capacità professionalizzante dei corsi di laurea, a fronte invece di un eccessivo apporto contenutistico, il che costringe il giovane medico a colmare sul campo le lacune, una volta avuto accesso al mondo del lavoro" come dichiarato dal vice presidente della S.I.G.M.

Tra gli odontoiatri la percentuale di quanti hanno dichiarato di sentirsi preparati per lo svolgimento dell'attività clinica scende al 41,7%. Sono ancora una volta le donne a sentirsi più competenti (+31,4%) mentre gli uomini hanno scelto con maggiore frequenza l'opzione di risposta "né d'accordo né in disaccordo". Anche nel caso degli odontoiatri in effetti, da alcune testimonianze raccolte tra i giovani professionisti e riportate nel Giornale dell'Odontoiatra nel maggio 2011, emerge un profondo scontento in relazione alla capacità professionalizzante dei corsi di laurea che, a detta degli intervistati, non preparerebbero sufficientemente gli studenti alla pratica clinica, costringendoli a frequentare corsi post-laurea per essere in grado di esercitare.

Guardando al percorso di carriera va osservato, da ultimo, come il 75,6% dei medici intervistati si sia trovato almeno una volta nella circostanza di svolgere lezioni e seminari in occasione di conferenze e riunioni scientifiche; il 63,5% ha collaborato a progetti di ricerca e il 60,9% ha elaborato, in qualità di autore o co-autore, almeno un paper sottoposto a peer review. Se non ha senso effettuare un confronto tra le generazioni, visto che i più giovani potrebbero avere avuto minori probabilità di svolgere tali attività in ragione del loro più imminente ingresso nel mercato del lavoro, guardando al genere emerge come le percentuali maschili superino sempre quelle femminili (rispettivamente di 18,6%, 6,2% e 8,8% punti percentuali). Soltanto nel 23,6% dei casi, infine, la ricerca rappresenta l'attività prevalente: il 15,6% ha dichiarato di aver efficacemente procurato dei fondi da investire in tale ambito e il 25,9,6% ha affermato che la ricerca è stata premiata. Confrontando le risposte in base allo status socio-economico della famiglia d'origine dei rispondenti emerge come, per tutte le attività indicate, vi sia un minore coinvolgimento da parte di quanti provengono dal ceto basso; le percentuali si livellano, invece, nel quesito che chiedeva se avessero mai usufruito

di borse di studio, al quale risponde affermativamente il 19,8% del campione. In quest'ultimo caso è la variabile età a far registrare un divario elevato: soltanto il 12,7% dei medici più giovani è stato titolare di una borsa di studio contro il 30% dei colleghi più anziani.

Guardando al campione composto dai dentisti, le percentuali risultano dimezzate rispetto a tutte le attività elencate nel quesito. Ciò lascia supporre che essi tendano ad essere generalmente meno coinvolti nelle attività teorico-scientifiche e anche più lontani dagli ambienti di ricerca.

3.4 Il rapporto con i pazienti

L'ampia letteratura sul consumerismo in sanità ravvisa nell'avvento e nel progressivo consolidamento di tale fenomeno una delle principali sfide poste alla professione medica. Benché in Italia appaia più legato "all'emergere di una cultura dei diritti sociali dei cittadini nell'arena politica piuttosto che al rafforzamento dei diritti dei consumatori sul terreno economico" (Tousijn 2008a, p. 77.), esso rappresenta un fattore che, oltre a minacciare l'autonomia professionale, ha contribuito a modificare la relazione individuale tra il medico e il paziente. L'evoluzione di tale rapporto sarebbe legato al "mutato atteggiamento [dell'utenza], frutto di una crescente scolarizzazione e della maggiore attenzione dei media alle tematiche relative alla salute" (Bronzini, 2006, p. 141). I pazienti sarebbero oggi più esigenti, richiedendo più informazioni e reclamando una maggiore disponibilità di ascolto da parte del medico; sarebbero meno disposti ad eseguire passivamente le prescrizioni di quest'ultimo e tenderebbero a voler essere maggiormente coinvolti nei processi decisionali; manifesterebbero modalità più aggressive e sarebbero più disposti che in passato a ricercare pareri complementari oltre che a cambiare medico in caso di insoddisfazione (Bronzini e Spina 2008).

Benché il questionario non prevedesse domande specifiche a riguardo, alcuni dati possono essere letti ed interpretati alla luce degli esiti emersi da precedenti ricerche nonché delle argomentazioni proposte in letteratura. Un primo segnale di convergenza è rintracciabile nell'elevata percentuale di medici che vede nei pazienti e nei loro familiari una minaccia all'autonomia professionale (69,5%). Il dato si discosta da quello emerso nella ricerca condotta nel 2004, laddove soltanto il 15% dei medici anconetani aveva ritenuto che i pazienti mettessero molto o abbastanza in discussione la loro autonomia. Era stata fornita, a tale proposito, una duplice interpretazione: da un lato, si era ipotizzato che i nuovi pazienti esprimessero i loro bisogni in una forma che metteva in questione gli aspetti più autoritari della tradizionale relazione medico-paziente, senza attaccare direttamente l'autonomia dei medici; dall'altro, era stato supposto che un attacco all'autonomia di questi ultimi ci fosse effettivamente stato, ma che essi fossero stati capaci di affrontarlo e di reagire, adattando i loro comportamenti in base alle esigenze dei pazienti, pur mantenendo la loro autonomia (Tousijn, 2008a). Difficile stabilire le ragioni del divario tra i dati emersi dalle due ricerche: certamente non va dimenticato, però, che la precedente indagine coinvolgeva medici di diverse età e fotografava una realtà, risalente ormai a 10 anni fa, che potrebbe essere oggi piuttosto cambiata. Stando ai dati attuali sembra poco plausibile ipotizzare un ridimensionamento della sfida consumerista: come ricorda Tousijn (2008a), infatti, c'è almeno un fattore, quello legato alla crescita dei livelli di istruzione, che potrebbe spingere nella direzione contraria nel prossimo futuro.

Tra gli odontoiatri tale timore appare più contenuto considerando come soltanto la metà di essi veda nei pazienti una minaccia all'autonomia professionale: sono per lo più gli uomini e i neo-iscritti ad avvertire tale pericolo così come essi percepiscono di più il timore di es-

sere oggetto di reclami e di denunce da parte dei pazienti¹³. La percentuale complessiva di quest'ultimo dato è pari al 41,7% e rende conto della situazione critica che sta attraversando l'odontoiatria, considerando come essa sia una tra le branche mediche maggiormente a rischio di denunce, almeno stando ai dati del rapporto Pit Salute 2010.

Più alto è il dato fatto registrare dai colleghi medici che invece si dicono preoccupati per tale eventualità nel 54,8% dei casi. Questa volta sono le donne e i più anziani a manifestare una maggiore preoccupazione in tal senso; anche la variabile di status appare discriminante, evidenziando come coloro che provengono da famiglie con uno status socio-economico medio-basso avvertano la paura di rivendicazioni da parte dell'utenza in misura maggiore (57,8%) rispetto a quanti hanno un'estrazione sociale più elevata (44,7%). Il dato complessivo sembra tuttavia incoraggiante se si considera che da una ricerca condotta nel 2008 dall'Ordine dei Medici della provincia di Roma¹⁴ su 800 iscritti appartenenti però a varie fasce d'età, era emerso che l'87,6% degli intervistati ritenesse più elevato che in passato il rischio di ricevere un esposto da parte dei pazienti. Risultava, ancora, come soltanto il 6,7% si sentisse di escludere la probabilità di una denuncia a suo carico e come, per il timore di essere citato in tribunale, l'89,8% dei rispondenti considerasse molto rischioso affidarsi alla sola analisi clinica e non anche a quella tecnologica per la formulazione della diagnosi.

Il 66,4% dei medici intervistati ha dichiarato di sentirsi sufficientemente preparato nei processi di comunicazione con l'utenza, percentuale che scende al 50% nel caso degli odontoiatri. Tale convincimento potrebbe derivare dall'elevato investimento emotivo in tal senso, considerato come circa il 90% dei rispondenti abbia dichiarato di prestare attenzione ai segnali non verbali dei pazienti e al linguaggio del loro corpo per cercare di interpretarne i pensieri. Guardando esclusivamente al campione dei medici non emergono gap significativi dal confronto tra le due generazioni mentre, non stupisce, che la percentuale femminile sia di quasi 10 punti superiore a quella maschile, data la naturale predisposizione alla relazionalità sociale e alla carica empatica attribuita alle donne. Superiore, rispetto ai colleghi uomini, è del resto anche la percentuale di quante ritengono che le emozioni abbiano un posto nel trattamento medico delle malattie (rispettivamente 74,1% e 69,6%). Su questo aspetto i meno giovani sono più cauti; si può presumere, a riguardo, che la loro posizione derivi da una maggiore esperienza sul campo e quindi da una percezione meno ideologica riguardo alla condotta professionale. I colleghi più giovani, per contro, potrebbero aver attribuito una connotazione negativa al termine "emozione", interpretandolo nel senso di un eccessivo coinvolgimento emotivo nel trattamento dei pazienti e quindi come una mancanza di quel distacco necessario per svolgere con professionalità il lavoro.

Tra gli odontoiatri la percentuale di quanti ritengono che le emozioni siano una componente inscindibile della relazione terapeutica è invece molto più bassa rispetto a quella fatta registrare dai medici (47,8%, anche in questo sono le donne ad esprimere valori più alti) e ciò lascerebbe intendere che il rapporto instaurato tra professionista ed utenza sia

13. A riguardo va sottolineato come, poiché il quesito era stato formulato contemplando, oltre alla preoccupazione per possibili reclami da parte dei pazienti, anche la preoccupazione per la facilità con cui i media tendono ad accusare di *malpractice* i professionisti, non è possibile sapere quanto abbia pesato sulle risposte l'aspetto legato esclusivamente alle rivendicazioni dei pazienti.

14. La ricerca, dal titolo 'Medici in difesa, prima ricerca del fenomeno in Italia: numeri e conseguenze', aveva coinvolto 800 medici intervistati mediante un questionario strutturato. Il focus della ricerca si concentrava sul tasso di diffusione della Medicina Difensiva e sui motivi che inducono i medici ad attivare questo tipo di comportamento (OMCeO di Roma, <http://www1.ordinemediciroma.it>).

piuttosto diverso nei due ambiti occupazionali. Di primo acchito si sarebbe indotti a pensare che, rispetto a quella instaurata dal medico, la relazione che lega l'odontoiatra al proprio paziente sia più distaccata, anche in ragione della minore frequentazione tra i due soggetti. Tuttavia, alcuni studi si focalizzano sulle capacità empatiche degli odontoiatri che sarebbero fondamentali per permettere loro di valutare la disponibilità alla cura da parte del paziente e quindi nel favorire una buona alleanza terapeutica (Curci e Camerini, 1993)¹⁵. L'empatia sarebbe particolarmente importante nel caso in cui i pazienti sono rappresentati da bambini, considerando come questi ultimi affrontino poco serenamente le cure odontoiatriche e come quindi l'atteggiamento del dentista possa incidere in modo significativo sulla relazione.

Nonostante le criticità, emerge un'elevata soddisfazione da parte dei professionisti rispetto alle relazioni instaurate con l'utenza: oltre il 40% di essi si dichiara infatti molto soddisfatto e la percentuale supera il 90% se si sommano gli "abbastanza soddisfatti". Questi dati confermano quelli emersi dall'indagine del 2004, dove veniva evidenziato come, nonostante le relazioni con i pazienti fossero vissute dai medici in maniera più faticosa e persino più conflittuale che in passato, esse fossero percepite allo stesso tempo come più soddisfacenti da oltre la metà dei rispondenti. Nel caso degli odontoiatri è significativo osservare come nessuno abbia dichiarato di essere insoddisfatto (soltanto un rispondente ha scelto l'opzione "né soddisfatto né insoddisfatto").

3.5 L'ambiente di lavoro: le reti di relazione e le pari opportunità

Rispetto alla rete delle relazioni intessute nel luogo di lavoro, dall'indagine emerge come il 66,7% dei medici intervistati si senta supportato dai colleghi più esperti ma, per contro, come soltanto un quarto di essi ritenga di ricevere un buon sostegno dall'organizzazione sanitaria (Tab. 3.3).

Percentuale di rispondenti che sono d'accordo o pienamente d'accordo	MEDICI	ODONTOIATRI
Ricevo un buon supporto dai medici/odontoiatri più esperti	82	14
	66,7%	58,3%
Ricevo un buon sostegno dal personale infermieristico	75	10
	63,6%	41,7%
Ricevo un buon supporto dall'organizzazione sanitaria	31	4
	25,4%	17,4%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 3.3 Grado di accordo con cui le affermazioni indicate, per professione (v.a., %)

In relazione al primo aspetto, sia il confronto di genere, sia quello tra le generazioni, fanno registrare dei gap significativi: le donne e i più giovani si sentono infatti maggiormente sostenuti dai colleghi più esperti (rispettivamente +8,2% e +8,9%). La spiegazione del divario

15. Scrivono Curci e Camerini a riguardo "il dentista può così divenire oggetto di un transfert positivo quando riesce a 'prendersi cura' sufficientemente bene del paziente, ma può facilmente suscitare un transfert negativo alla minima trasgressione, alla prima forzatura, allorché si attivano i fantasmi del 'cavamenti' o del 'castratore' che albergano nell'inconscio di quest'ultimo" (Curci e Camerini, 1993:16)

tra le due generazioni potrebbe risiedere nel fatto che essendosi appena affacciati sul mondo del lavoro, i più giovani siano ancora affiancati dai colleghi anziani i quali, oltre a trasmettere loro il sapere scientifico, li supportano e li incoraggiano dimostrando stima e fiducia. Per interpretare il divario di genere si può invece far ricorso all'esito che la già citata indagine sui medici di medicina generale ha fatto emergere in relazione ai rapporti tra medici maschi, che sarebbero permeati da una maggiore competizione rispetto alle relazioni instaurate dalle donne, per lo più incentrate, invece, sulla cooperazione. Ad avallare tale interpretazione vi è il dato relativo al grado di soddisfazione manifestato rispetto ai rapporti con i colleghi medici. Se complessivamente emerge un elevato livello di soddisfazione (il 61,4% si dice soddisfatto dei rapporti con i medici di medicina generale e la percentuale sale al 67,7% guardando alle relazioni tra medici appartenenti ad altre specialità) ancora una volta sono le donne a far registrare valori più alti, a dimostrazione di come esse tendano ad avere una percezione meno conflittuale dell'ambiente medico e a manifestare una maggiore attitudine al lavoro di squadra. Del resto, il dato appare in linea anche con le elaborazioni contenute nel saggio "Le professioniste del 2000" laddove si evidenziava come le donne medico tendessero ad instaurare buoni rapporti con i colleghi, basati prevalentemente sullo scambio professionale e sulla stima reciproca (Bronzini e Spina, 2008).

La maggiore soddisfazione mostrata dai medici più anziani in relazione a tale aspetto può essere invece legata alla scarsa esperienza lavorativa degli appartenenti alla generazione Y e, quindi, all'ancora poco sviluppato reticolo relazionale intessuto da questi ultimi.

Incrociando il dato con la variabile di status, emerge, infine, una minore soddisfazione da parte di coloro che appartengono a famiglie meno agiate, sia in riferimento alle relazioni con i medici di medicina generale, sia guardando ai rapporti con i colleghi specialisti. Il dato può essere ancora una volta collegato alle argomentazioni discusse in precedenza e relative alle reti di appartenenza e al capitale sociale originario che, a quanto pare, continuare ad influenzare non solo i percorsi di carriera, ma anche le relazioni instaurate nei contesti di lavoro e la soddisfazione derivante dall'esercizio professionale.

Sebbene appaiano meno marcate, anche guardando al sostegno ricevuto dall'organizzazione sanitaria, sia il confronto di genere sia quello basato sulle generazioni rivelano alcune differenze. Sono le donne e i più giovani a far registrare percentuali simili, sentendosi meno supportati dall'organizzazione presso la quale lavorano. In relazione al dato femminile si può ipotizzare che la percezione dello scarso sostegno derivi dal fatto di non sentirsi rappresentate nelle "stanze del potere": nonostante la progressiva tendenza alla femminilizzazione della professione, sembra permanere, infatti, una forte discriminazione in termini di posizioni dirigenziali e ruoli direttivi rivestiti dalle donne. L'indagine condotta nel 2004 aveva fatto emergere, a riguardo, come il 77% di queste ultime non avesse mai occupato una posizione di tipo sanitario manageriale; per contro la percentuale di uomini cui era stato conferito questo tipo di incarico si attestava attorno al 39%.

Anche il confronto basato sulla variabile di status fa registrare un significativo divario in relazione alla percezione del sostegno ricevuto dall'organizzazione sanitaria: il 62,5% di quanti provengono da un ceto sociale basso crede di non essere sufficientemente sostenuto, contro una percentuale totale ferma al 37,7%.

Il 44% degli intervistati esprime soddisfazione in relazione ai rapporti con l'ospedale; ancora una volta il divario tra la componente maschile e quella femminile appare piuttosto elevato: al 30% di uomini che giudica tale rapporto "abbastanza soddisfacente" si contrappone il 44,9% delle donne che esprime un giudizio analogo, percentuale che sale al 52,6% aggiungendo quante si dicono molto soddisfatte.

L'analisi del campione composto dagli odontoiatri fa emergere risultati in parte diversi. Meno elevata risulta essere la percentuale di quanti si sentono supportati dai colleghi più esperti, ferma al 58,3%. In effetti, rispetto alla pratica medica, il contatto tra colleghi è in questo caso meno diretto e meno reiterato, considerando come quella odontoiatrica sia per lo più un'attività esercitata a livello individuale; si può presumere, inoltre, che tale rapporto sia maggiormente permeato da una logica competitiva, dato che la pratica professionale è svolta prevalentemente in ambito privato.

Per gli odontoiatri sembra essere poco pertinente sia il quesito relativo al grado di soddisfazione derivante dai rapporti con l'ospedale (il 60% non dà un giudizio netto e il 24% valuta non pertinente la domanda) sia quello riguardante la percezione del supporto ricevuto dall'organizzazione sanitaria (4 danno una risposta affermativa, contro 12 che invece ritengono di non ricevere un giusto sostegno e 7 che non esprimono una valutazione precisa). Guardando alle relazioni con i medici di medicina generale e con i colleghi appartenenti ad altre specialità, il fatto che vengano valutate né soddisfacenti né insoddisfacenti da oltre la metà degli intervistati fa presumere che in realtà non siano molto sviluppate.

Estendendo il reticolo relazionale e considerando, quindi, anche le professionalità diverse da quella medica, dalla ricerca emerge come oltre il 63,6% dei medici intervistati si senta supportato dal personale infermieristico e non emergono a riguardo divari significativi né in base all'età né in base al genere dei rispondenti. Un ampio differenziale tra uomini e donne si registra invece nel caso degli odontoiatri laddove queste ultime si sentono più supportate dal personale infermieristico rispetto ai colleghi maschi, sebbene la percentuale generale scenda al 41,7% (pari a 10 unità) e prevalgano quanti non esprimono un giudizio netto a riguardo (45,8%).

In relazione all'ambiente lavorativo, va segnalato un dato piuttosto significativo: la metà dei medici intervistati ritiene di non lavorare sempre in condizioni di sicurezza, sia a domicilio dei pazienti che presso le strutture sanitarie; in particolare sono le donne e i più giovani ad avvertire maggiormente tale sensazione (rispettivamente 56,4% e 54,2% contro il 40% degli uomini e il 45,9% dei medici più anziani). Il dato non stupisce se si considera come i casi di violenza ai danni degli operatori sanitari siano piuttosto numerosi, sebbene manchino statistiche ufficiali sulla diffusione del fenomeno. In Italia, gli infortuni con tipologia "aggressione" denunciati all'INAIL nel 2005 e avvenuti all'interno delle strutture ospedaliere sono stati 429, di cui 195 su medici. I medici, insieme agli infermieri e agli operatori socio-sanitari sembrano infatti essere a rischio elevato in quanto si trovano ad operare a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari. Proprio per contenere tale problematica già nel 2007 erano state elaborate dal Ministero della Salute delle raccomandazioni per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf). Il fine era quello di incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati oltre che di promuovere l'adozione di iniziative volte a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative.

Soltanto 15 odontoiatri su 25 hanno invece fornito una risposta a tale quesito e, peraltro, tra questi prevalgono quanti non sono né d'accordo né in disaccordo con l'affermazione in esso contenuta. In effetti la domanda potrebbe essere stata considerata come poco pertinente visto che se da un lato, l'attività odontoiatrica non contempla visite domiciliari, dall'altro gli studi professionali sono gestiti per lo più dagli stessi intervistati che, evidentemente, rispetteranno tutti gli standard di sicurezza imposti dalle normative.

Nella convinzione che il benessere organizzativo e la qualità dell’ambiente di lavoro passino anche attraverso il rispetto delle diversità, intese in senso ampio, il questionario conteneva un quesito volto ad indagare se nei contesti lavorativi fossero garantite le pari opportunità di genere, di ordine etnico e nei riguardi dei professionisti diversamente abili. Il dato più significativo che emerge fa riferimento alla differenza nelle risposte maschili e quelle femminili, il che porta a ritenere che uomini e donne si approccino a tali tematiche in modo altamente difforme e che percepiscano diversamente l’eventuale esistenza di forme discriminatorie.

In relazione alla disabilità oltre il 45% dei rispondenti non offre una risposta precisa, dichiarandosi né d’accordo né in disaccordo con la relativa affermazione. Tra quanti ritengono che i diversamente abili godano delle stesse opportunità (33,3%), la percentuale degli uomini risulta doppia rispetto a quella delle donne (48,9% contro 24,4%). Uno scarto ancora più ampio si registra in relazione al quesito sulle pari opportunità di natura etnica: se complessivamente il 55,2% dei medici e il 50% degli odontoiatri ritengano che esse siano garantite, le percentuali maschili superano quelle femminili rispettivamente di 25 punti e di oltre 30 (Tab 3.4).

Percentuale di rispondenti che sono d'accordo o pienamente d'accordo	MEDICI			ODONTOIATRI		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
Le donne medico godono di pari opportunità	37	33	70	13	5	18
	82,2%	39,8%	54,7%	92,9%	50,0%	75,0%
Le minoranze etniche godono di pari opportunità	32	37	69	9	3	12
	71,1%	46,3%	55,2%	64,3%	30%	33,3%
I medici diversamente abili godono di pari opportunità	22	19	41	4	2	6
	48,9%	24,4%	33,3%	28,6%	25%	27,3%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 3.4 *Grado di accordo con cui le affermazioni indicate, per professione e per genere (v.a., %)*

Il divario tra i sessi è massimo, tuttavia, guardando alle risposte fornite al quesito sulle pari opportunità di genere: solo il 39,8% delle donne medico e il 50% delle odontoiatre non avvertono l’esistenza di meccanismi discriminatori, contro rispettivamente l’82,2% e il 92,9% dei colleghi maschi. La percezione femminile sembra trovare conferma nei risultati portati alla luce dal Rapporto “Donne medico: indagine su lavoro e famiglia, stalking e violenze”, realizzato dall’Ordine dei medici della Provincia di Roma¹⁶: circa i due terzi delle intervistate ritiene di essere discriminata nell’ambiente di lavoro e il 37,5% di esserlo soltanto nel raggiungimento delle posizioni apicali; in particolare la discriminazione è avvertita in maggior percentuale dalle più giovani, da quelle ad inizio carriera e da quante lavorano nelle strutture ospedaliere private, che ritengono di avere scarse possibilità di avanzamento professionale (OMCeO, 2011). Anche dalla presente indagine emerge come siano le più giovani, che coincidono con quelle ad inizio carriera, ad essere maggiormente convinte che le

16. Si tratta di un’indagine condotta lo scorso anno che ha coinvolto un campione di 1.597 donne medico iscritte all’Ordine provinciale della capitale che con oltre 41 mila iscritti rappresenta il 10% dell’intera categoria professionale.

pari opportunità non vengano rispettate (48% contro il 41,6% delle colleghe appartenenti alla generazione X).

3.6 La soddisfazione lavorativa e il work-life balance

Rispetto al tema della soddisfazione professionale il questionario prevedeva una serie di quesiti il primo dei quali di carattere generale e gli altri legati ad aspetti specifici.

La prima domanda chiedeva di esprimere su una scala da 1 a 10 il grado di soddisfazione raggiunto rispetto alla posizione lavorativa attualmente ricoperta (Tab. 3.5). Il valore medio si attesta per entrambi i gruppi professionali attorno a 6. Analizzando nello specifico il campione composto da medici, non si evidenziano differenziali né tra maschi e femmine né in relazione all’età dei rispondenti. Guardando alle differenze di status, invece, emerge come la soddisfazione di quanti provengono da famiglie meno abbienti sia mediamente più bassa rispetto a quella dei colleghi (5,2 contro 6,1 degli appartenenti al ceto medio e 6,6 degli appartenenti all’alta borghesia) lasciando intendere che essi non abbiano realizzato forse fino in fondo le aspettative che riponevano nella professione al momento della scelta di carriera.

Dall’analisi del campione degli odontoiatri, invece, emerge un livello di soddisfazione mediamente più elevato per le donne e per i più anziani. In effetti, i free lance dell’odontoiatria, come vengono definiti i giovani professionisti intervistati dal Giornale dell’Odontoiatra (2011), denunciano una scontentezza profonda che li spinge ad affermare che “se potessero tornare indietro non sceglierebbero più odontoiatria” perché “essere contenti del lavoro sembra oggi assomigliare più ad un sogno non realizzato [...] arenatosi contro la fatica, gli ostacoli burocratici e le difficoltà pratiche”. In particolare, la soddisfazione tratta dalla pratica clinica, che ripaga dell’impegno e della dedizione al lavoro, sembra svilita dalle incombenze burocratiche, dalla precarietà delle collaborazioni che li legano ai titolari di studio, così come dalle difficoltà di farsi strada in un mercato saturo e in cui l’abusivismo e il prestanomismo minacciano il decoro della professione.

	MEDICI	ODONTOIATRI
Maschi	6,1	5,9
Femmine	6,2	6,3
Generazione X	6,3	4,9
Generazione Y	6,1	6,7
Totale	6,2	6,0

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 3.5 Soddisfazione media rispetto all’attuale posizione lavorativa, per professione, per genere e per generazione

In relazione agli aspetti economici del lavoro, il 41,5% dei medici si dice soddisfatto del reddito percepito in confronto a quello dei colleghi che hanno conseguito la stessa specializzazione, la percentuale scende al 32,4% confrontando il reddito con quello dei medici appartenenti a specialità diverse. In entrambi i casi lo scarto tra la componente maschile e quella femminile è notevole, facendo registrare livelli di soddisfazione più bassi per gli uomini (rispettivamente 17,6% e 13,7% in meno), ad indicare la maggiore attenzione prestata da questi ultimi agli aspetti reddituali. Anche guardando alla variabile di status emergono dei differenziali: l’indagine evidenzia, infatti, una più elevata insoddisfazione tra quanti

provengono da famiglie con uno status socio-economico basso. In effetti, tornando alle motivazioni ad intraprendere la professione, sia gli uomini che quanti provengono da famiglie meno abbienti, avevano attribuito maggiore importanza alla possibilità di ottenere dei buoni guadagni. La scarsa soddisfazione per il reddito percepito potrebbe dunque essere ascritta alla delusione derivante da un'aspettativa non realizzata fino in fondo. Le più elevate percentuali di "molto soddisfatti" tra i più giovani lasciano invece supporre che la loro percezione sia condizionata dall'entusiasmo dovuto all'imminente ingresso nel mondo del lavoro e dalle aspettative che ripongono nella carriera futura.

Passando ad osservare il campione composto dagli odontoiatri emerge come prevalgano le risposte legate all'opzione "né soddisfatto né insoddisfatto" (44%) seguite da quanti si sono dichiarati insoddisfatti (40%) del reddito percepito in confronto ai guadagni dei colleghi dentisti e a quelli dei medici in generale¹⁷. Gli uomini e i più giovani risultano essere un po' più insoddisfatti rispetto alle donne e ai colleghi più anziani.

Soltanto il 29,8% dei medici e il 28% degli odontoiatri si dicono soddisfatti rispetto alla possibilità che l'ECM corrisponda ai propri bisogni e, in entrambi i casi, non emergono differenziali legati al genere né all'età dei rispondenti. Se un po' meno della metà dei medici, inoltre, esprime la propria soddisfazione rispetto alla possibilità di applicare in pieno le proprie competenze, 17 odontoiatri su 25, pari al 68%, manifesta invece soddisfazione (relativamente di più le donne e i meno giovani). Ancora una volta il differenziale tra i due campioni può essere legato alla natura dell'attività svolta e alle modalità di esercizio professionale maggiormente condizionate, nel caso dei medici, dalle regole e dai vincoli imposti dall'organizzazione sanitaria entro cui prestano servizio.

Il 41,5% dei medici esprime soddisfazione riguardo al rapporto con i farmacisti: in questo caso si osserva un differenziale di quasi 13 punti percentuali tra maschi e femmine in favore di queste ultime, e ciò sembrerebbe confermare quanto argomentato in precedenza riguardo alla più marcata propensione femminile per le relazioni inter e infra-professionali. Forse poco appropriato il quesito dal punto di vista degli odontoiatri a giudicare dalle risposte fornite: il 60% non ha assunto infatti una posizione decisa, percentuale che sale al 68% se si considerano quanti hanno barrato l'opzione "non pertinente".

Un ulteriore aspetto legato al tema della soddisfazione riguardava quella derivante da eventuali rapporti con sponsor (rappresentati da società private, colleghi, ecc). Dall'indagine emerge come soltanto l'11,5% dei medici campionati abbia relazioni di questo tipo (proporzionalmente più gli uomini che le donne) e come esse risultino essere molto o abbastanza soddisfacenti nella quasi totalità dei casi. Anche tra gli odontoiatri l'attitudine ad instaurare rapporti con sponsor non sembra essere molto elevata; tale circostanza interessa infatti soltanto 6 professionisti su 25 (di cui 5 sono donne) che, in ogni caso, si dicono soddisfatti di tale rapporto.

Guardando alla soddisfazione per la quantità di tempo che il lavoro permette di dedicare alle attività familiari, sociali e ricreative, si osserva uno scarto tra i due campioni, laddove il valore medio fatto registrare dagli odontoiatri è, seppure di poco, maggiore di quello emerso nel caso dei medici (rispettivamente 6 e 5,4, Tab. 3.6). Analogamente, importanti differenze emergono scomponendo i dati complessivi in relazione al genere e all'età dei rispondenti. Se tra gli odontoiatri risultano essere gli uomini e i neo-iscritti all'Ordine a manifestare un più alto livello di soddisfazione, nel caso dei medici, al contrario, sono le donne e i

17. Anche nell'interpretare questo dato sono stati considerati come "medici appartenenti alla stessa specialità" gli odontoiatri in generale, mentre per "professionisti appartenenti a specialità diverse" sono stati intesi i medici.

meno giovani. La maggiore soddisfazione percepita dalle donne potrebbe essere collegata a quanto l'indagine ha fatto emergere in precedenza, e cioè al minore impegno lavorativo da parte dei camici rosa specie nei week end, che lascerebbe loro più tempo da dedicare alle attività extraprofessionali.

	MEDICI	ODONTOIATRI
Maschi	4,9	5,8
Femmine	5,6	6,2
Generazione X	5,5	4,8
Generazione Y	5,3	5,3
Totale	5,4	6,0

Fonte: nostra elaborazione

3.6 Soddisfazione media rispetto alla quantità di tempo che il lavoro lascia per le attività familiari, sociali e ricreative, per professione, per genere e per generazione

Nonostante, come si è visto, risulti non molto elevato il livello medio di soddisfazione rispetto alla quantità di tempo che il lavoro consente di dedicare ad attività extraprofessionali, emerge in generale una relativa facilità da parte degli intervistati di bilanciare i tempi di vita con quelli di lavoro (tra i medici la percentuale di quanti hanno dichiarato che sia molto/abbastanza semplici è pari al 60,4%, che sale al 64% per gli odontoiatri). Guardando al campione dei medici si osserva come la differenza tra le percentuali femminile e quella maschile sia relativamente contenuta (rispettivamente 59% e 64,4%) e come, per contro, il differenziale tra gli appartenenti alle due diverse generazioni appaia significativo, attestandosi attorno ai 12 punti percentuali: sono le giovani leve a considerare maggiormente critico questo aspetto. Il dato non stupisce se si considera che, appena entrati nel mercato del lavoro, essi staranno probabilmente investendo molto nella loro carriera e, allo stesso tempo, staranno pianificando anche il loro futuro personale. Questo doppio “impegno” può determinare uno sforzo eccessivo e rendere più faticoso il raggiungimento dell’equilibrio tra le esigenze professionali e quelle private. In effetti tale analisi appare confermata dai dati fatti registrare dagli odontoiatri dove risulta che per i più giovani sia relativamente meno facile conciliare i due aspetti. Stupisce, invece, il fatto che le dentiste mostrino una maggiore facilità in tal senso considerando come il quotidiano sforzo tra vita professionale e vita familiare si traduca spesso in una minore disponibilità di tempo da dedicare all’impegno professionale, il che comporta, peraltro, una minore produzione di reddito.

4. I RAPPORTI CON L'ORDINE PROFESSIONALE

Quello sugli Ordini professionali rappresenta un tema centrale che da anni alimenta un acceso dibattito sia all'esterno che all'interno dell'istituzione ordinistica. Da molto tempo si discute a livello politico sull'opportunità di riformare gli Ordini, affinché vengano modernizzati i servizi offerti e se ne adegui la portata alle disposizioni comunitarie. Recentemente il governo Monti ha accelerato tale processo, intimando agli Ordini l'obbligo di riformarsi entro il mese di Agosto 2012 pena l'abolizione dell'intera disciplina vigente sugli ordinamenti professionali. Tale norma, inserita nel decreto "Salva Italia" del dicembre 2011, ha costretto gli organismi di rappresentanza professionale a velocizzare il processo di revisione interna.

L'Ordine dei medici, istituito a livello nazionale nel lontano 1910 allo scopo di rappresentare la categoria e di tutelarne gli interessi¹⁸, ha conservato nel tempo la sua configurazione autonoma e pubblica, mantenendo un ruolo di garanzia rispetto alla professionalità dei propri iscritti e tutelando in tal modo anche i fruitori delle prestazioni¹⁹. Le trasformazioni sociali verificatesi dalla sua istituzione e i cambiamenti che hanno interessato l'organizzazione sanitaria, ne richiedono però un adeguamento costante affinché resti in linea con gli interessi prevalenti della categoria e ne rappresenti tutte le componenti.

A riguardo, recentemente, alcuni Ordini provinciali hanno organizzato iniziative finalizzate a potenziare il coinvolgimento dei neo-iscritti, promuovendo attività più vicine alle loro esigenze. Ne è un esempio lo "Sportello giovani" aperto presso l'Ordine della Provincia di Milano e in quello di Napoli, dove vengono offerte consulenze e organizzate iniziative su questioni particolarmente sentite dai giovani (quelle previdenziali ed assicurative, quelle contrattuali, quelle legali, ecc.) allo scopo di contenere quel parziale disinteresse rispetto alla vita associativa che essi sembrano mostrare. Una relativa disaffezione nei confronti dell'ordine professionale è stata registrata del resto anche in occasione del Consiglio Nazionale riunitosi nel febbraio scorso, laddove il tema dell'unitarietà categoriale è stato ampiamente dibattuto. Se da un lato è stata sostenuta con forza la necessità che la medicina si ponga come un corpo unitario verso l'esterno e sia permeata da una dialettica franca al proprio interno, recuperando così un ruolo di interlocuzione vera, dall'altro è stata espressa preoccupazione per la disaffezione mostrata nei riguardi dell'Ordine professionale, che potrebbe condurre verso una deriva di frammentazione categoriale.

Data l'importanza che la tematica riveste nella presente ricerca si è prestata particolare attenzione a questi aspetti, dedicando un'apposita sezione del questionario all'interazione tra i giovani medici e l'Ordine professionale. Il fine è stato quello di individuare le loro percezioni rispetto all'utilità di tale organismo, oltre che quello di valutare la loro partecipazione alle attività e alle iniziative promosse dall'Ordine.

Il 52% dei medici e il 54,2% degli odontoiatri intervistati hanno dichiarato di aver effettuato il giuramento Ippocratico. Tra i primi non emergono scarti significativi dal confronto tra

18. La *ratio* della loro istituzione è spiegata nella relazione al disegno legislativo laddove si dichiara espressamente "Importa infatti sommamente ai sanitari che esistano organi legali, i quali da un canto tutelino i loro legittimi interessi professionali, e nel tempo stesso assicurino il decoroso esercizio della professione per tutti coloro che vi si dedicano" (dalla relazione del disegno di legge sugli ordini sanitari n. 5 del 1909, cit. in Raimondi M., *La «professione» dalla legge del 1910 ad oggi*, in FNOMCeO "1946-1996 Per una storia degli Ordini dei Medici. Edizione fuori commercio).

19. Esso vigila sulla qualità e sul corretto esercizio della professione ed interviene in caso di scorrettezze, essendo titolare dell'esercizio del potere disciplinare. Provvede, inoltre, alla conservazione del decoro e all'indipendenza della professione, promuove il progresso culturale degli iscritti e collabora con le istituzioni per la soluzione di problematiche di natura sanitaria

le due generazioni, testimoniando come il senso di appartenenza alla professione medica sia una dimensione che prescinde dall'età; l'analisi di genere fa ritenere, invece, che le donne attribuiscono un maggior significato a tale pratica tradizionale, facendo registrare percentuali molto più elevate rispetto al campione maschile (rispettivamente 59%, e 38,6%). Anche tra gli odontoiatri è maggiore la percentuale di donne che ha giurato fedeltà ai precetti ippocratici mentre la prospettiva generazionale evidenzia come siano i più giovani ad averlo fatto.

Il 68,7% dei medici possiede una copia del codice deontologico: se non si registrano scarti relativamente al genere, il confronto per età evidenzia un differenziale di oltre 13 punti percentuali (lo possiede infatti il 76,4% degli appartenenti alla generazione X contro il 62,7 dei colleghi più giovani). Tale divario si amplia considerevolmente nel caso degli odontoiatri: a far abbassare la percentuale complessiva di quanti possiedono una copia del codice (ferma al 48%) sono i più giovani, soltanto un quarto dei quali ha dichiarato di averlo.

Accanto a questi due fattori, il senso di appartenenza alla professione può essere misurato dal grado di partecipazione alla vita associativa. Si osserva, a riguardo, come 10 odontoiatri su 25 (pari al 43,5%) non abbiano mai votato per il rinnovo delle cariche ordinistiche; la percentuale sale al 65,3% nel caso dei medici, dove sono gli uomini a far aumentare il valore segnando un gap con la componente femminile di 9 punti. Piuttosto ridotta anche la percentuale di quanti hanno partecipato almeno una volta all'assemblea annuale dell'Ordine provinciale, di poco inferiore al 30% per entrambi i campioni. Nel caso dei medici, ancora una volta sono le donne a mostrare un maggiore interesse alla vita associativa, mentre nel caso degli odontoiatri sono i meno giovani a partecipare di più alle iniziative istituzionali promosse dall'organismo di rappresentanza professionale.

Scarsa risulta anche l'interazione tra i professionisti e il loro organismo di rappresentanza: l'82,3% dei medici non si è mai rivolto all'Ordine per la risoluzione di problematiche inerenti la professione e il 94,6% non ha mai richiesto un colloquio con il Presidente. Il 67,4% non ha mai usufruito, infine, dei servizi messi a disposizione degli iscritti dall'organismo di rappresentanza professionale: tra quanti lo hanno fatto prevalgono nettamente le donne sugli uomini (37,3% e 23,9%) e i giovani sui colleghi più anziani (35,1% e 27,8%).

Relativamente più partecipativi gli odontoiatri, laddove in percentuali un po' più basse hanno dichiarato di non aver mai chiesto un confronto con il Presidente (88%) e di non aver mai fatto ricorso a servizi resi disponibili dall'Ordine (54,2%). Soltanto il 29%, infine, ha dichiarato di aver interpellato l'Ordine professionale per risolvere alcuni problemi e in questo caso si osserva uno scarto rilevante sia in relazione al genere (38,5% maschi e 18,2% femmine) sia all'età dei rispondenti (50% degli appartenenti alla generazione X e 18,8% dei più giovani).

Nonostante complessivamente emerga da parte dei giovani professionisti anconetani una scarsa adesione alla vita associativa, poco più della metà dei rispondenti si è detto disponibile a far parte di una eventuale task force ordinistica in grado di attivarsi rapidamente su problematiche sanitarie individuate dall'Ordine professionale, dimostrando un senso di responsabilità personale nel contribuire al miglioramento delle dinamiche professionali. Quanti non lo hanno fatto (in misura percentualmente maggiore le donne medico e gli uomini odontoiatri) hanno indicato nell'assenza di tempo la ragione principale del proprio diniego.

A prescindere dall'età e dal genere degli intervistati emerge come oltre il 90% dei medici e l'80% degli odontoiatri conosca il sito internet dell'Ordine provinciale che, negli ultimi tre mesi, è stato visitato mediamente 8 volte dai primi e 4 volte dai secondi. Circa il 70% dei

medici è iscritto alla *mailing list*, ricevendo puntualmente la newsletter, percentuale che scende al 50% nel caso degli odontoiatri.

Il questionario non contemplava alcuna domanda volta direttamente a cogliere l'utilità attribuita dagli iscritti all'Ordine professionale, né prevedeva quesiti finalizzati a conoscere il grado di soddisfazione percepita rispetto all'operato di quest'ultimo organismo. Si è cercato tuttavia di far emergere l'opinione degli intervistati chiedendo loro di esprimere il proprio grado di accordo o disaccordo rispetto all'eventualità che l'Ordine professionale si occupi di una serie questioni proposte espressamente nella domanda e riepilogate nella tabella 4.1.

	MEDICI		ODONTOIATRI	
	Molto/ abbastanza	Poco/ per niente	Molto/ abbastanza	Poco/ per niente
La sensibilizzazione rispetto alle problematiche previdenziali	99,2%	,8%	91,3%	8,7%
La definizione del fabbisogno di professionalità mediche/odontoiatriche e futuro occupazionale	97,6%	2,4%	95,7%	4,3%
La predisposizione di un adeguato sistema formativo-professionalizzante in linea con gli standard UE	96,1%	3,9%	95,8%	4,2%
Il reperimento di risorse necessarie alla formazione, alla ricerca e alla formazione in funzione della produttività e del merito	92,9%	7,1%	91,7%	8,3%
Le modalità di accesso al Corso di Laurea in medicina/odontoiatria e alle scuole di specializzazione	78,0%	22,0%	75,0%	25,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 4.1 Percezione rispetto all'impegno che l'Ordine dovrebbe avere in relazione agli aspetti indicati, per professione (%)

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% e 97,6% dei medici e 91,3% e 95,7% degli odontoiatri). Guardando al primo aspetto si può supporre che ad 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 e quella odontoiatrica; il secondo fattore, strettamente collegato al precedente ma che riguarda principalmente i medici, è riconducibile all'aumento del precariato, legato al più frequente 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 recentemente denunciato dal vice presidente del S.I.G.M. (OMCeOMI, 2011). 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 stupi-

sce 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.

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%). Tale aspetto interessa in modo particolare la componente odontoiatrica laddove viene collegato alla questione del riconoscimento dei titoli di studio acquisiti all'estero. Il problema non riguarda soltanto i cittadini stranieri che vengono ad esercitare la professione in Italia i quali, stando alle stime FNOMCeO ferme al 2010 sarebbero 749, quanto il crescente numero di connazionali che non superando i test di ingresso nelle Università italiane si iscrivono a corsi di laurea in atenei stranieri, per lo più privati che, talvolta, non rispettano gli standard previsti dalle direttive comunitarie²⁰.

Superiore al 90% è la percentuale di quanti si dichiarano d'accordo rispetto alla eventualità che l'Ordine si impegni nel reperimento di risorse necessarie alla formazione e alla ricerca e che le investa in funzione della produttività e del merito degli iscritti. Se il genere né lo status sociale di appartenenza non rappresentano fattori discriminanti per entrambi i campioni, guardando all'età dei rispondenti, quello composto da medici evidenzia uno scarto in favore dei più giovani che sembrano avvertire maggiormente l'esigenza del prevalere della meritocrazia (95,9% contro l'88,5% dei colleghi più anziani).

Relativamente meno avvertito il bisogno che l'Ordine si occupi delle modalità di accesso ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione (78% dei medici e 75% odontoiatri). In relazione a questo aspetto i due campioni si differenziano: tra i medici sono i più giovani e le donne ad auspicare un interessamento dell'Ordine professionale in tal senso; tra gli odontoiatri, invece, prevalgono gli uomini e i professionisti meno giovani.

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 macro dimensioni.

Tra i medici è piuttosto elevata la percentuale di quanti attribuiscono all'Ordine professionale 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 scientifiche e 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; entro tale raggruppamento sono racchiuse, in realtà, diverse dimensioni del sostegno: dal supporto all'inserimento nel mondo del lavoro, all'aiuto nella risoluzione di problematiche di natura legale o burocratica. Coerentemente con i risultati emersi dal precedente quesito, 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. Da ultimo appare significativa anche la percentuale di quanti 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.

20. Emblematico è il caso dell'Università di Vasile Goldis, ad Arad, in Romania dove negli ultimi sei anni su 5 mila studenti che hanno scelto odontoiatria quasi mille (pari a un quinto) sarebbero italiani con una percentuale elevata di quanti provengono dal Sud (80%) (Corriere della Sera del 10 aprile 2012).

Analizzando le risposte fornite dagli odontoiatri non emergono particolari differenze: anche in questo caso prevale la percezione che l'Ordine debba organizzare eventi formativi funzionali all'aggiornamento costante dei professionisti, e che debba esercitare funzioni di controllo e di garanzia. Se, ancora una volta appare particolarmente sentita l'esigenza che tale organismo tuteli la categoria, è significativo osservare come i rispondenti siano convinti che esso debba innanzitutto garantirli e difenderli da vecchie e nuove minacce. Tra le prime vanno certamente annoverati l'abusivismo e il prestanomismo, pratiche illecite che, pur mettendo seriamente in pericolo la credibilità sociale della professione, sono attualmente punite con sanzioni amministrative del tutto irrisorie. Alle problematiche più recenti si aggiungono quelle legate allo sviluppo di cliniche *low cost*, all'intensificazione di quello che viene definito turismo odontoiatrico, e alla crescente penetrazione nel mercato da parte dei franchising multinazionali che rischiano di trasformare in impiegati dell'odontoiatria i giovani professionisti (<http://www.key-stone.it/news.php>).

5. L'UNITARIETÀ PROFESSIONALE E L'IDENTITÀ CORPORATIVA

La sociologia delle professioni individua nell'appartenenza uno dei tratti specifici e fondanti del professionalismo. Le professioni, infatti, "identificano un insieme di soggetti che condividono una attività lavorativa qualificata, redditi medio-alti, una cultura tecnico-scientifica, valori codificati e forme di vita privilegiate" (Vicarelli 2008b:129). Negli ultimi decenni, tuttavia, si è assistito ad un processo di trasformazione delle professioni in generale, e di quella medica in particolare, che porta a riflettere sulla possibilità di continuare a considerarle come dei corpi unitari (Vicarelli, 2006:2010). Molteplici appaiono le linee di frattura, una delle quali va senza dubbio individuata nell'iper-specializzazione della medicina (frammentazione orizzontale), processo avviatosi già alla fine dell'Ottocento con la comparsa delle scuole di specialità post-laurea. Il processo di settorializzazione del sapere si è tradotto nella nascita di sottocategorie professionali che sarebbero da considerare, secondo alcuni studi (Halpern, 1990:1992; Arliaud e Robelet, 2000; Zetka, 2001), professioni separate ed autonome, data la specificità degli interessi perseguiti e delle strategie messe in atto. Ciò ha incrinato l'unitarietà della medicina, sempre più attraversata da conflitti e tensioni inter-professionali. Una seconda linea di frattura va individuata nel processo di frammentazione verticale (Tousijn 2008b), ascrivibile all'ipotesi di "ristratificazione" proposta da Freidson (2002). Se l'avvento del managerialismo in sanità ha in effetti determinato la nascita di un nuovo ceto manageriale, stando all'ipotesi del sociologo americano i medici avrebbero tentato di mantenere il controllo sulle decisioni occupando tali ruoli. La comparsa dei medici-manager avrebbe agito in senso disaggregante, creando uno spartiacque tra questi ultimi, orientati alla macro-cura della popolazione, e i colleghi che praticano la professione, orientati, invece, alla micro-cura degli individui (Freidson, 1985). Un terzo fattore di destabilizzazione viene individuato nella femminilizzazione della professione laddove, come scrive Malatesta "l'ingresso delle donne ha eroso l'idea che una delle componenti fondamentali del capitale intellettuale indispensabile per esercitare le professioni liberali fosse l'appartenenza al genere maschile" (Malatesta, 2001:4).

Stante l'attualità del dibattito appare utile interrogarsi sulla tenuta di questo tratto distintivo della professione medica e chiedersi, quindi, se sia ancora possibile scorgere in essa una comunità coesa o se si possa parlare di crisi dei processi di appartenenza dei medici al proprio gruppo professionale.

A riguardo appare di particolare interesse il dato relativo alla percezione che gli intervistati hanno riguardo all'esistenza di una identità di base che faccia pensare ad un corpo unitario. La maggioranza relativa degli intervistati ha risposto "in parte" (47,7% dei medici e 36% degli odontoiatri), come a voler ammettere l'esistenza di alcune fratture interne alla professione ma anche il permanere di un certo grado di unitarietà (Tab. 5.1). Rilevanti appaiono i differenziali per genere e per generazione. Rispetto alla percezione degli uomini e dei colleghi più giovani, la posizione delle donne e quella dei medici più anziani appare più radicale, considerato come queste ultime due categorie di individui tendano a rispondere in percentuali maggiori o affermativamente o negativamente.

Il 18,5% dei medici e il 16% degli odontoiatri riconoscono l'esistenza di una identità di base mentre il 26,9% dei primi e il 28% dei secondi ritengono che non si possa parlare di un corpo unitario. Guardando esclusivamente ai medici, sono le donne, insieme ai più giovani, a credere maggiormente nell'esistenza di un'identità professionale; questi ultimi hanno probabilmente una visione più ideologica ed ottimistica ed è probabile che prevalga ancora un effetto socializzazione trasmesso dalla Facoltà di Medicina (Tousijn, 2006). Rispetto alla rilevazione del 2004 si riducono le percentuali degli ottimisti e dei pessimisti (rispettiva-

mente -3,5% e -8,1%) ed aumenta invece quella composta dagli scettici, ovvero da quanti non sono del tutto convinti che si sia persa l'unità del corpo professionale e quindi che l'appartenenza ne sia ancora un tratto distintivo (Vicarelli, 2008b).

	MEDICI					ODONTOIATRI				
	Totale	Genere		Generazione		Totale	Genere		Generazione	
		M	F	X	Y		M	F	X	Y
No	35	11	24	21	14	7	3	4	2	5
	26 9%	23 4%	28 9%	38 9%	18 4%	28 0%	21 4%	36 4%	22 2%	31 3%
In parte	62	25	37	21	41	9	7	2	4	5
	47 7%	53 2%	44 6%	38 9%	53 9%	36 0%	50 0%	18 2%	44 4%	31 3%
Sì	24	7	17	8	16	4	2	2	3	1
	18 5%	14 9%	20 5%	14 8%	21 1%	16 0%	14 3%	18 2%	33 3%	6 3%
Non saprei	9	4	5	4	5	5	2	3	0	5
	6 9%	8 5%	6 0%	7 4%	6 6%	20 0%	14 3%	27 3%	0%	31 3%
Totale	130	47	83	54	76	25	14	11	9	16
	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%	100 0%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 5.1 *Percezione rispetto all'esistenza di un'identità di base che faccia pensare ad un corpo unitario, per professione, per genere e per generazione (v.a., %)*

Tra gli odontoiatri sono ancora le donne ad essere relativamente più convinte dell'esistenza dell'unitarietà professionale ma in questo caso i giovani mostrano una posizione piuttosto pessimistica.

Lo scetticismo mostrato rispetto alla esistenza di una identità di base sembra essere collegato alla difficoltà di individuare soggetti collettivi in grado di articolare una qualche forma di identità corporativa (Tousijn, 2006), considerato come la propensione associativa sia piuttosto bassa. Guardando, infatti, al grado di associazionismo di tipo scientifico e sindacale emerge come il 55% dei medici non sia mai stato iscritto ad alcuna associazione professionale né ad un sindacato, percentuale che sale al 58% se si sommano quanti sono stati iscritti in passato ma non lo sono più attualmente. Solamente il 10,7% degli intervistati è iscritto sia ad un'associazione che ad un sindacato, il 22,1% aderisce ad una società scientifica mentre il restante 9,2% è iscritto soltanto al sindacato. Gli odontoiatri mostrano una maggiore propensione associativa considerato come 16 su 25 siano iscritti almeno ad una di tali organizzazioni (8 non vi hanno mai aderito). In entrambi i campioni sono le donne e i professionisti meno giovani a dimostrare un maggiore grado di adesione a tali realtà associative e, ancora in entrambi i casi, il tasso di sindacalizzazione è più basso rispetto a quello relativo all'associazionismo di tipo scientifico.

Medici e odontoiatri sembrano compatti nella definizione di un idealtipo professionale, convergendo su alcuni di quelli che dovrebbero essere i tratti distintivi della loro professione: l'indagine evidenzia, infatti, come vengano considerate indispensabili la sicurezza e la competenza del medico, seguite dall'attenzione all'individuo, dalla capacità di ascolto e dalla disponibilità. Meno omogenee le risposte fornite rispetto ai requisiti "empatia", "sincerità" e "atteggiamento tranquillizzante": a fronte di una preponderanza di quanti li ritengono indispensabili, si osserva, infatti, una discreta percentuale di rispondenti che li considera desiderabili. Per spiegare il dato si può ipotizzare che la pratica quotidiana abbia portato gli intervistati ad osservare comportamenti forse scarsamente orientati a tali valori e ciò possa aver condizionato la modalità di risposta: in altre parole, se tali requisiti dovrebbero idealmente caratterizzare l'atteggiamento del professionista, lo scarso riscontro empirico da parte dei rispondenti potrebbe averli indotti a scegliere l'opzione "desiderabili". Le risposte

convergono, infine, nell’opzione “inaccettabile” per quanto riguarda l’incompetenza, la superficialità e la drammatizzazione.

Più difficile osservare il grado di convergenza nel quesito in cui si è chiesto agli intervistati di indicare, scegliendole liberamente, quali fossero le caratteristiche principali che connotano la loro professione. Anche in questo caso, come per la domanda volta a conoscere le funzioni attribuite all’Ordine professionale, è stato necessario accorpare le risposte caratterizzate da un elevato grado di eterogeneità. Ancora una volta si è scelto di individuare alcune dimensioni chiave partendo dai termini utilizzati direttamente dagli intervistati²¹.

Per entrambe le professioni, coerentemente con i dati sopra esposti, il requisito indicato in misura maggiore dagli intervistati riguarda la competenza e la preparazione scientifica legata al processo di acquisizione costante del sapere. Anche la professionalità appare una dimensione importante, declinata molto spesso in termini di serietà e di responsabilità rispetto al ruolo rivestito. La capacità di ascolto/comunicazione, l’empatia e l’umanità, benché facciano registrare percentuali significative, sono state indicate per lo più in seconda e terza battuta.

Un ultimo aspetto considerato per osservare il grado di unitarietà della professione riguarda la valutazione formulata rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. Nello specifico sono stati previsti due quesiti: uno che chiedeva ai professionisti di indicare a quale modello di Ssn guardassero con maggiore interesse, l’altro chiedeva di individuare, scegliendoli liberamente, tre requisiti fondamentali che dovrebbero caratterizzare il Ssn.

Guardando al primo aspetto emerge come il 57,7% dei medici intervistati manifesti la propria preferenza nei confronti del modello pubblico, il 29,2% sia proteso verso quello misto e l’8,5% si schieri in favore della sanità privata (Tab. 5.2).

	MEDICI					ODONTOIATRI				
	Totale	Genere		Generazione		Totale	Genere		Generazione	
		M	F	X	Y		M	F	X	Y
Pubblico	75	23	52	30	45	4	3	1	1	3
	57,7%	48,9%	62,7%	55,6%	59,2%	16,7%	23,1%	9,1%	12,5%	18,8%
Privato	11	8	3	6	5	6	3	3	2	4
	8,5%	17,0%	3,6%	11,1%	6,6%	25,0%	23,1%	27,3%	25,0%	25,0%
Misto	38	13	25	16	22	10	4	6	4	6
	29,2%	27,7%	30,1%	29,6%	28,9%	41,7%	30,8%	54,5%	50,0%	37,5%
Non ho idea	6	3	3	2	4	4	3	1	1	3
	4,6%	6,4%	3,6%	3,7%	5,3%	16,7%	23,1%	9,1%	12,5%	18,8%
Totale	130	47	83	54	76	24	13	11	8	16
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 5.2 Modello di sistema sanitario cui i medici guardano con maggiore interesse, per professione, per genere e per generazione (v.a., %)

Considerando che il 72% dei rispondenti aveva dichiarato di lavorare in ambito pubblico, stupisce che la percentuale di quanti pensano ad un sistema sanitario di questo tipo sia ferma al 57,7%. Al dato, che evidenzia forti differenziali di genere, può essere fornita una duplice interpretazione. Da un lato si può pensare che quanti si trovano a lavorare attualmen-

21. Per tale ragione, ad esempio, è stata tenuta distinta la “professionalità” dalla “competenza” pur nella consapevolezza che la prima non possa prescindere dalla seconda e che, appunto, quest’ultimo concetto rappresenti una componente essenziale del primo.

te all'interno del servizio pubblico lo considerino come una scelta obbligata, data la difficoltà di crearsi un mercato privato al di fuori di esso; dall'altro, si può invece immaginare che conoscendo dal di dentro le criticità del servizio sanitario, i medici scorgano nella sua parziale privatizzazione i margini per un miglioramento della qualità offerta.

Diverso appare lo scenario analizzando le risposte fornite dagli odontoiatri dove appare più evidente l'interesse verso una quantomeno parziale privatizzazione del sistema: soltanto 4 sono orientati verso il sistema pubblico, 6 verso quello privato *tout court* e 10 guardano con favore a quello misto.

Rispetto al secondo quesito, quello che chiedeva di indicare tre caratteristiche principali del Ssn, le risposte appaiono piuttosto disomogenee, rendendo particolarmente complessa la lettura. Numerosi sono infatti gli aggettivi utilizzati dagli intervistati per qualificare il Ssn tanto che, l'elevata dispersione delle risposte, non ne permette una classificazione che sia in qualche modo rappresentativa. Ciò che si può dire è che una particolare attenzione è stata riservata, sia dai medici che dagli odontoiatri, agli aspetti organizzativi dell'istituzione sanitaria e, nello specifico, alle dimensioni dell'efficacia e dell'efficienza del servizio. Ciò lascia supporre che il contesto aziendalizzato entro cui i giovani medici sono cresciuti li abbia socializzati verso determinati principi, un tempo estranei alla razionalità medica, che contribuiscono oggi ad orientare la condotta professionale. Continuano però certamente ad assumere una certa importanza anche le dimensioni più tradizionali che connotano l'operato medico quali, in particolare l'attenzione all'utenza e ai bisogni che essa manifesta: molti professionisti hanno richiamato l'opportunità che il servizio sanitario sia facilmente accessibile, che eroghi i servizi entro tempi accettabili, che garantisca l'equità e che mantenga il suo carattere universalistico.

6. LE SFIDE ALL'AUTONOMIA PROFESSIONALE

Appare rilevante evidenziare come, tra le caratteristiche che dovrebbero connotare la professione medica soltanto quattro intervistati abbiano indicato l'autonomia professionale. La peculiarità del dato va letta in relazione all'importanza che da sempre la sociologia delle professioni attribuisce a tale dimensione. L'autonomia, che si sostanzia nella posizione di indipendenza assunta dal professionista e nella capacità di controllo del proprio lavoro, rappresenta, infatti uno dei tratti costitutivi delle professioni in generale, e di quella medica in particolare. I cambiamenti avvenuti negli ultimi 30 anni hanno modificato profondamente il sistema sanitario italiano sia a livello organizzativo, dove le trasformazioni più significative sono rappresentate dall'avvento dell'aziendalizzazione e del managerialismo, sia a livello professionale dove i cambiamenti hanno riguardato tanto le dinamiche interne alla professione medica, tanto quelle esterne. Tali cambiamenti hanno parzialmente indebolito l'autonomia professionale dei medici, che appare oggi più minacciata che in passato. Per comprendere se e in che misura i giovani medici anconetani avvertano tale minaccia e per capire da dove provengano le eventuali sfide alla loro autonomia è stata prevista nel questionario un'apposita domanda, gli esiti della quale vengono riepilogati nella tabella 6.1.

	MEDICI			ODONTOIATRI		
	Totale	Genere		Totale	Genere	
		M	F		M	F
1. I singoli pazienti o i familiari	89	33	56	12	8	4
	69,5%	70,2%	69,1%	52,2%	57,1%	44,4%
2. Le associazioni di tutela dei diritti del malato	77	26	51	10	6	4
	61,1%	55,3%	64,6%	45,5%	42,9%	50,0%
3. I manager della sanità	102	35	67	16	10	6
	81,0%	76,1%	83,8%	72,7%	71,4%	75,0%
4. Il ceto politico locale (inclusa la Regione)	89	28	61	17	10	7
	71,2%	60,9%	77,2%	81,0%	76,9%	87,5%
5. La legislazione nazionale	92	29	63	20	12	8
	73,0%	63,0%	78,8%	87,0%	85,7%	88,9%
6. I mezzi di informazione	102	31	71	17	10	7
	80,3%	67,4%	87,7%	73,9%	71,4%	77,8%

Fonte: nostra elaborazione

Tab. 6.1 Quanti vedono minacciata la loro autonomia professionale dai soggetti indicati, per professione e per genere (v.a., %)

Stante i differenziali per età e per genere, piuttosto evidenti in tutti gli *items* (Tab. 6.1), le percentuali complessive risultano alquanto elevate a dimostrare come gli intervistati percepiscano un effettivo indebolimento della loro autonomia professionale che sembra essere attaccata da più fronti. La minaccia considerata più pericolosa dai medici è quella proveniente dai manager sanitari (81%). Il dato non stupisce ed è coerente con la letteratura che ravvede nell'*accountability* un meccanismo di controllo che sfida il potere medico, potere legato in modo rilevante alla dimensione dell'autonomia. Poiché risultano elevate anche le percentuali di quanti hanno dichiarato di sentirsi minacciati dalla legislazione nazionale (73%), che costituisce il veicolo attraverso cui passa il managerialismo, e dal ceto politico locale (71,2%), sembra possibile affermare che la sfida all'autonomia professionale riguardi in modo particolare la sfera organizzativa, quella gestionale e quella politica del lavoro. Coerentemente con il dato discusso nelle pagine precedenti, relativo al timore di rivendica-

zioni da parte dell'utenza e alla facilità con cui i mezzi di informazione tendono ad accusare i medici di *malpractice*, emerge come anche i pazienti, le associazioni di tutela dei diritti del malato e i mass media mettano in discussione l'autonomia professionale (rispettivamente 69,5%, 61,1% e 80,3%). Anche rispetto a questi tre fattori i differenziali per età e per genere risultano piuttosto evidenti, tuttavia, in questo caso, emergono scarti importanti anche guardando allo status socio-economico della famiglia di origine degli intervistati: in particolare i medici di classe medio-alta temano di più le associazioni di tutela dei diritti dei malati rispetto ai colleghi che appartengono al ceto basso i quali, per contro, si sentono minacciati in percentuali più elevate dai pazienti.

Diverso è invece l'ordine, e in parte l'intensità, con cui tali soggetti preoccupano gli odontoiatri. La prima fonte di pericolo è rappresentata infatti in questo caso dalla legislazione nazionale (87%) dalla quale in effetti dipendono molti degli aspetti che riguardano la professione, aspetti che si estendono dal contenuto dell'attività alle modalità di esercizio della stessa. La seconda minaccia è rappresentata dai mezzi di informazione (81%); quello della disinformazione, così come quello strettamente connesso della pubblicità selvaggia, sembrano in effetti due questioni piuttosto spinose attorno alle quali si sono più volte espressi anche i vertici dell'ente ordinistico e quelli delle varie associazioni di categoria. Secondo questi ultimi gli odontoiatri godrebbero di cattiva stampa che, a lungo andare, potrebbe determinare una disaffezione da parte dei pazienti e una loro crescente sfiducia nel sistema di cura.

Solo al terzo e al quarto posto gli odontoiatri indicano come fonti di pericolo i politici locali e i manager sanitari le decisioni dei quali, evidentemente, incidono meno nelle dinamiche che regolano il mercato privato rispetto a quanto non avvenga per il settore pubblico.

Decisamente più basse rispetto a quelle fatte registrare dai medici le percentuali di quanti ravvisano nei pazienti e nelle associazioni di tutela dei diritti dei malati una minaccia alla loro autonomia professionale. Benché, come si è detto, l'odontoiatria sia una delle branche mediche tra le più soggette a reclami e denunce, nella relazione diretta con il professionista l'utenza mantiene evidentemente atteggiamenti e comportamenti meno scettici. I maschi dichiarano in percentuali più elevate di sentirsi minacciati dai pazienti, insieme agli odontoiatri più giovani, i quali insieme alle donne, temono di più anche le associazioni di tutela dei malati

Il quesito non indicava le occupazioni sanitarie non mediche tra i soggetti che possono mettere in discussione l'autonomia professionale. Tali categorie occupazionali sono state interessate a partire dagli anni Novanta da un processo di mobilità sociale ascendente (Sarfatti Larson, 1977) che le ha condotte all'acquisizione di uno status socio-professionale più elevato, tanto che oggi hanno perso, almeno formalmente, il loro carattere ancillare e vengono definite e riconosciute come professioni sanitarie²².

Dall'analisi dei dati emerge, innanzitutto, la relativa difficoltà degli odontoiatri di rispondere in maniera netta, trincerandosi spesso dietro l'opzione "né d'accordo né in disaccordo" rispetto alle affermazioni proposte nel quesito. Tale difficoltà potrebbe derivare dal minore coinvolgimento nelle dinamiche di relazione con tali profili professionali; anche qualora collaborino con alcune di esse (igienista dentale ma anche odontotecnici), inoltre, il rapporto non è quasi mai mediato da vincoli di subordinazione gerarchica data la natura privata dell'esercizio professionale che li pone in una posizione di parità.

22. Un tempo definiti paramedici, oggi 22 profili occupazionali dell'area sanitaria sono stati riconosciuti come "professioni" e classificati entro cinque distinte aree le occupazioni sanitarie non mediche (si veda a riguardo il sito del Ministero della Salute).

Complessivamente si osserva che il 50,8% dei medici e il 58,3% degli odontoiatri ritengono che tali profili professionali abbiano effettivamente acquisito la loro autonomia professionale. Se poco più della metà dei primi è convinto che ci voglia del tempo prima che le cose cambino effettivamente sui luoghi di lavoro (53,8%), il che lascia supporre che tali occupazioni non costituiscano una effettiva minaccia, tale convincimento è assai più diffuso tra gli odontoiatri (79,2%). Forse è anche in virtù di tale percezione che, complessivamente, sembra prevalere un atteggiamento positivo da parte degli intervistati in relazione alla crescita professionale di tali occupazioni, considerata funzionale al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria dal 73,4% dei medici e dal 56% dei dentisti. Guardando ai primi sia il confronto tra i sessi che quello tra le generazioni fanno registrare un marcato divario: emerge, infatti, come le donne e i neo-iscritti valutino più positivamente, il processo di professionalizzazione intrapreso dai "paramedici" rispetto agli uomini (+10,4) e ai colleghi più anziani (+ 8,2%). Soltanto un terzo degli intervistati pensa, infine, che a seguito della loro crescita professionale si assisterà ad un aumento delle tensioni; il restante 67,7% si divide tra quanti non condividono tale affermazione (31,5%) e quanti si dichiarano né d'accordo né in disaccordo (36,2%, percentuale che sale al 58,3% nel caso degli odontoiatri).

Confrontando questi dati con quelli emersi dall'indagine svolta sul campione dei medici anconetani nel 2004, si osserva come rispetto alla percezione dell'acquisita autonomia e al timore che la loro crescita professionale possa inasprire le tensioni intra-professionali, i giudizi siano rimasti inalterati. È invece rilevante lo scarto fatto registrare dai risultati relativi all'affermazione secondo cui la crescita professionale di tali occupazioni sia positiva per la qualità dell'assistenza sanitaria: la percentuale di quanti si dicono d'accordo scende, infatti, dal 95% del 2004 al 73,4% di oggi. Pur tenendo in considerazione la diversa composizione del campione, che induce a valutare con prudenza il dato, questo lascia supporre che qualcosa sia cambiato nel tempo. Non è semplice risalire alle ragioni che sono alla base di tale mutata percezione; si può supporre, però, che la maggiore autonomia di cui godrebbero oggi le professioni sanitarie abbia modificato le basi della relazione instaurata con la professione medica e che quest'ultima ravveda nel processo di delega di funzioni una potenziale fonte di pericolo per la qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Adams S. (1953), *Trends in occupational origins of physicians*, in «American Sociological Review», XVIII.
- Arliaud M. e M. Robelet (2000), *Professional associations and their engagement with health consumer groups in the UK*, paper presentato al congresso ISA, Brisbane.
- Bickel J, Brown AJ. (2005), *Generation X: implications for faculty recruitment and development in academic health centers*, in «Academic Medicine», 80: 205-210.
- Bronzini M. (2006), *I Medici di Medicina Generale: differenze di genere e di generazione*, in Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano: Angeli.
- Bronzini M., Spina E. (2008), *Le professioniste del duemila*, in Vicarelli G. *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn W. (a cura di), (2006), *I Medici di medicina generale in Italia*, Milano: Angeli.
- Cortellazzi S. (2011), *Quale futuro per la professione*, in «Giornale dell'Odontoiatria», 6: 10-11.
- Curci P. e Camerini G.B. (1993), *Dentista, paziente e psicopatologia. Argomenti di psichiatria in odontoiatria e protesi dentaria*, Rimini: Guardaldi.
- ERO (ed) (2012), *Women in dentistry. Report 2012*: www.erodental.org.
- FIMMG (2002), *La medicina di famiglia in Italia, struttura, profili operativi e stili professionali*, Servizio Studi, FIMMG, Roma.
- FNOMCeO (a cura di) (1996), *1946-1996. Per una storia degli ordini dei medici*, Roma: FNOMCeO.
- FNOMCeO (a cura di) (2011), *Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*, Roma: FNOMCeO.
- Freidson E. (1985), *The reorganization of the medical profession*, in «Medical Care Review», 42: 11-35.
- Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Introduzione e cura di Giovanna Vicarelli, Milano: Angeli.
- Granovetter M. (1974), *Getting a job*, Cambridge: Harvard University Press.
- Halpern S.A. (1990), *Medicalization as professional process: Post-war trends in pediatrics*, in «Journal of Health and Social Behaviour», 31: 28-42.
- Halpern S.A. (1992), *Dynamics of professional control: Internal coalitions and cross professional boundaries*, in «American Journal of Sociology», 97(4): 994-1021.
- Hills L. (2010), *Being part of multi-generational medical practice team*, in «J Med Pract Manage», 26: 94-98.
- Jovic E., Wallace J. E., and Lemaire J. (2006), *The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians*, in «BMC Health Services Research», 6: 55-65.
- Lambert, E. M. e Holmboe E. S. (2005), *The relationship between specialty choice and gender in U.S. medical students, 1990-2003*, in «Academic Medicine», 80: 797-802.

- Malatesta M. (a cura di) (2001), *Corpi e professioni tra passato e futuro*, Milano: Giuffrè.
- Ministero della Salute (2007), *Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*, Raccomandazione n. 8, Novembre 2007
- Morrison J. (2006), *Career preferences in medicine for the 21st century*, «Medical Education», 40: 495-497.
- OMCeO (2011), *Donne medico: indagine su lavoro e famiglia, stalking e violenza, Rapporto di ricerca*, Roma: OMCeO.
- Pauget B., Dammak A. (2012), *L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises?* In «Pratiques et Organisation des Soins», 43(1): 25-33.
- Pisati M. (2000), *La mobilità sociale*, Bologna: Il Mulino.
- Pit (a cura di) (2010), *Diritti: non solo sulla carta. Rapporto PIT Salute 2010*, Roma: Cittadinanzattiva.
- Predelli L.N., Cebulla A. (2011), *Perceptions of labour market risks: Shifts and continuities across generations*, in «Current Sociology», 59(1): 24-41
- Reggio Sanità (2011), *Odontoiatri a confronto: criticità e attese di una professione* in «Reggio Sanità», 6: 8-9.
- Riska E. (2003), *The career and work of pathologists: a gender perspective*, in «International Journal of Sociology and Social Policy», 4/5: 59-79.
- Riska E. e Wegar K. (1993), *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*, London:: Sage.
- S.I.G.M. (a cura di) (2011), *Report sulla Rilevazione della Condizione Occupazionale dei Giovani Medici Italiani*, Roma: S.I.G.M.
- Sanson T. (2009), *Managing generation gaps on the medical staff*, in «Medical Staff Briefing», August: 10-11.
- Sarfatti Larson M. (1977), *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley: University of California Press.
- Seward M. (2000), *The Gender Challenge*, in «British Dental Journal», 189(10).
- Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G. (2008), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Stagg-Elliott V. (2010), *Generation gaps*, in «American Medical News», 53(12):20-1.
- Tousijn W. (2006), *Le sfide all'autonomia e all'unitarietà della professione*, in Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano: Angeli.
- Tousijn W. (2008a), *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumerista e alla sfida manageriale*, in Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W. (2008b), *Opportunità e vincoli per una nuova logica professionale*, in Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (1989), *Il medico al femminile. Le donne nello sviluppo della professione medica in Italia*, in «Polis», 2.
- Vicarelli G. (2003), *Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia*, in «Polis», 1: 93-122.
- Vicarelli G. (2006), *Medicus Omnium. La costruzione professionale del Medico di medicina generale (1945-2005)*, in Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano: Angeli.

- Vicarelli G. (2008a), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G. (2008b), *L'appartenenza come logica professionale*, in Speranza L., Tousijn W. E Vicarelli G. *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli G (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma: Carocci.
- Walsh D.S. (2011), *Mind the Gap: Generational Differences in Medicine*, in «Northeast Florida Medicine», 62(4): 12-15.
- Zetka J.R. (2001), *Occupational divisions of labour and their technology politics: The case of surgical scopes and gastrointestinal medicine*, in «Social Forces», 79(4): 1495-1520.

SITOGRAFIA

<http://www.dentaljournal.it/topnews/intervista-con-valerio-brucoli/>

<http://www.key-stone.it/news.php>

<http://www1.ordinemediciroma.it>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf



Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

Ancona, 6/11/2013

A tutti gli iscritti
Albo Medici Chirurghi e Albo Odontoiatri
della provincia di Ancona
LORO SEDI

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n°221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per giovedì 12 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

GIOVEDÌ 12 DICEMBRE 2013 ORE 16,30, IN SECONDA CONVOCAZIONE,

presso la sala "Ridotto" del Teatro delle Muse - Piazza della Repubblica - ANCONA

con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2012 e presentazione Bilancio preventivo 2014;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 4) Consegna attestato vincitori del premio "Giorgio Fanesi";
- 5) Premiazione per il 50°, 60° e 25° anno di laurea;
- 6) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 6) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio.

E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

I bilanci sono in visione presso l'Ordine.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

N.B. Saranno presenti i rappresentanti dell'Esercito per una breve comunicazione sui "riservisti"

Tagliando per delega

Il sottoscritto dott./prof. _____

delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 12 DICEMBRE 2013

il dott./prof. _____

(data)

(firma)